



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE CC. DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE
SECCIÓN DEPARTAMENTAL A

TESIS DOCTORAL

ACTIVIDAD FÍSICA, ESTILOS DE VIDA Y
ADHERENCIA DE LA PRÁCTICA DE
ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN ADULTA
DE SEVILLA

DOCTORANDO: JUAN ANTONIO CORRAL PERNÍA

DIRECTOR: D. SANTIAGO ROMERO GRANADOS.

CODIRECTORA: D^a FÁTIMA CHACÓN BORREGO

SEVILLA-2015



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Educación Física y Deporte

El Dr. D. Santiago Romero Granados y la Dra. Dña. Fátima Chacón Borrego, ambos pertenecientes al Departamento de Educación Física y Deporte de la Universidad de Sevilla.

HACEN CONSTAR:

Como directores de la tesis doctoral presentada por D. Juan Antonio Corral Pernía con el título "**ACTIVIDAD FÍSICA, ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA DE LOS HÁBITOS DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN ADULTA Y ADULTA MAYOR DE LA POBLACIÓN DE SEVILLA**", reúne las condiciones para su presentación pública.

Y para que conste y surta los efectos oportunos lo firmamos en Sevilla a cartocce de octubre del dos mil quince

Fdo.: Dr. D. Santiago Romero Granados

Fdo.: Dra. Dña. Fátima Chacón Borrego

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	11
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	13
INTRODUCCIÓN.....	25
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
1. Fundamentación teórica.....	33
1.1. Actividad física.....	33
1.1.1. Ejercicio, actividad física y deporte.....	33
1.1.2. Sedentarismo e inactividad física.....	39
1.1.3. Actividad física y Salud.....	45
1.1.3.1. Salud: Concepto y fundamentos básicos.....	45
1.1.3.2. Características de la actividad física-salud.....	46
1.1.3.3. Recomendaciones de actividad física para la salud.....	48
1.1.3.4. Recomendaciones de sedentarismo y tiempo de pantalla para la salud.....	51
1.2. Hábitos de práctica de actividad física y deportiva (PAFYD).....	52
1.2.1. Conceptos de hábitos y PAFYD.....	52
1.2.2. Determinantes de la práctica de actividad físico-deportiva.....	58
1.2.3. Antecedentes de la investigación.....	64
1.2.3.1. Proyecto COMPASS.....	64
1.2.3.2. Estudios de PAFYD nacionales.....	67
1.3. Estilo de vida.....	69
1.3.1. Conceptos y tipos.....	69
1.3.2. Factores determinantes de los estilos de vida.....	71
1.4. Adherencia a la práctica de actividad física-deportiva.....	75
1.4.1. Conceptos e importancia.....	75
1.4.2. Teorías y modelos que influyen sobre la adherencia a la práctica.....	77
1.4.2.1. Teorías de la Autodeterminación (TAD).....	77
1.4.2.2. Teoría de las Metas de Logro.....	86
1.4.2.3. Modelo Psicológico de los estados de cambio (modelo transteórico).....	88

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Objetivo general y específicos del estudio.	97
2. Metodología de la investigación.	98
2.1. Método de investigación	99
2.2. Técnicas de investigación.	101
2.2.1. Técnica documental.	101
2.2.2. Técnica de encuesta.	101
2.2.2.1. Instrumento de obtención de datos: el cuestionario.	102
2.2.2.2. El cuestionario de nuestra investigación.	103
2.2.2.3. Validez y fiabilidad.	110
2.3. Variables.	111
3. Cobertura de la investigación.	113
3.1. Población.	113
3.2. Muestra.	114
4. Trabajo de campo.	115
4.1. Selección y entrenamiento de encuestadores.	115
4.2. Desarrollo del trabajo de campo.	117
4.3. Seguimiento del trabajo de campo.	118
5. Proceso de análisis de datos.	120

CAPÍTULO III: RESULTADOS

1. Introducción	127
2. Resultados	127
2.1. Análisis descriptivo fase I	127
2.1.1. Nivel y cantidad de actividad física y sedentarismo.	128
2.1.2. Estilos de vida	133
2.1.2.1. Forma de traslado a ocupación habitual.	133
2.1.2.2. Actividad física en ocupación habitual.	138
2.1.2.3. Percepción vida activa en relación a años anteriores.	140
2.1.3. Comportamiento y adherencia.	142
2.1.3.1. Grado de importancia de la PAFYD.	142
2.1.3.2. Interés por comenzar a practicar AF u otra actividad física	145

2.1.3.3. Limitaciones en la PAFYD.....	147
2.1.3.4. Personas de su entorno que practican.	149
2.1.3.5. Intención de seguir practicando.	154
2.1.3.6. Abandono de la PAFYD.....	157
2.1.4. Salud percibida.....	159
2.1.4.1. Estado de ánimo durante el último año	159
2.1.4.2. Número de días de enfermedad durante el último año y días de ausencia por enfermedad en la ocupación habitual.	169
2.1.4.3. Percepción del estado de salud.	171
2.1.4.4. Percepción de su forma física.....	173
2.2. Correlaciones bivariadas.....	175
2.2.1. Nivel y cantidad de actividad física-practica o no practica actividad física-.. deportiva.....	176
2.2.2. Nivel y cantidad de actividad física-estilo de vida.....	176
2.2.3. Nivel y cantidad de actividad física-comportamiento/conducta.	177
2.2.4. Nivel y cantidad de actividad física-salud percibida.....	180
2.2.5. Nivel y cantidad de actividad física-características sociodemográficas ...	182
2.2.6. Características sociodemográficas-practica o no practica actividad físico-.... deportiva.....	183
2.2.7. Características sociodemográficas-estilo de vida.....	183
2.2.8. Características sociodemográficas-comportamiento hacia la AF.	184
2.2.9. Características sociodemográficas-salud percibidas.....	184
2.2.10. Correlaciones entre salud percibida-práctica de AF-comportamiento y estilo de vida.....	186
2.3. Asociaciones (odd ratio) fase I	187
2.3.1. Asociaciones entre las diferentes variables del estudio y el nivel de actividad física.	187
2.4. Análisis descriptivo fase II	189
2.4.1. Práctica o no de actividad físico deportiva en los últimos 12 meses	190
2.4.2. Tipos de actividades físico deportivas más practicadas.....	190
2.4.3. Frecuencia de práctica de la actividad físico-deportiva más realizada	191
2.4.4. Intensidad de práctica de la actividad físico-deportiva más realizada.....	192
2.4.5. Duración de la práctica de actividad físico-deportiva más realizada.....	193

2.4.6. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva	193
2.4.7. Motivos de abandono de práctica de actividad físico-deportiva.....	194
2.4.8. Percepción del estado físico general	196
2.4.9. Estado de ánimo	196
2.4.10. Percepción del estado de salud.....	197
2.4.11. Práctica de actividad físico deportiva durante los últimos siete años	197
2.4.12. Tiempo de interrupción y motivos de la misma.....	199

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. Discusión.....	203
1.1. Dimensión: Práctica de AFYD y sedentarismo.	203
1.2. Dimensión: Estilo de vida.....	208
1.3. Dimensión: Comportamiento y adherencia	212
1.4. Dimensión: Salud percibida.....	218
2. Conclusiones.....	223
3. Limitaciones	230
4. Prospectivas de futuro.....	231
 BIBLIOGRAFÍA.....	 233
 ANEXOS.....	 269

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar el presente trabajo, son muchas las personas las que aparecen en tu mente y a las cuales debo agradecer el apoyo continuo durante el desarrollo del mismo, lo cual me hace pensar y reflexionar al respecto durante el tiempo transcurrido.

Por ello considero que a los primeros que debo agradecer el apoyo, el tiempo y la dedicación prestada, así como su paciencia, son a mis directores de tesis, Dr. D. Santiago Romero Granados y Dra. D^a Fátima Chacón Borrego.

Hay personas en la vida que dejan huella en tu camino, pues para mí una de ellas es D. Santiago Romero, pues desde que le conocí como profesor ha sido un gran profesional, pero considero que ante todo es una gran persona, compañero y amigo. Depositó una confianza y apoyo en mí a lo largo del tiempo, que sin ello, esto no tendría sentido hoy día, lo cual no hay palabras que describan el afecto y agradecimiento que siento hacia él.

En este camino, afortunadamente también me encontré con D^a Fátima Chacón, que aunque no tuve la oportunidad de tenerla como docente, he podido disfrutar con ella como compañera y de lo que considero más importante, su amistad. Profesionalmente es un modelo a seguir por su valía, constancia y tesón, cualidades que junto con sus valores como persona hacen de ella alguien especial, a quien no sabré como agradecerle todo el apoyo prestado.

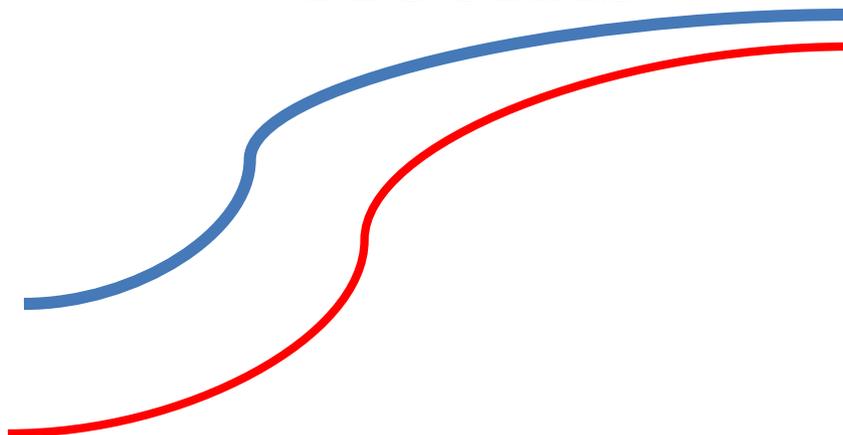
A mis compañeros del Equipo Decanal y del Departamento de Educación Física y Deporte, quienes me han dado ánimos y me han brindado su apoyo en todo momento. Igualmente a otros compañeros de la Facultad, así como al P.A.S., quienes me han apoyado y respetado el tiempo durante la elaboración de este trabajo.

A mis amigos, a Borja y Jesús del Pozo por su apoyo y aportaciones estadísticas.

A mi familia, padres y hermanos, gracias por confiar en mí y apoyarme continuamente en el transcurso de mi desarrollo profesional, aunque ante todo debo agradecer vuestra generosidad, la educación que me habéis dado y los valores aportados para día a día seguir creciendo como persona. Gracias por el tiempo que me dedicáis como padres, pues no tengo manera alguna de agradeceros todo lo que habéis hecho por mí. Sois inigualables.

Y como no, a Nuria y Daniel. Mi mujer, compañera, amiga y como yo le llamo, mi niña, mi tesoro, quien junto a mi hijo han sabido apoyarme y ayudarme en todo momento, teniendo paciencia conmigo y ofreciéndome lo mejor que tienen, su amor y sus sonrisas, que suponen para mí el aliento diario para seguir trabajando. Gracias por ser como sois y saber hacer de mí una mejor persona como padre y marido, por lo que espero no fallaros nunca y poder compensar de alguna manera el tiempo que no he podido estar junto a vosotros durante el desarrollo de este trabajo. Gracias por hacerme sentir que tengo una familia.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>¿Con qué frecuencia hace ejercicio o practica deporte?</i>	40
Tabla 2 <i>Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos según sexo y edad. (ENS 2011-12 y 2006)</i>	41
Tabla 3 <i>Resumen de recomendaciones sobre actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla</i>	51
Tabla 4 <i>Porcentaje de adultos que practican alguna actividad físico-deportiva Encuestas de Hábitos Deportivos en España, según sexo y edad. CSD-CIS 2010 y 2005</i>	54
Tabla 5 <i>Factores asociados con la participación en los programas de ejercicio supervisados</i>	62
Tabla 6 <i>Resumen del Marco analítico COMPASS</i>	66
Tabla 7 <i>Esquema de los diferentes estadios, la situación dentro del modelo y la estrategia más apropiada a emplear</i>	92
Tabla 8 <i>Variables analizadas en la fase I de la investigación</i>	111
Tabla 9 <i>Variables analizadas en la fase II de la investigación.</i>	112
Tabla 10 <i>Distribución de la población de Sevilla obtenido del censo de población de 2006 por intervalos de edad</i>	113
Tabla 11 <i>Distribución de la población de Sevilla obtenido del censo de población de 2006 por intervalos de edad y sexo</i>	113
Tabla 12 <i>Muestra del estudio por cuotas de sexo, edad y distrito municipal</i>	114
Tabla 13 <i>Número de casos por cuotas de sexo y edad.</i>	115
Tabla 14 <i>Gasto energético e intensidad de diferentes actividades físico-deportivas, en personas de 40 a 64 años de edad</i>	122
Tabla 15 <i>Gasto energético de diferentes actividades físico-deportivas en personas mayores de 64 años.</i>	123
Tabla 16 <i>Cantidad de actividad física y sedentarismo de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por sexo (IPAQ)</i>	129
Tabla 17 <i>Nivel de actividad física estratificado por sexo (IPAQ)</i>	129
Tabla 18 <i>Cantidad de actividad física y sedentarismo estratificado por intervalo de edad (IPAQ)</i>	130
Tabla 19 <i>Nivel de actividad física estratificado por intervalo de edad (IPAQ)</i>	131

Tabla 20 <i>Cantidad de actividad física y sedentarismo estratificado por ocupación...</i>	132
Tabla 21 <i>Nivel de actividad física estratificado por ocupación</i>	133
Tabla 22 <i>Traslado a pie o en bicicleta a las ocupaciones de la vida diaria estratiificado por sexo.....</i>	134
Tabla 23 <i>Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por sexo.....</i>	134
Tabla 24 <i>Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por sexo.....</i>	135
Tabla 25 <i>Traslado a pie o en bicicleta a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por intervalo de edad.....</i>	135
Tabla 26 <i>Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por intervalo de edad.....</i>	136
Tabla 27 <i>Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por intervalo de edad.....</i>	136
Tabla 28 <i>Traslado a pie o en bici a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por ocupación.....</i>	137
Tabla 29 <i>Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por ocupación.....</i>	137
Tabla 30 <i>Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria estratificado por ocupación.....</i>	138
Tabla 31 <i>Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria estratificado por sexo.....</i>	139
Tabla 32 <i>Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria estratificado por intervalo de edad.....</i>	139
Tabla 33 <i>Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria estratificado por ocupación.....</i>	140
Tabla 34 <i>Percepción del estilo de vida en comparación con los dos años anteriores estratificado por sexo</i>	141
Tabla 35 <i>Percepción del estilo de vida en comparación con los dos años anteriores estratificado por edad</i>	141
Tabla 36 <i>Percepción del estilo de vida en comparación con los dos años anteriores estratificado por ocupación.....</i>	142
Tabla 37 <i>Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física estratificado por sexo.....</i>	143

Tabla 38 <i>Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física estratificado por intervalo de edad.....</i>	144
Tabla 39 <i>Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física estratificado por ocupación.....</i>	145
Tabla 40 <i>Interés por comenzar una actividad físico-deportiva estratificado por sexo.....</i>	146
Tabla 41 <i>Interés por comenzar una actividad físico-deportiva estratificado por intervalo de edad.....</i>	146
Tabla 42 <i>Interés por comenzar una actividad físico-deportiva por ocupación</i>	147
Tabla 43 <i>Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física estratificado por sexo.....</i>	147
Tabla 44 <i>Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física estratificado por intervalo de edad.....</i>	148
Tabla 45 <i>Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física estratificado por ocupación.....</i>	149
Tabla 46 <i>Análisis de las personas del entorno que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por sexo</i>	150
Tabla 47 <i>Análisis de las personas del entorno que no practican actividad-físico deportiva estratificado por sexo</i>	150
Tabla 48 <i>Análisis de las personas del entorno que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por intervalo de edad.....</i>	151
Tabla 49 <i>Análisis de las personas del entorno que no practican actividad-físico deportiva estratificado por intervalo de edad.....</i>	152
Tabla 50 <i>Análisis de las personas del entorno que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por ocupación</i>	153
Tabla 51 <i>Análisis de las personas del entorno que no practican actividad-físico deportiva estratificado por ocupación</i>	154
Tabla 52 <i>Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva estratificado por sexo</i>	155
Tabla 53 <i>Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva estratificado por edad.....</i>	156
Tabla 54 <i>Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva estratificado por ocupación.....</i>	157
Tabla 55 <i>Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva estratificado</i>	

<i>por sexo</i>	158
Tabla 56 <i>Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva estratificado por intervalo de edad</i>	159
Tabla 57 <i>Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva estratificado por ocupación</i>	159
Tabla 58 <i>Percepción de la presencia de sensaciones durante los últimos 12 meses</i> ...	160
Tabla 59 <i>Sensación de intranquilidad durante el último año estratificado por sexo</i> ..	161
Tabla 60 <i>Sensación de tristeza durante el último año estratificado por sexo</i>	161
Tabla 61 <i>Sensación de cansancio durante el último año estratificado por sexo</i>	161
Tabla 62 <i>Sensación de animado durante el último año estratificado por sexo</i>	162
Tabla 63 <i>Sensación de mal genio durante el último año estratificado por Sexo</i>	163
Tabla 64 <i>Sensación de intranquilidad durante el último año estratificado por intervalo de edad</i>	163
Tabla 65 <i>Sensación de tristeza durante el último año estratificado por intervalo de edad</i>	164
Tabla 66 <i>Sensación de cansancio durante el último año estratificado por intervalo de edad</i>	165
Tabla 67 <i>Sensación de animado durante el último año estratificado por intervalo de edad</i>	165
Tabla 68 <i>Sensación de mal genio durante el último año estratificado por intervalo de edad</i>	166
Tabla 69 <i>Sensación de intranquilidad durante el último año estratificado por ocupación</i>	166
Tabla 70 <i>Sensación de tristeza durante el último año estratificado por ocupación</i>	167
Tabla 71 <i>Sensación de cansancio durante el último año estratificado por ocupación</i>	167
Tabla 72 <i>Sensación de animado durante el último año estratificado por ocupación</i> .	168
Tabla 73 <i>Sensación de mal genio durante el último año estratificado por ocupación</i>	168
Tabla 74 <i>Días de enfermedad durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por sexo</i>	169
Tabla 75 <i>Días de enfermedad durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por intervalo de edad</i>	170
Tabla 76 <i>Días de enfermedad durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por Ocupación</i>	171

Tabla 77 <i>Percepción del estado de salud general estratificado por sexo</i>	171
Tabla 78 <i>Percepción del estado de salud general estratificado por intervalo de edad</i>	172
Tabla 79 <i>Percepción del estado de salud general estratificado por ocupación</i>	173
Tabla 80 <i>Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) estratificado por sexo</i>	174
Tabla 81 <i>Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) estratificado por intervalo de edad</i>	174
Tabla 82 <i>Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) estratificado por ocupación</i>	175
Tabla 83 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y la práctica de AF durante el último año</i>	176
Tabla 84 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y la forma de traslado hacia la ocupación principal</i>	176
Tabla 85 <i>Correlación de Spearman entre la cantidad de actividad física/sedentarismo y transporte hacia la ocupación principal</i>	177
Tabla 86 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y la conducta frente a la AF</i>	178
Tabla 87 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y las personas del entorno que practican actividad física</i>	180
Tabla 88 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y la salud percibida</i>	181
Tabla 89 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y enfermedad</i> .	181
Tabla 90 <i>Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física y enfermedad</i> ..	182
Tabla 91 <i>Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y los estilos de vida (transporte hacia la ocupación principal)</i>	183
Tabla 92 <i>Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y la conducta frente a la AF</i>	184
Tabla 93 <i>Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y la salud percibida</i>	185
Tabla 94 <i>Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y enfermedad</i>	185
Tabla 95 <i>Correlación de Spearman entre la Salud Percibida, la conducta hacia la AF y la práctica de AF</i>	186

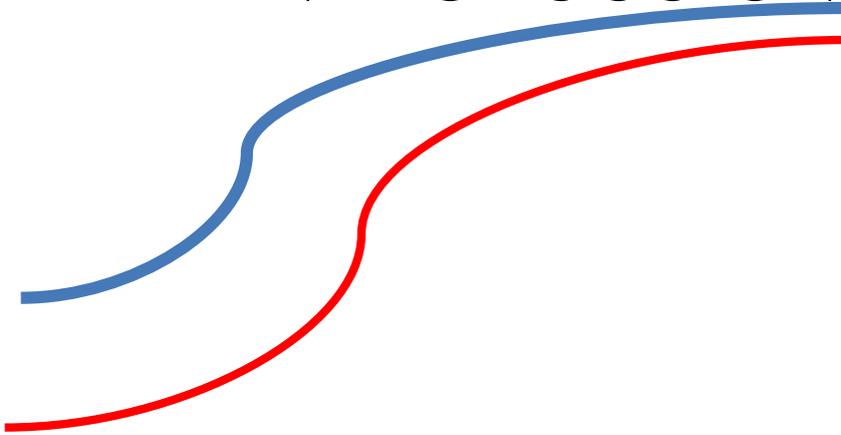
Tabla 96 <i>Correlación de Spearman entre la Salud Percibida, la conducta hacia la AF y el estilo de vida</i>	187
Tabla 97 <i>Asociación entre las diferentes variables del estudio y el nivel de actividad física</i>	188
Tabla 98 <i>Practica o ha practicado durante los últimos doce meses alguna actividad físico-deportiva</i>	190
Tabla 99 <i>Tipo de práctica de actividades físico-deportivas</i>	191
Tabla 100 <i>Frecuencia de práctica de la actividad físico-deportiva que más veces realiza</i>	192
Tabla 101 <i>Intensidad de práctica de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente realiza</i>	193
Tabla 102 <i>Duración de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente practica</i>	193
Tabla 103 <i>Motivos de práctica de la actividades físico-deportivas</i>	194
Tabla 104 <i>Motivos de práctica de la actividades físico-deportiva ordenadas según valoración</i>	194
Tabla 105 <i>Motivos de abandono de práctica de las actividades físico-deportivas de forma intermitente</i>	195
Tabla 106 <i>Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico)</i>	196
Tabla 107 <i>Estado de ánimo de la población adulta y adulta mayor de Sevilla</i>	197
Tabla 108 <i>Percepción del estado de salud general</i>	197
Tabla 109 <i>Práctica de actividad físico-deportiva transcurrido siete años</i>	198
Tabla 110 <i>Práctica de actividad físico-deportiva tras siete años</i>	198
Tabla 111 <i>Tiempo de interrupción de la actividad físico-deportiva, tras siete años</i> ..	199
Tabla 112 <i>Razón de interrupción de la actividad físico-deportiva, tras siete años</i>	200

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de sedentarismo por sexo. ENS 1993-2011	42
Figura 2. Prevalencia de sedentarismo por edad y sexo. ENS 1993-2011	42
Figura 3. Sedentarismo en la población adulta (15 y más años) según sexo y grupo de edad. España, ENSE 2011-12	44

Figura 4. Porcentaje de adultos que practican alguna actividad físico-deportiva. Encuestas de Hábitos Deportivos en España, CSD-CIS 2000-2010, según edad	56
Figura 5. Modelo ecológico de cuatro dominios de vida activa	61
Figura 6. Factores determinantes de los estilos de vida	73
Figura 7. Relación entre actitud, hábitos y estilo de vida	75
Figura 8. Esquema de las mini-teorías que conforman la TAD	79
Figura 9. Continuo de autodeterminación de los tipos de motivación con sus estilos de regulación, locus de causalidad y los procesos correspondientes.....	81
Figura 10. Fases del trabajo de campo fase I	119
Figura 11. Fases del trabajo de campo fase II	120

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

La literatura científica recoge claramente los beneficios que aporta la práctica de actividad física, de hecho en la sociedad de hoy día se desarrollan cada vez más una serie de actuaciones con el fin de dar a conocer la importancia de la actividad física y del deporte como parte del conjunto de actividades promotoras de la salud y de la prevención de enfermedades no transmisibles, pero aun así, también existe evidencia de los factores de riesgo que conlleva la inexistencia de hábitos saludables, entre ellos la inactividad física, que ocupa el cuarto lugar entre los factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2015), aunque está comprobado con fuerte evidencia científica su incidencia sobre factores como la hipertensión, dislipemias y exceso de peso.

Dichos factores, nos sitúan ante la importante magnitud que adquiere la práctica de actividad física y deporte como medio preventivo de las tasas de mortalidad existentes ante los mismos, así como los costes sociales que conllevan los problemas de salud.

El progreso tecnológico y científico en el que vivimos, nos lleva cada día más a la automatización y mecanización de los trabajos en los que ya no es necesario un gran esfuerzo físico. Los sistemas de transporte, el uso de las nuevas tecnologías y los aparatos electrónicos del hogar entre otros, son prueba de ello al hacer menos necesario realizar un determinado trabajo físico, fomentando de esta manera la inactividad. Esto junto con al carácter pasivo que adoptamos en nuestro tiempo libre, han hecho que también aumente el tiempo que permanecemos sentados, ya sea utilizando las nuevas tecnologías, las redes sociales, viendo la televisión, utilizando videojuegos, etc.

Así pues, teniendo en cuenta lo anterior, existe una doble problemática: la inactividad física y el sedentarismo, que aunque sea especialmente importante su desarrollo durante la infancia, dicho fenómeno viene fomentado en ocasiones por el entorno próximo, de ahí que sea necesario abordar también dicho tema en la población adulta, aunque existan estudios que evidencien que determinadas conductas relacionadas con la práctica de actividad física y deporte, pueden perdurar en el tiempo más fácilmente si son adoptadas durante la niñez y la adolescencia.

Atendiendo a ello, como resultado de procesos de investigación y de los intereses sociales, se ponen en marcha diferentes programas, estrategias y acciones

políticas, educativas y sociales con el fin de promover la salud, entre las cuales desde diferentes organismos e instituciones, tales como el U.S. Department of Health and Human Services (2008) o la OMS (2010), entre otros, exponen diferentes recomendaciones de práctica de actividad física con el objetivo de proporcionar una orientación clara sobre parámetros de carga tales como la frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física para la mejora de la salud y prevenir las enfermedades no transmisibles.

Es por ello, y teniendo en cuenta que el presente trabajo tiene como punto de partida y por tanto como referente, el Proyecto I+D+i “Hábitos de práctica de actividad físico-deportiva y estilos de vida en la población adulta de Asturias, Gipuzkoa y Sevilla”, nos planteamos investigar el nivel de actividad física en la población adulta y adulta mayor de la población de Sevilla, para conocer si a partir de sus hábitos de práctica y de su estilo de vida, atienden a las recomendaciones de práctica de actividad física saludable. Asimismo, nos planteamos si dicho hábito perdura en el tiempo, dada la importancia que adquiere la adherencia a la práctica de actividad físico-deportiva.

De esta manera, a partir del planteamiento del problema, consideramos que los datos del presente estudio son necesarios para seguir conociendo mejor el comportamiento social ante la práctica de actividad física y poder evaluar y adoptar medidas que permitan conseguir una mejora en la sociedad, cuantitativa y cualitativamente a nivel de calidad de vida, ya sea a través de propuestas de actividades o de programas que permitan iniciar a personas en la práctica de actividad física, así como continuar, dado que la mayoría de la población que inicia una práctica de actividad físico-deportiva, suele abandonarla tras seis meses. Dicho esto, nos hace pensar en qué aspectos podríamos incidir para conseguir ganar calidad de vida a lo largo de los años.

Por tanto, para el desarrollo de investigación hemos planteado una serie de capítulos que abordan los diferentes componentes necesarios para el desarrollo de la misma.

En primer lugar, en el Capítulo 1, perteneciente al “Marco Teórico”, hemos desarrollado un análisis documental sobre el objeto de estudio, realizando tanto una aproximación conceptual a los diferentes términos que implican el análisis del trabajo, tales como “actividad física”, “hábitos de práctica”, “estilo de vida”, “sedentarismo e

inactividad física” y “adherencia”, así como hemos estudiado las principales investigaciones sobre hábitos de actividad física, estilos de vida y adherencia.

En el Capítulo 2, “Planteamiento y desarrollo de la investigación” hemos partido del planteamiento del problema, especificando los objetivos generales y específicos que perseguimos en el desarrollo de este trabajo, así como describimos los aspectos metodológicos utilizados: población objeto de estudio, muestra, método de investigación y técnica de obtención de datos, dimensiones y variables de la investigación, desarrollo del trabajo de campo durante las dos fases llevadas a cabo y la técnicas de análisis de datos empleadas.

El Capítulo 3, recoge los “Resultados” de la investigación, los cuales se han estructurado en cada fase (2007 y 2014) atendiendo a las dimensiones y variables definidas. Asimismo hemos organizado los resultados atendiendo al tipo de análisis desarrollado: descriptivo, correlaciones bivariadas y asociaciones.

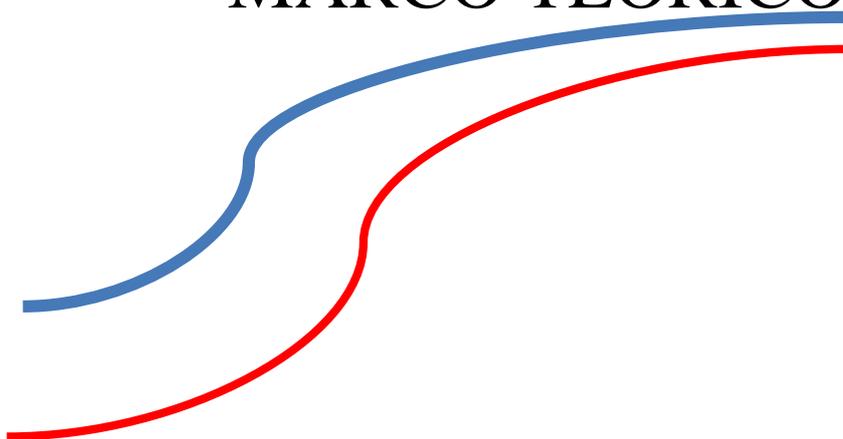
De esta manera, en la parte descriptiva de la fase I, se presentan los datos obtenidos sobre la población total, así como los datos obtenidos atendiendo al sexo, edad y ocupación de las personas. En la fase II, mostramos el análisis descriptivo comparando los resultados obtenidos en ambas fases.

A continuación, una vez presentados los resultados, desarrollamos el Capítulo 4 de “Discusión y Conclusiones”, donde comparamos y discutimos nuestros resultados con los obtenidos en investigaciones a nivel provincial, autonómico, nacional y europeo, así como desarrollamos las principales conclusiones en base a los objetivos planteados en la investigación. En dicho capítulo, también desarrollamos las principales limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación, así como las perspectivas futuras entorno al estudio de la práctica de actividad físico-deportiva y del sedentarismo.

Por último, especificamos la “Bibliografía” utilizada para el desarrollo del presente trabajo, así como incluimos los anexos correspondientes.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO



1. Fundamentación teórica

En este apartado vamos a analizar las principales aportaciones sobre los conceptos sobre los que se sustenta nuestra investigación, por un lado para que nos sirva como marco teórico de la misma y por otro, para conocer los antecedentes de investigación existentes.

Estudiaremos los hábitos y estilos de vida de la población sevillana adulta y adulta mayor del municipio de Sevilla relacionados con el nivel de práctica de actividad física y el sedentarismo, siendo necesario para ello realizar una aproximación conceptual a los términos más utilizados en el mismo, como son el deporte y la actividad física y su relación con la salud. Ahora bien, para ello analizaremos a su vez términos como el de hábito de dicha actividad física y estilos de vida, dado que este último es considerado como uno de los determinantes de la salud.

1.1. Actividad física

1.1.1. Ejercicio, actividad física y deporte

En la actualidad, podemos encontrarnos un uso indiscriminado de los términos ejercicio, actividad física y deporte, cuando a nivel conceptual no debemos confundir los mismos, aunque tal y como señala Arribas, Gil de Montes, Arruza, Aldaz e Irazusta (2008, p. 80) es muy común su utilización “...para expresar un único concepto: la práctica de actividad sistemática que se realiza a través del movimiento corporal”.

En este sentido, atendiendo a los expertos en actividad física (AF), exponemos algunas de las acepciones del término:

El Diccionario Paidotribo de la Actividad Física y el Deporte (1999) recoge que la AF hace referencia a la acción que implica de forma determinante a la *physis* humana, al actuar tangible y observable de su corporeidad por oposición a las acciones mentales.

Caspersen, Powell y Christenson (1985, p. 126), definen la actividad física como “todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que ocasionan un gasto de energía que dependerá de la masa muscular implicada, de las características de

dicho movimiento, de la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones musculares”.

En la misma línea, Sánchez Bañuelos (1996, p. 26) define la AF como “movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento sustancial del gasto energético de la persona”.

Ahora bien, desde una perspectiva cuantitativa, Arribas (2004), considera del mismo modo que Bouchard, Blair y Haskell (2007) y De Marées (2003), que la actividad física tiene que ir acompañada de un aumento significativo del gasto energético, un aumento sustancial respecto al gasto de energía basal, puesto que sin tener en cuenta esta consideración, excluimos la necesidad de tener un compromiso fisiológico mínimo.

Según Arráez y Romero (2002, p. 183), la AF es “una acción corporal a través del movimiento que, de manera general, puede tener una cierta intencionalidad o no; en el primer caso, la acción corporal se utiliza con unas finalidades educativas, deportivas, recreativas, terapéuticas...; en el segundo caso, simplemente puede ser una actividad cotidiana del individuo”.

La actividad física según las Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), (2013, p. 1) “abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas”.

De esta manera, atendiendo a las anteriores definiciones, la AF no debe confundirse con el ejercicio, dado que este último, según Caspersen et al. (1985, p.17) “es una actividad física de tiempo libre (no ocupacional) planificada, estructurada, repetitiva y dirigida hacia un fin, para la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”, por lo que los participantes están orientados sobre la forma de ejecución, la intensidad, la frecuencia y la duración de las actividades.

De Abajo y Márquez (2013, p. 4) indican que el ejercicio “hace referencia a movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud”.

Así pues, podríamos decir que el ejercicio conlleva un aspecto específico dentro del desarrollo de actividades físicas, estando éste sujeto a una planificación y persiguiendo una serie de objetivos relacionados con la condición física y/o salud, mientras que la actividad física estaría conformada por el conjunto de movimientos corporales realizados bajo una activación muscular implicando un gasto energético considerable, pudiendo ser intencionados desde un enfoque educativo, deportivo y/o fisiológico-salud, o no, ya que constituyen una actividad dentro de su vida cotidiana.

Por otra parte, el término de Deporte, según establece el Consejo de Europa (1992, p.1) es “cualquier forma de actividad física que, a través de participación organizada o no, tiene por objeto la expresión o mejoría de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o la obtención de resultados en competición a todos los niveles”.

De esta manera, podríamos considerarlo como uno de los fenómenos de mayor impacto social en el s. XXI, que ha sufrido y sigue sufriendo una gran expansión, desarrollo y evolución desde las aportaciones que, a lo largo de la historia, hicieron grandes filósofos como Platón, Locke, Rousseau, etc. en defensa de la idea de que la práctica deportiva desarrollaba la moralidad y el carácter, hasta la actualidad.

Así pues, el deporte es definido por Guillermain (1955) como “loisir”, es decir, expansión, no reposo; exige de sus adeptos una aplicación fatigante, tanto desde el punto de vista intelectual como muscular”.

Cagigal (1957 citado en Romero, 2001), concibe el deporte como “diversión liberal, espontánea, desinteresada, expansión del espíritu y del cuerpo, generalmente en forma de lucha, por medio de ejercicios físicos, más o menos sometidos a reglas”. En esta definición podemos apreciar cómo queda reflejado de nuevo el término “expansión”, reflejando así el carácter de diversión que conlleva el deporte, de hecho Seurín (1956, p. 100) nos indica cómo el deporte “es juego, es decir, actividad que no persigue utilidad alguna”.

Sin embargo, Parlebás (1988) lo define como “conjunto finito y enumerable de las situaciones motrices, codificadas bajo la forma de competición, e institucionalizadas”.

Por su parte, García Ferrando (1990) nos señala que el deporte es una actividad física e intelectual humana, que tiene una naturaleza competitiva y con unas reglas institucionalizadas. En dicha definición se destacan que los factores principales que caracterizan al deporte son tres: la competición, la institucionalización y la actividad física e intelectual.

No obstante, aun siendo bastante completa esta última definición, consideramos al igual que Romero (2001) y Álamo (2001) que la definición que más se adecua a la tendencia actual es la que nos describe el Consejo de Europa (1992) a través de la Carta Europea del Deporte citada anteriormente, puesto que es una definición más abierta e integradora que conlleva una mayor aceptación social. Este mismo sentido de la Carta Europea se recoge en el Proyecto de Ley del Deporte de Andalucía (Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía, 2015, p.10) como “todo tipo de actividad física que mediante una participación, organizada o no, se realice con objetivos relacionados con la mejora de la condición física, psíquica o emocional, con la consecución de resultados en competiciones deportivas, con la adquisición de hábitos deportivos, o con la ocupación activa del tiempo de ocio”.

Además de las numerosas investigaciones relacionadas con el deporte, también, la existencia de diferentes documentos legales que hacen referencia expresa al Deporte, como el anteriormente citado proyecto de ley en Andalucía, ponen de manifiesto la importancia que tiene esta actividad para la sociedad. Desde la Constitución Española (1978) se reconoce la trascendencia del deporte y en el apartado 3 del artículo 43 disponiendo que: "Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio". Este mandato se sitúa, significativamente, en el mismo precepto que reconoce el derecho a la protección de la salud y se formula en términos de "fomento", es decir, en la línea de procurar que la intervención pública asegure que la práctica deportiva sea generalizada y amplia.

Estos aspectos quedan reflejado a nivel nacional a través de La Ley del Deporte (10/1990 de 15 de octubre), aprobada por el Parlamento español, donde se especifica en su preámbulo que el deporte, en sus múltiples y variadas manifestaciones, constituye un elemento fundamental, su práctica es importante en el mantenimiento de la salud y, por tanto, es un factor corrector de desequilibrios sociales que contribuye al desarrollo de la

igualdad entre los ciudadanos, crea hábitos favorecedores de la inserción social y, asimismo, su práctica en equipo fomenta la solidaridad.

Todo esto, según (Romero, 2002), conforma el deporte como elemento determinante de la calidad de vida y la utilización activa y participativa del tiempo de ocio en la sociedad contemporánea.

Del mismo modo, la legislación deportiva de nuestra Comunidad Autónoma, desde la Ley del Deporte (6/1998, de 14 de diciembre) y Proyecto de Ley del Deporte (Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía, 2015), lo plantea como un derecho de todo ciudadano a conocerlo y practicarlo de manera libre y voluntaria en condiciones de igualdad de oportunidades y sin discriminación alguna, valorando su inestimable contribución al desarrollo integral de la persona y su consideración como factor indispensable para la integración de los discapacitados en la sociedad, debiendo potenciar el respeto que todo el sistema deportivo andaluz ha de prestar a la protección del medio natural, entendido como el gran equipamiento deportivo de la comunidad andaluza.

En definitiva, hemos apreciado en el concepto del deporte una clara evolución y el desarrollo, de manera que actualmente en Andalucía se considera como un sistema integrado por diferentes elementos, entre los que destacan especialmente las personas que lo practican o deportistas, los responsables técnicos y los equipamientos deportivos y gestores que contribuyen directa o indirectamente a la práctica deportiva por los ciudadanos.

Así pues, una vez realizada dichas referencias en las diferentes manifestaciones, se hace indispensable ofrecer una clasificación para situarnos en una de ellas en función de los fines de nuestra investigación, siendo el deporte para todos la referencia para nuestro estudio según hemos expuesto anteriormente:

1. **Deporte espectáculo.** Cagigal (1971) y Romero (1997) lo definía como un deporte competitivo cuya finalidad principal es el entretenimiento, la diversión pública y que por tanto congrega a espectadores.

Según el Plan General del Deporte en Andalucía, define este tipo de deporte como el conjunto de todas aquellas actividades deportivas, que realizadas por deportistas profesionales, semiprofesionales o de élite, son capaces de despertar

un elevado interés en la sociedad y en los medios de comunicación, y de congregarse a miles de espectadores para presenciarlos.

2. **Deporte rendimiento.** Según el propio Plan General del Deporte de Andalucía, es aquel que se practica con el objetivo finalista de la competición.
3. **Deporte para todos.** Es la actividad física que desarrollamos desde el placer por el movimiento, buscando valores higiénicos de salud física y mental, que se realiza como búsqueda de ocupación del ocio, independientemente de la edad, el sexo, la capacidad física, en donde nadie es discriminado, constituye el objetivo y la filosofía del deporte para todos (Consejo de Europa, 1975).

Según Romero (2004) el deporte para todos en sus orígenes, “es una práctica centrada en el ocio, recreación, salud, tiempo libre, adaptado a las posibilidades concretas de cada persona y organizado por una gran variedad de instituciones, ayuntamientos, barrios, clubes e incluso hasta la organización espontánea del mismo”, a diferencia del deporte rendimiento que es una actividad física que “se aparta de la actividad física libre y espontánea, y se practica en un sistema planificado que, con carácter general, está articulado y controlado en un primer grado por clubes deportivos y por las federaciones deportivas correspondientes”.

De esta manera, podemos indicar que nuestro estudio está enmarcado dentro de la manifestación de deporte para todos, pues comprende la práctica de actividades físicas muy diversas, que se pueden subdividir en cuatro grandes categorías:

- Juegos y deportes de competición, caracterizados por la aceptación de reglas y el hecho de enfrentarse a otros.
- Actividades de aire libre en las cuales los participantes tratan de dominar un terreno determinado.
- Actividades estéticas en cuya ejecución el individuo dirige su atención sobre sí mismo y reacciona ante el placer del movimiento corporal coordinado, como por ejemplo, el baile, el patinaje artístico, la natación practicada a título recreativo.
- Actividades de mantenimiento de la condición, es decir, ciertas formas de ejercicio o de movimientos realizados, no tanto para sentir inmediatamente una satisfacción de logro o un placer kinestésico, sino más bien para beneficiarse de sus efectos a largo plazo (Conferencia de Ministros Europea, 1975).

1.1.2. Sedentarismo e inactividad física

Actualmente no existe una definición unificada de sedentarismo, de hecho esa falta de concreción hace que se hayan analizado las conductas sedentarias (CS) desde diferentes perspectivas, tal y como el tiempo invertido en ver la televisión, jugar con videojuegos o el tiempo sedente durante la jornada laboral, puesto que en muchas referencias entienden por sedentarismo la falta de actividad física regular.

Así pues, para nuestra investigación, utilizaremos el término sedentarismo o CS a “aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (gasto energético menor de 1.5 METS)” (Ministerio de Sanidad, 2015, p.21), definición es utilizada igualmente en otros estudios (Winkler et al., 2012; Owen, Healy, Matthews, & Dunstan, 2010). Por tanto los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo que pasamos sentados o reclinados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.

En cambio la inactividad física según la Organización Mundial de la Salud (2015), es una actividad física escasa o nula en los sectores en los que las personas tenemos oportunidad de mantenernos físicamente activos: el trabajo, el transporte, las tareas domésticas y el tiempo de ocio.

Sin embargo, según Elosua (2005) una persona inactiva no es aquella que no realiza ninguna actividad física a lo largo del día, sino aquella que su actividad física no supera el umbral de gasto energético de 1000 kcal. a la semana, dado que es el punto en el que se observan beneficios en la salud cardiovascular.

El Ministerio de Sanidad (2015, p. 20) atribuye la inactividad física a aquellas “personas inactivas que no alcanzan las recomendaciones de la actividad física”, de ahí que la inactividad física sea el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial, representando el 6% de las muertes registradas en todo el mundo. De hecho se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (O.M.S., 2013).

El eurobarómetro sobre el deporte y la actividad física, cuya encuesta fue realizada para la Comisión Europea en el año 2013 a veintiocho mil personas de grupos

sociales y de población diferentes, en los veintiocho Estados miembros, indica que el 59% de los ciudadanos de la Unión Europea no hacen ejercicio nunca o casi nunca, destacando un 42% que no lo realiza nunca frente al 17% que no lo realiza casi nunca. Además el 41% de los encuestados indica realizarlo con una frecuencia mínima de una vez por semana (Comisión Europea, 2015).

No obstante, tal y como podemos observar en la tabla 1, los resultados obtenidos en España en comparación con los europeos (EU28) entre los años 2009-2013, son relativamente mejores (Comisión Europea, 2015).

Tabla 1 ¿Con qué frecuencia hace ejercicio o practica deporte? (Comisión Europea, 2015)

		Regularly		With some regularity		Seldom		Never		Don't know	
		EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009								
	EU28	8%	-1	33%	+2	17%	-4	42%	+3	0%	=
	HU	15%	+10	23%	+5	18%	-6	44%	-9	0%	=
	EL	7%	+4	24%	+9	10%	-5	59%	-8	0%	=
	ES	15%	+3	31%	+4	10%	-9	44%	+2	0%	=
	NL	8%	+3	50%	-1	13%	-3	29%	+1	0%	=
	SI	15%	+2	36%	-3	27%	+1	22%	=	0%	=
	LT	15%	+1	22%	=	17%	-3	46%	+2	0%	=
	SK	6%	+1	28%	+3	25%	-10	41%	+6	0%	=
	CZ	5%	=	31%	+8	29%	-6	35%	-2	0%	=
	EE	7%	=	32%	+5	24%	-1	36%	-5	1%	+1
	IT	3%	=	27%	+1	10%	-6	60%	+5	0%	=
	LU	12%	=	42%	+3	17%	=	29%	-3	0%	=
	AT	5%	=	40%	+7	28%	-5	27%	-2	0%	=
	BG	2%	-1	9%	-1	9%	-19	78%	+20	2%	+1
	DK	14%	-1	54%	+5	18%	=	14%	-4	0%	=
	PL	5%	-1	23%	+4	18%	-6	52%	+3	2%	=
	PT	8%	-1	20%	-4	8%	-3	64%	+9	0%	-1
	DE	7%	-2	41%	+1	23%	+3	29%	-2	0%	=
	LV	6%	-2	25%	+6	30%	+1	39%	-5	0%	=
	RO	6%	-2	15%	+2	18%	-10	60%	+11	1%	-1
	FI	13%	-4	53%	-2	19%	-2	15%	+8	0%	=
	UK	10%	-4	36%	+4	19%	-3	35%	+3	0%	=
	FR	8%	-5	35%	=	15%	-3	42%	+8	0%	=
	CY	11%	-5	25%	=	10%	-3	54%	+8	0%	=
	BE	10%	-6	37%	+3	22%	=	31%	+3	0%	=
	IE	16%	-7	36%	+1	14%	-1	34%	+8	0%	-1
	SE	15%	-7	55%	+5	21%	-1	9%	+3	0%	=
	MT	5%	-12	14%	-17	6%	-8	75%	+37	0%	=
	HR	9%	*	26%	*	36%	*	29%	*	0%	*

En las Encuestas Nacionales de Salud analizadas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Sanidad S. S., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014), nos indican la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos, entendiéndose por sedentarismo que la persona declara no practicar normalmente ejercicio físico en el tiempo libre. Para ello realizan una comparativa entre las encuestas llevadas a cabo desde el año 1993 hasta las desarrolladas en el año 2011-12, encontrando una diferencia en este último año (11-12) de un 5,28% más de sedentarismo en la población adulta (año 2006: 39,70%; 2011-12: 44,98%) (tabla 2). En este mismo estudio se observa una mayor prevalencia de sedentarismo en las mujeres (un 50,01% frente al 39,6% en hombres), siendo los hombres de entre 18 a 44 años, quienes tienen un menor índice de sedentarismo con respecto a el resto de tramos de edad (24,04%).

Tabla 2 Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos según sexo y edad. (Encuestas Nacionales de Salud 2011-12 y 2006)

	HOMBRES		MUJERES	
	2011-12	2006	2011-12	2006
18-24 años	24,04	30,76	52,11	45,38
25-34 años	35,02	35,88	48,04	44,51
35-44 años	38,95	43,34	50,22	45,73
45-54 años	46,27	42,09	45,65	37,42
55-64 años	43,15	37,78	43,48	36,09
65-74 años	36,03	24,95	47,52	35,71
75 y más años	53,18	32,85	66,65	52,79
Total	39,66	36,85	50,01	42,44

Asimismo podemos observar en las encuestas anteriormente mencionadas, que aunque los resultados de sedentarismo hayan empeorado en la última encuesta, los resultados totales según el género, siguen manteniendo porcentajes inferiores de sedentarismo a los obtenidos desde el año 1993.

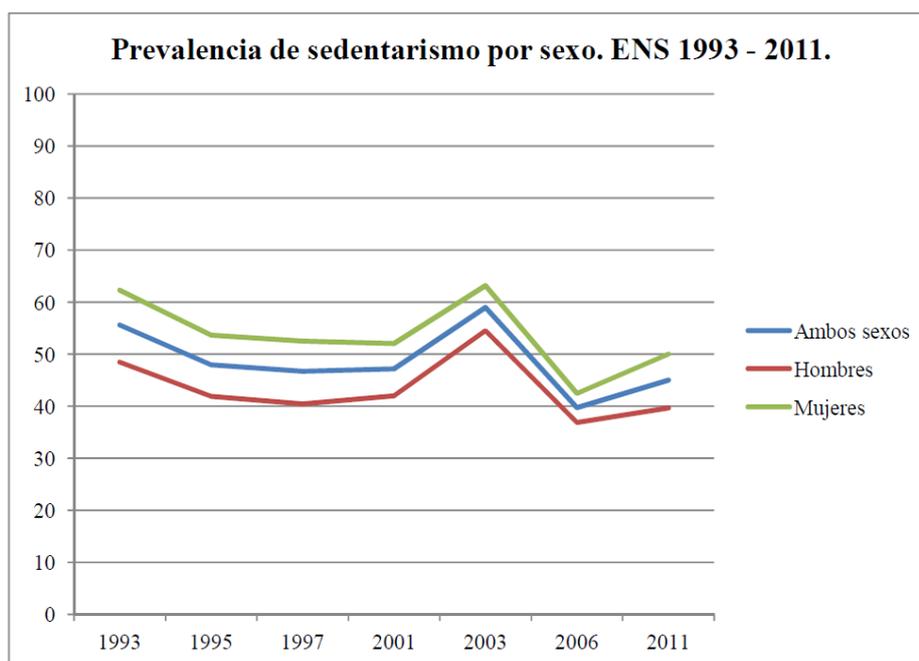


Figura 1. Prevalencia de sedentarismo por sexo. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 1993-2011 (Ministerio de Sanidad S. S., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014)

No obstante, no podemos decir exactamente lo mismo atendiendo a los diferentes intervalos de edad, principalmente en lo que respecta a la población de 18 a 24 años y mayores de 75 años, quienes superan niveles de sedentarismo de años anteriores.

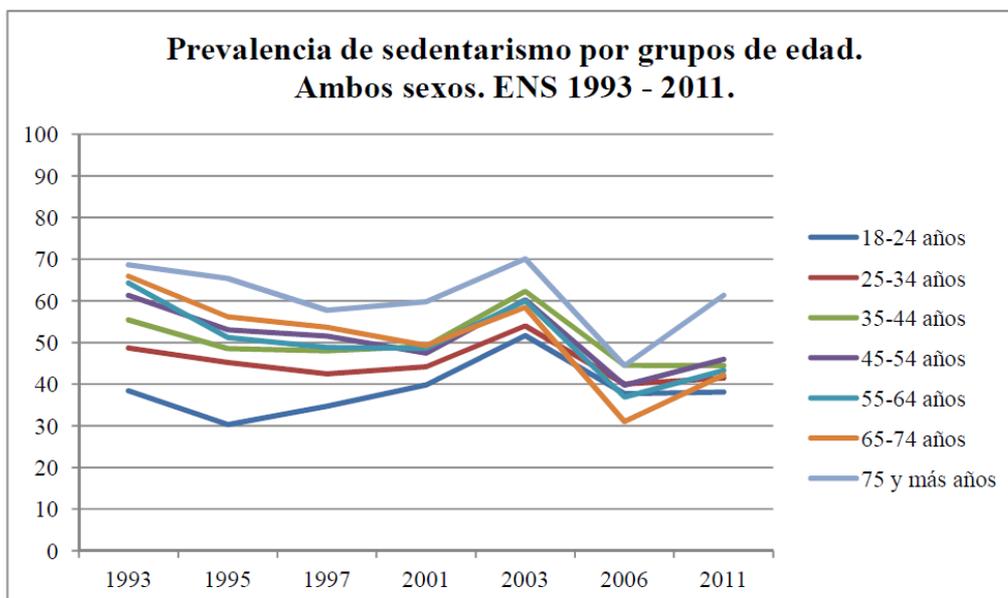


Figura 2. Prevalencia de sedentarismo por grupos de edad. Ambos sexos. ENS 1993-2011 (Ministerio de Sanidad S. S., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014)

Por lo tanto, atendiendo a los resultados obtenidos en la última encuesta (ENS 2011-12), el sedentarismo aumenta con la edad, existiendo diferencias entre hombres y mujeres, de manera que el 21,4% de los hombres entre 15 y 24 años indica que son sedentarios, extendiéndose con la edad dicho estilo de vida hasta encontrarnos con un 46,3% de población sedentaria masculina entre 45 y 54 años. Dichos valores parecen reducirse entre los 65 y 74 años con un 36% de sedentarismo, aunque comienza a aumentar progresivamente a partir de los 75 años. Respecto a las mujeres, entre un 43% y un 50% indican ser sedentarias en los distintos grupos de edad, valores elevados que vuelven a incrementarse entre los 85 y más años alcanzando el 82,6% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

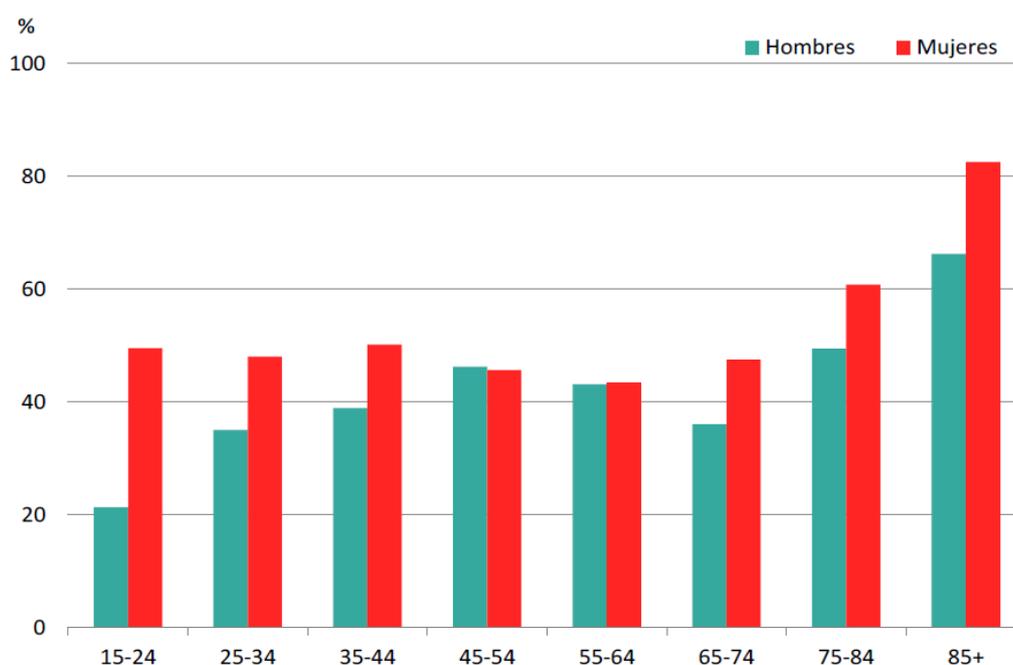


Figura 3. Sedentarismo en la población adulta (15 y más años) según sexo y grupo de edad. España, ENSE 2011-12, MSSSI/INE (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

Del mismo modo, indicar que las Comunidades Autónomas que presentaron porcentajes de sedentarismo significativamente más elevados que el resto son: Andalucía, Cantabria, Castilla la Mancha, Galicia y Murcia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres en todas ellas excepto en Ceuta y Melilla.

Estos valores dan lugar a reflexión teniendo en cuenta que a partir de estas investigaciones se ponen en marcha diferentes estrategias, programas y planes como los que se citan a título de ejemplo: la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de Obesidad (NAOS) en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014) que sitúa a España dentro de la Estrategia Mundial de Alimentación, Actividad Física y Salud de la O.M.S. contra la Obesidad; el Programa MOVI durante los años 2003-2005 (Centro de Estudios Sociosanitarios, 2014) y Perseo en el 2008 (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014), destinados a escolares. En Andalucía, programas para toda la población andaluza como el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008 (Consejería de Salud, 2014), así como el Programa Fifty-Fifty en el año 2012 en el municipio de Cardona, como iniciativa de la Fundación SHE y de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el fin de mejorar la salud en personas adultas de manera integral modificando sus hábitos de salud. En este último programa se consiguieron resultados positivos tales como que siete de cada diez personas realizan más de 150 minutos de ejercicio a la semana (Programa Fifty-Fifty, 2014).

Así pues, los Estados Miembros de la O.M.S. acordaron en 2013 reducir la inactividad física en un 10% en el marco del Plan de acción mundial de la O.M.S. para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2013-2020, teniendo en cuenta que aunque el 80% de los Estados Miembros de la O.M.S. han elaborado políticas y planes para reducirla sólo están operativos en el 56% de los países (Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa, 2015).

Por otro lado nos encontramos estudios, tal y como el de Patel et al. (2010), durante los años 1993 y 2006, en el que concluyeron que las mujeres que pasaban más de seis horas diarias sentadas al día tenían un 37% más de probabilidades de morir en dicho periodo, que aquellas que estaban sentadas menos de tres horas. Dicho riesgo de mortalidad era un 18% mayor en el caso de los hombres.

Ante dicha situación, cabe indicar la importancia que tiene el sedentarismo, entendido como tiempo que permanece la persona sentada y no como equivalente de realizar poca actividad física. Dicha importancia recae en su relación con la salud independientemente de la AF que realicemos, puesto que existe una relación directa

entre el tiempo que permanecemos sentados con la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por toda causa en ambos sexos (Patel et al., 2010 y Stamatakis, Hamer, & Dunstan, 2011).

Asimismo existe evidencia científica que señala a la CS en adolescentes como predictor de obesidad y diabetes mellitus en la edad adulta definida en el estudio AFINOS (Martínez-Gómez et al., 2010).

Resultados de otros estudios muestran que los trabajadores más sedentarios presentan parámetros inflamatorios y de resistencia a la insulina de manera independiente de la actividad física, de ahí que tengan a su vez un riesgo mayor de padecer una enfermedad cardiovascular y más elevada que aquellas personas que pasan menos horas sentadas (León-Latre et al., 2014), por ello adquiere aun mayor importancia la puesta en marcha de las políticas anteriormente mencionadas.

1.1.3. Actividad física y Salud

Según hemos podido analizar en el concepto de AF, existen numerosos autores que la relacionan con la salud, por tanto vamos a realizar en primer lugar una aproximación conceptual a este término.

1.1.3.1. Salud: Concepto y fundamentos básicos

Tradicionalmente, el término de salud se ha identificado con la ausencia de enfermedad, de ahí que una persona suele considerarse que está sana cuando no está enferma, pero la Organización Mundial de la Salud (1948), definió la misma como un estado completo de bienestar a nivel físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Es así como contempla tres dimensiones relacionadas entre ellas.

Del mismo modo, el Diccionario de Ciencias de la Educación (1988), recoge que es un estado del organismo en que existe un funcionamiento equilibrado y armonioso de todos sus órganos, considerando la salud como un estado natural de los seres vivos, mientras que su alteración (enfermedades) debe ser lo inhabitual o irregular,; así pues se trata de un concepto positivo que no solo implica la ausencia de enfermedad, sino el funcionamiento óptimo del organismo que posibilite su bienestar a nivel físico, psíquico y social, la autorrealización y felicidad del hombre. Igualmente hace referencia a que

existe un continuo salud-enfermedad donde se sitúa el individuo, de manera que el estado de salud de cada persona se relaciona con esa situación de salud ideal u óptima del extremo del continuo, que es la meta u objetivo al que se tiende.

Salleras (1985), define salud como el nivel máximo de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

En este sentido se puede observar que la salud está relacionada con la vida desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo y por tanto, como aporta Casimiro (1999), para conseguir una mayor calidad y cantidad de vida es necesario incorporar medidas de promoción de estilos de vida activos y saludables que incidan en la adopción de hábitos positivos y desechen los negativos.

De esta manera Generelo (1998) indicaba que el concepto de salud era positivo, dinámico, pues se construye continuamente, presenta una perspectiva integral ya que es más general, la competencia es multiprofesional y no exclusiva del sector sanitaria y el sujeto participa activamente en la construcción de la misma.

Según Gallego, Aliaga y Granizo (2014, p. 153), la salud “es un recurso para la vida diaria que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas, y la promoción de la salud se dirige a aumentar el control sobre los determinantes de la salud”. Por ello, la salud junto con el bienestar de la comunidad educativa se relacionan a su vez con uno mismo, con los demás y con el entorno.

1.1.3.2. Características de la actividad física-salud

El presente estudio podemos considerar que queda enmarcado dentro del paradigma orientado a la AF y la salud, puesto que este modelo considera que dicha práctica de AF es la que aporta beneficios saludables y no centrado en la condición física del sujeto al tener altos niveles de rendimiento deportivo (Devís & Peiró, 1992).

Así pues, aunque desde dicho paradigma la AF podemos desarrollarla de dos maneras, una a través de un programa específico de AF con un seguimiento y otra desarrollando estilos de vida activos, entendido como cualquier práctica cotidiana que ayude a un estilo de vida activo (Cantera, 1997) y que posteriormente trataremos. Consideramos que esta última manera es la que está relacionada en mayor medida con

nuestro estudio, aunque ello no quita que tengamos que tener en cuenta una serie de variables que deben ser atendidas desde un punto de vista de salud.

De esta manera, podemos decir que para se produzca un efecto positivo sobre la salud, la práctica de AF debe tener una serie de características, como que debe ser “regular, crónica, sistemática y progresiva, y cuando es así (es decir, ejercicio físico), entonces es el tiempo el factor más importante” (Jiménez, 2009, p. 280).

Es por ello que atendiendo a los parámetros de carga, las variables que pueden ser estudiadas como parámetros de salud son la duración, la intensidad, la frecuencia de práctica y el tipo de esfuerzo a realizar (aeróbico, ejercicios de fuerza, etc.) (Chacón, 2011).

La frecuencia de práctica podemos categorizarla atendiendo al número de veces que se practica en la semana, el mes y el año (Chacón, 2011; COMPASS, 1999), dando las siguientes tipologías de práctica: ocasional (menos de una vez al mes ó 1-11 veces al año), práctica irregular (de una vez al mes a una vez por semana ó 12-59 veces al año), práctica regular (dos veces por semana ó 60-119 veces al año) y práctica intensiva (más de dos veces a la semana ó 120 veces o más al año), siendo éstas las categorías utilizadas en nuestro cuestionario.

En cuanto a la duración, hemos empleado en nuestro estudio intervalos de tiempo utilizados igualmente en el proyecto COMPASS (Coordinated monitoring of participation in sport in Europe), investigaciones del grupo IKERKI, así como estudios realizados en la misma línea por Aldaz (2009), Arribas, Gil de Montes y Arruza (2011) y Chacón (2011).

Dicha duración oscila en periodos de 15 minutos o más diferenciando la duración entre: 5 a 15 minutos, de 15 a 30 minutos, de 30 a 45 minutos, de 45 a 60 minutos y más de una hora; en otros estudios como los del Observatorio del Deporte de Sevilla (2005, 2008) la duración es analizada en intervalos de tiempo superiores: práctica de menos de 30 minutos, de 30 a 60 minutos, de una a dos horas y más de dos horas.

Respecto a la intensidad, el proyecto COMPASS (1999) distingue tres intensidades: la intensidad ligera o baja (puede realizar actividad durante una hora o

más sin cansarse), la intensidad moderada (produce un aumento de la frecuencia respiratoria o del corazón) y la intensidad alta o elevada (actividad que supone casi un máximo de esfuerzo, produciendo a su vez fatiga). Igualmente en el IPAQ (cuestionario internacional de actividad física), también diferencia tres niveles de intensidades tal y como se describirá en el siguiente capítulo del presente trabajo al ser uno de los instrumentos utilizados en nuestra investigación.

1.1.3.3. Recomendaciones de actividad física para la salud

Dado que la realización de una actividad física suficiente y de forma regular es un gran factor de promoción y mantenimiento de una buena salud, la O.M.S. (2010) ha elaborado las *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* con el objetivo general de proporcionar a los responsables de definir políticas en este ámbito, a nivel nacional y regional: orientación sobre la relación dosis-respuesta entre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física y prevención de las ENT.

De esta manera, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), también elabora con su grupo de trabajo conjunto del sector sanitario y el sector deportivo, una serie de recomendaciones para la población en el marco de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, al igual que lo hizo la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Muñoz & Delgado, 2010).

Dichas recomendaciones (U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Muñoz & Delgado, 2010; O.M.S., 2010 y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) están formuladas en función de las edades de los sujetos, por lo que vamos a exponerlas las especificadas para los grupos de población objeto del presente trabajo, los adultos (18 a 64 años) y los adultos mayores (de 65 años en adelante):

- Niveles recomendados de actividad física para la salud para los adultos de 18 a 64 años:

Para los adultos de este grupo de edad, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o

ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada¹, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa² cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas considerando que, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), 1 minuto de actividad vigorosa es aproximadamente lo mismo que 2 minutos de actividad moderada.
2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo, teniendo en cuenta que la actividad física realizada regularmente es la más beneficioso para la salud. Por ejemplo: 30 minutos de actividad física moderada cinco días o más.
3. Con el fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edad aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares, aconsejando realizar de 8 a 12 repeticiones par cada grupo muscular, así como realizar actividades para mejorar la flexibilidad.

¹ **Actividad física aeróbica de intensidad moderada:** Aquella actividad que “aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración, aumentando también el ritmo cardíaco y el respiratorio pero aún se puede hablar sin sentir que falta el aire. Por ejemplo: caminando a paso ligero (más de 6 km/h) o paseando en bicicleta (16-19 km/h) (Ministerio de Sanidad S. S., Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2015).

² **Actividad física aeróbica de intensidad vigorosa:** Aquella actividad en la que “la sensación de calor y sudoración es más fuerte. El ritmo cardíaco es más elevado y cuesta más respirar, por lo que resulta difícil hablar mientras se practica. Por ejemplo: correr o ir en bicicleta pedaleando rápidamente (19-22 km/h)” (Ministerio de Sanidad S. S., Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2015).

- Niveles recomendados de actividad física para la salud para los adultos mayores (de 65 años en adelante):

Para los adultos de este grupo de edad, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y funcional, y reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

1. Los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
3. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
5. Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana (OMS, 2013), o al menos tres días a la semana según el Ministerio de Sanidad (2015).
6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado, dado que cualquier

aumento de actividad física, aun siendo leve, producirá beneficios para su salud.

No obstante, nos encontramos con otras recomendaciones para adultos, tales como las realizadas por el American College of Sports Medicine (ACSM) y la American Heart Association (AHA), en las que informan que para la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria se deben realizar tres sesiones semanales de 20 minutos de duración, con una intensidad equivalente al 40-85% de la frecuencia cardiaca de reserva o del 64-94% de la frecuencia cardiaca máxima (Haskell et al., 2007).

Tabla 3 Resumen de recomendaciones sobre actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla (Ministerio de Sanidad S. S., Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2015)

GRUPOS DE EDAD	RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	OBSERVACIONES	REDUCIR EL SEDENTARISMO	LIMITAR EL TIEMPO DE PANTALLA
Personas adultas	Al menos 150 minutos de actividad moderada a la semana ó 75 minutos de actividad vigorosa a la semana ó una combinación equivalente de las anteriores. Estas recomendaciones pueden alcanzarse sumando períodos de al menos 10 minutos seguidos cada uno.	Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea y actividades para mejorar la flexibilidad. Los mayores de 65 años , especialmente con dificultades de movilidad : al menos 3 días a la semana, realizar actividades de fortalecimiento muscular y para mejorar el equilibrio.	Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo. Fomentar el transporte activo .	Limitar el tiempo delante de una pantalla.

1.1.3.4. Recomendaciones de sedentarismo y tiempo de pantalla para la salud

En el mismo sentido que la práctica de actividad física está relacionada con la salud, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), también se

plantean una serie de recomendaciones para reducir el sedentarismo, pues toda aquella persona que no cumpla con las recomendaciones indicadas, debería aumentar en la medida de lo posible su actividad, incorporándola en su vida diaria como un hábito saludable.

De esta manera, dichas recomendaciones para las personas adultas implican:

- Reducir los periodos sedentarios prolongados superiores a dos horas, intercalando descansos activos cada una o dos horas mediante sesiones cortas de estiramientos o con un breve paseo.
- Fomentar el transporte activo, ya sea andando, en bicicleta, etc.
- Limitar el tiempo de pantalla (televisión, tabletas, consolas, teléfonos u ordenadores).

1.2. Hábitos de práctica de actividad física y deportiva (PAFYD)

1.2.1. Conceptos de hábitos y PAFYD

Son numerosos los estudios que avalan los beneficios de la práctica de actividad física (Devís Devís, 2000; Williams, Hendry, France, Lewis, & Wilkinson, 2007; Hayes & Kriska, 2008; Irwin, 2009), sin embargo existe, a pesar de todo, un elevado número de personas que los diferentes estudios identifican como inactivas y/o sedentarias, y que por tanto no practican actividad física con la intensidad y frecuencia adecuada que le permitan beneficiarse de sus efectos positivos sobre la salud.

Según Aldaz (2009, p. 102) “los hábitos hacen referencia a las diferencias perdurables en la praxis social que están determinados por el aprendizaje cultural que juega un papel esencial a la hora de determinar lo que la gente piensa y hace”, por lo que podemos decir atendiendo a Ruiz Juan (2000, p.35), que la práctica de AF y deporte (PAFYD) “es producto de la sociedad donde vivimos y que esta práctica va evolucionando con la propia sociedad siendo a su vez un medio de culturización de sus miembros”.

Así pues, teniendo en cuenta la actitud que tenga una persona, generará un comportamiento determinado, que realizado con cierta regularidad se transforma en un hábito, por lo que si nos centramos en la actitud hacia la PAFYD, ésta “es el resultado de combinar la idea de valor que se da a la actividad física y al deporte, la opinión personal sobre el propio cuerpo y de sus propias capacidades y, el conocimiento y la capacidad que en ese momento se posean” (Arribas, 2004, p. 59).

Son varios los autores, tales como Arribas (2004) y Población (2006), que consideran el término de PAFYD como sinónimo de hábito de práctica, tendencia que se mantiene en nuestro trabajo de investigación y que a continuación analizaremos según las últimas investigaciones.

De esta manera, ante la evaluación que realiza la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición de las encuestas de hábitos deportivos en España, indicar que se contempla un aumento de un 4,48% de adultos que practican alguna actividad físico-deportiva entre los años 2005 y 2010 y un 5,43% de adultos que practican entre el año 2000 y 2010, entendiendo por PAFYD “la realización de cualquier actividad físico-deportiva, bien sean de corte tradicional y federativo como aquellas otras orientadas a la salud, recreación y mantenimiento, practicadas 1 ó 2 veces por semana” (Ministerio de Sanidad S. S., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014, p.17).

Sin embargo, el incremento de práctica deportiva en Andalucía del año 2005 (33%) al 2010 (36%) es de un 3%, siendo una de las Comunidades Autónomas con niveles de práctica inferiores a la media nacional (García Ferrando & Llopis, 2011).

Igualmente cabe mencionar que en la encuesta del 2010 (García Ferrando & Llopis, 2011) la participación en la población adulta es mayor en los hombres en todas las edades excepto en la población adulta mayor. Sin embargo las mujeres registran un mayor porcentaje de participación total, teniendo en cuenta que en esta última encuesta también se considera el rango de edad de 75 y más años.

Tabla 4 Porcentaje de adultos que practican alguna actividad físico-deportiva según las Encuestas de Hábitos Deportivos en España, según sexo y edad. (CSD-CIS 2010 y 2005)

	CSD-CIS, 2010			CSD-CIS, 2005		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
18-24 años	74,03	37,52	56,56	64,06	37,65	51,38
25-34 años	62,2	34,46	48,54	47,14	28,14	37,91
35-44 años	46,12	30,19	38,47	36,29	26,08	31,21
45-54 años	35,57	24,14	29,97	29,9	21,44	25,65
55-64 años	28,76	26,98	27,83	18,55	20,49	19,56
65-74 años	22,36	24,6	23,57	13,97	14,4	14,2
75 y más años	7,99	11,8	10,34	-	-	-
TOTAL	44,72	27,95	36,22	38,01	25,47	31,74

Otro dato a destacar es que el porcentaje de participación disminuye a medida que aumenta la edad según podemos apreciar en la siguiente imagen.

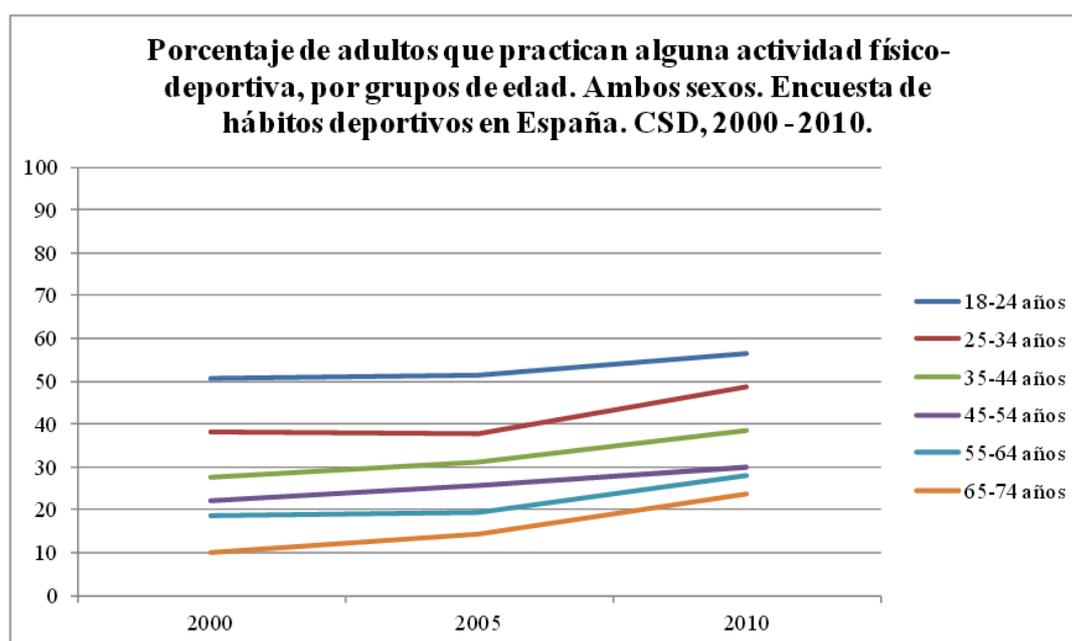


Figura 4. Porcentaje de adultos que practican alguna actividad físico-deportiva según las Encuestas de Hábitos Deportivos en España, CSD-CIS 2000-2010, según edad (Ministerio de Sanidad S. S., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2014)

Respecto a qué tipo de PAFYD realiza la población española, estudios de García Ferrando y Llopis (2011) en el año 2010 indicaba que la segunda actividad más

empleada en ocupar su tiempo libre, es andar, pasear (53%), detrás de la actividad de ver la televisión (70%), la práctica de dicha actividad física no ha tenido cambios significativos desde la encuesta realizada en el 2005 que era del 59%. Sin embargo, donde sí ha existido una evolución es en la participación de deportes para todos encontrándonos en 2010 con un 37% frente al 28% en el 2005, destacando que desde 1980 (12%) se ha triplicado dicha participación.

En el estudio realizado para conocer los hábitos de actividad física en la población adulta de entre 30 y 64 años de Madrid en 2011, con una muestra de 340 personas, nos revela que un 45,3% de hombres practica deporte frente a un 34,5% de mujeres, así como otro 15,5% de mujeres y un 11,7% de hombres camina para hacer ejercicio (Martín, Barripedro, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, & Rivero-Herráiz, 2014).

En Andalucía, según los resultados obtenidos por el Observatorio del Deporte Andaluz (2012), ante una muestra de 3429 personas a mayores de 16 años, en el que la encuesta realizada considera aquellos que han practicado alguna actividad deportiva en los últimos doce meses, así como recalculan la tasa de práctica utilizando la misma pregunta que aparece en el cuestionario utilizado por García Ferrando y Llopis (2011), la tasa de práctica es de un 39,7%, aunque si analizamos específicamente la tasa de práctica deportiva en los últimos 12 meses, dicha tasa es del 42,4%. Así pues, los resultados apuntan a un incremento de cinco puntos con respecto a los datos de 2007 (37,6%).

Atendiendo a los datos publicados por el Observatorio del Deporte de Sevilla, (2005), ante un estudio a la población sevillana de 5 a 74 años, con una muestra de 1280 personas, aunque la muestra calculada era de 1068 personas, así como los datos del Observatorio del Deporte de Sevilla (2008) con una muestra de 1203 personas, aunque la n era 1016, podemos indicar que existe un descenso de cinco puntos, dado que el año 2005 el porcentaje de práctica era del 46,72% y en 2008 del 41,81%, siendo la tasa de práctica en este último superior en hombres (47,52%) al de las mujeres (36,33%), cuyos datos también son inferiores a los obtenidos en 2005 (55,57% hombres y 38,2% mujeres). También en el estudio realizado por Chacón (2011) sobre la población adulta de Sevilla se obtienen tasas de práctica del 50,8% (muestra de 1002 sujetos), siendo

mayor la práctica en hombres que en mujeres, tal y como también se refleja en todos los estudios anteriormente referidos (56,7% y 45,6% respectivamente).

Sin embargo, en el estudio de Aldaz (2009) y Arruza, Aldaz, Arribas y Gil de Montes (2009), sobre la población adulta de Gipuzkoa (muestra de 1008 personas), se obtienen una tasa de PAFYD durante los últimos 12 meses, mucho más alta que en el resto de estudios, del 96,6%. Los valores son muy similares entre hombres y mujeres, siendo incluso éstas últimas las que tienen un pequeño incremento de la tasa de práctica con respecto a los hombres (97,6% de mujeres y 95,6% de los hombres).

Con respecto a los estudios en población adulta sobre el nivel de actividad física (actividad de nivel bajo, moderado o alto), nos encontramos: las encuestas de salud del País Vasco en el año 1992, 1997 y 2002 (Gobierno Vasco, 2015), EUPASS (European Physical Activity Surveillance System) (Rütten et al., 2003), la WHS (World Health Survey) (WHO World Health Survey , 2015), los datos sobre actividad física del Eurobarómetro, realizado en 2003, 2006, 2009 y 2013 (Comisión Europea, 2015), así como en la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/12 (Ministerio de Sanidad, 2014), en cuyos estudios han utilizado la versión corta del IPAQ para adultos tal y como se ha hecho en nuestro estudio.

Así pues, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-12 realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), los resultados obtenidos con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) nos muestran que el 33,6% de la población adulta de 18 a 69 años se clasifican en la categoría de baja actividad física, el 38,6% en un nivel moderado y el 27,8% en la categoría alta.

Del mismo modo que en otros indicadores mencionados, se observa que el hombre desarrolla mayor nivel de actividad física, encontrándonos la mayor diferencia por sexo en el grupo de edad de 18 a 29 años en la categoría alta, con el 44,2% de los hombres frente al 24,1% de las mujeres. Posteriormente, a medida que avanza la edad la actividad física más intensa se va sustituyendo por actividad de tipo moderado o bajo. Dichos datos, nos hacen considerar que el 33,6% de la población adulta de 18 a 69 años (31,3% hombres y 35,8% mujeres) no alcanza los niveles recomendados por la O.M.S. (2010) las cuyas serán expuestas en el siguiente apartado, donde los hombre cumplen

dichas recomendaciones con mayor frecuencia que las mujeres, no existiendo diferencias significativas en los grupo de 18 a 29 y de 40 a 59 años.

Respecto al nivel de actividad física semanal en Andalucía (Observatorio del Deporte Andaluz, 2012), podríamos indicar que el 41,5% de la población adulta no alcanza los niveles recomendados al clasificarse en la categoría baja (39,7% hombres y 43,3% mujeres), frente al 36,4% moderada (32% hombres y 40,8% mujeres) y el 22,2% como categoría alta (28,3% hombres y 15,9% mujeres).

Dichos valores de categoría baja, sólo son superados por Cataluña, Castilla la Mancha, Aragón y Melilla con un 43,2%, 43,8%, 46% y 64,6% respectivamente.

Por otro lado, la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) (2009), nos indica que el 12,1% de la población de más de 16 años no realiza actividad física intensa, ni moderada y tampoco camina (actividad física ligera³), aumentando dicho porcentaje con la edad, alcanzado el 22,1% en la población de 65 y más años, al igual que en dichas edades se producen mayores diferencias según el sexo (17% hombres y 25,9% mujeres) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015).

Asimismo, nos encontramos que el 24,9% de la población mayor de 16 años (34,4% hombres y 15,7% mujeres) realiza actividad física intensa⁴ en el trabajo o en su tiempo libre de manera habitual (últimos siete días), así como el 34,5% de dicha población realiza actividad física moderada⁵ (26% hombres y 42,7% mujeres).

³ **Actividad física ligera:** caminar al menos durante 10 minutos seguidos en los 7 días anteriores y no cumplir criterios para ser incluidos en las categorías 1 ni 2 (categoría 3) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015).

⁴ **Actividad física intensa:** realizar al menos durante 10 minutos seguidos actividades que requieren gran esfuerzo físico en el trabajo (cargar pesos pesados, cavar...), en el hogar (excavar en el jardín, cargar con pesos pesados, cortar madera...) o en tiempo de ocio (aeróbic, correr, nadar rápido, montar en bicicleta a gran velocidad, jugar al fútbol...) al menos uno de los 7 días anteriores (categoría 1) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015).

⁵ **Actividad física moderada:** realizar al menos durante 10 minutos seguidos actividades que requieren un esfuerzo físico moderado (cargar con pesos ligeros, ir en bicicleta a velocidad normal, fregar la casa o limpiar el jardín...) al menos uno de los 7 días anteriores y no cumplir criterios para ser incluidos en la categoría 1 (categoría 2) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015).

En dicha encuesta la prevalencia de actividad física intensa presenta una relación directa con el nivel de estudios, así como los niveles de actividad moderada son similares a cualquier nivel de estudios. Respecto a la edad, ésta presenta una relación inversa con el nivel de intensidad.

Los datos mencionados son superiores respecto a los obtenidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía en la categoría 1 y 2 (22,07% y 33,27% respectivamente), e inferiores a los obtenidos en Andalucía en la categoría 3 y 4 (no realiza ninguna actividad), donde el 29,64% realiza una actividad física ligera y el 15,02% no realiza actividad alguna.

No obstante, debemos aclarar que los resultados de la EESE (2009), no son asimilables a los obtenidos por el IPAQ en la ENS 2011-12 (Ministerio de Sanidad, S.S., 2014), dado que se pregunta por el tiempo “total” de práctica en los últimos siete días, en lugar del tiempo “habitual” en un día tipo y tampoco se pregunta sobre el tiempo que se pasa sentado.

1.2.2. Determinantes de la práctica de actividad físico-deportiva

Antes de identificar los determinantes de la PAFYD, indicar cómo Dishman y Sallis (1994) y Dishman (1990) consideran que el término determinante denota una relación predecible entre los diferentes factores que implican una causa-efecto, aunque Sallis et al. (1992) añade a lo anterior que, la alta correlación entre dos variables revela la potencial relación entre medidas, pero no la causalidad.

No obstante, la importancia de dichos determinantes radica en poder conocer y/o establecer qué grupos de riesgo existen, así como qué aspectos caracterizan la adopción de un estilo de vida activo, para así poder establecer pautas de actuación que nos permitan incrementar la práctica de actividad física.

Así pues, según Delgado y Tercedor (2002) los factores que influyen sobre la PAFYD son:

- a) Factores personales, considerados como biológicos, tales como la edad, el sexo y la genética.
- b) Factores sociales: familia, profesor, amigos.
- c) Factores ambientales: lugar de práctica, el clima, el tiempo (época del año, día/semana), programas de AF, instalaciones.

Sallis et al. (2006), nos presentan cómo las intervenciones para lograr el cambio en la realización de actividad física deben ir enfocadas en varios niveles sobre la base de modelos ecológicos de cuatro dominios: las variables socioculturales, el medio ambiente físico y el entorno de residencia, las relaciones interpersonales y las características intrapersonales.

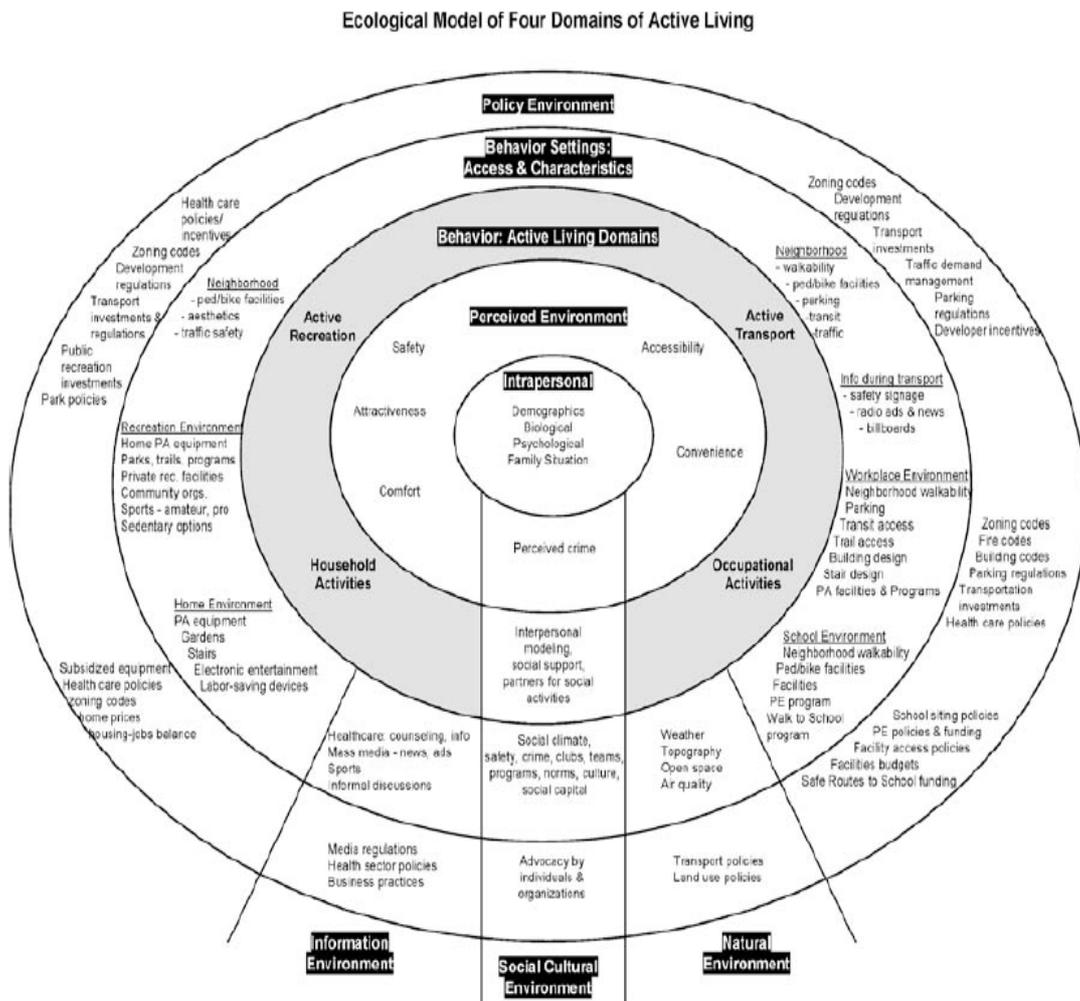


Figura 5. Modelo ecológico de cuatro dominios de vida activa (Sallis, Certero, Ascher, Henderson, Kraft, & Kerr, 2006)

De esta manera, respecto a las variables socioculturales, nos indican que la raza como característica biológica y la etnia como aspecto cultural parecen determinar la cantidad de AF, tratándose este aspecto en términos de origen geográfico. Así pues, el ámbito geográfico de residencia, ya sea por países o por contextos dentro de una misma región pueden influir en la cantidad de AF realizada por las personas (Martínez-González et al., 2001).

Respecto a elementos ambientales, Trost, Owen, Bauman, Sallis y Brown (2002) nos señalan que un paisaje agradable, zonas agrestes próximas, un clima adecuado, el hecho de que personas del mismo entorno practiquen AF, la seguridad en el vecindario, así como la oferta, la facilidad real y percibida para la práctica y la satisfacción con dicha oferta, son elementos que facilitan la práctica habitual.

En esta línea, un grupo internacional, liderado por investigadores de Oporto (Portugal) han desarrollado una aplicación “iSOPARC” que implementa las estrategias del protocolo del Sistema de Observación de Juego y Recreación Activa en Comunidades (SOPARC), como herramienta diseñada para obtener datos objetivos sobre el número de participantes y sus niveles de AF en los parques y entornos de recreación (Eyler et al., 2015).

En cuanto a las relaciones interpersonales, podemos destacar que el entorno afectivo próximo, puede llegar a condicionar la práctica de AF habitual, de hecho entre los adultos podemos destacar, según los estudios de Trost, Owen, Bauman, Sallis y Brown (2002) que las personas viudas son más sedentarias que las casadas y que en estudios con adolescentes se encuentran resultados muy dispares respecto a la influencia en la práctica de la actividad físico-deportiva de padres, hermanos e iguales, así como el apoyo de padres, profesores o entrenador (Ferreira et al., 2007; Sallis, Prochaska & Taylor, 2000). Sin embargo, García Ferrando y Llopis (2011), señalan que los hábitos deportivos del padre y de la madre es la variable que mayor margen porcentual ha generado con respecto a otras, en cuanto a la variable dependiente de practica/no practica de deporte. Así pues, Deflandre, Lorant, Gavarry y Falgaurette (2001), señalan que la adherencia a los programas ejercicio físico aumentan al promoverse relaciones

afectivas entre las personas implicadas dado el carácter socializador de la práctica deportiva.

Atendiendo a las características intrapersonales, Sallis, Prochaska y Taylor (2000), consideran como determinantes demográficos, entre otros, la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, de manera que: la práctica de AF va disminuyendo con la edad, las mujeres practican menos AF que los hombres según lo expuesto por Trost, Owen, Bauman, Sallis y Brown (2002), el nivel socioeconómico está correlacionado con la actividad físico-deportiva (Burton & Turrell, 2000 y Sanz Arazuri, 2005), aunque no en adolescentes (García, Broda, Frenn, Coviak, Pender & Ronis, 1995).

El juego entre “tres variables como son la edad –determinante de la generación de pertenencia-, el sexo y el nivel sociocultural de la familia de pertenencia, junto con la variable que determina la existencia o ausencia de un precedente familiar de práctica deportiva, constituye un poderoso determinante, aunque no determinista, de los hábitos deportivos de la población” (García Ferrando & Llopis Goig, 2011, p. 250-251).

Otro aspecto a señalar es cómo las personas más activas presentan un menor tiempo de uso de televisión y videojuegos (Coumeya, Bobick & Schinke, 1999), así como tienen una dieta de mayor calidad (Brownson, Eyler, King, Brown, Shyu & Sallis, 2000). De hecho, respecto al último determinante mencionado indicar que “está científicamente demostrado que una dieta sana y actividad física suficiente son elementos fundamentales para la prevención de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, entre los que se incluyen el sobrepeso y la obesidad” (Organización Mundial de la Salud, 68ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.3 del orden del día provisional, 2015). De ahí que la Asamblea de la Salud adopte una serie de resoluciones que amplían el mandato de la OMS en el ámbito de las enfermedades no transmisibles.

Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad influyen negativamente (Martínez-González et al., 2001). A nivel de salud, debemos tener en cuenta que a más interrupciones del tiempo de sedentarismo mayores efectos favorables obtendremos en el perímetro de la cintura, el índice de masa corporal, los triglicéridos y la glucosa plasmática a las dos horas (Healy et al., 2008).

Entre los determinantes psicológicos, cognitivos y emocionales, los que más se asocian con una práctica adecuada de AF son la competencia física percibida, la

intencionalidad de practicar actividad físico-deportiva, el disfrute con la actividad, las expectativas de beneficios al practicar, así como la percepción de los mismos, el autoconcepto global y físico, así como el bienestar emocional y psicológico (McCarthy, Jones, & Clark-Carter, 2008; Moreno, Sicilia, González-Cutre, & Cervelló, 2006; Papaioannou, Bebetos, Theodorakis, Christodoulidis, & Kouli, 2006; Leslie et al., 1999; Kemer & Grossman, 1998 y Rodgers & Gauvin, 1998). Sin embargo, nos encontramos cómo la falta de tiempo libre, junto con las barreras percibidas para la práctica y una percepción pobre de la imagen corporal están asociados a un patrón de personas sedentarias (Lowery et al., 2005; King et al., 2000 y Booth, Owen, Bauman, Clavisi, & Leslie, 2000), aunque la autoestima juega un papel importante en la insatisfacción de la imagen corporal tal y como señalan Shahyad, Pakdaman y Shokri (2015).

De esta manera, según de la Cruz Sánchez y Pino Ortega (2015), concluyen que los determinantes que de forma significativa presentan una mayor relación con un patrón habitual de práctica de AF son el nivel socioeconómico y la eficacia autopercebida.

Dado que son múltiples los factores que inciden en un patrón de participación de AF tal y como hemos analizado, a continuación exponemos a modo de resumen diferentes factores personales, según Weinberg y Gould (2007):

Tabla 5 Factores asociados con la participación en los programas de ejercicio supervisados (Weinberg & Gould, 2007)

Factores personales			
Determinantes	Positivo	Negativo	Neutro
Demográficos			
Edad		✓	
Ocupación habitual	✓		
Educación	✓		
Género (masculino)		✓	
Ingresos económicos y estatus socioeconómico	✓		
Sobrepeso y obesidad			✓
Variables cognitivas y de personalidad			

Actitudes			✓
Barrera contra el ejercicio		✓	
Goce del ejercicio	✓		
Expectativa de salud y otros beneficios	✓		
Intención de ejercitarse	✓		
Conocimiento sobre salud y ejercicio			✓
Falta de tiempo		✓	
Perturbación del estado de ánimo		✓	
Salud o aptitud física percibida	✓		
Autoconfianza para el ejercicio	✓		
Automotivación	✓		
Comportamientos			
Dieta			✓
Actividad física desestructurada durante la infancia			✓
Actividad física desestructurada durante la adultez	✓		
Participación en programas anteriores	✓		
Deportes escolares			✓
Tabaquismo		✓	
Patrón de conducta del tipo A		✓	
Ámbito social			
Tamaño de la clase			✓
Cohesión de grupo	✓		
Influencias físicas			✓
Influencias familiares anteriores	✓		
Apoyo social de amigos y pares	✓		
Apoyo social del cónyuge y la familia	✓		
Apoyo social del equipo y del instructor	✓		
Ámbito físico			
Clima y estación del año		✓	
Costo			✓
Interrupciones en la rutina		✓	
Acceso a instalaciones: real	✓		
Acceso a instalaciones: percibido	✓		
Equipo hogareño			✓
Características de la actividad física			
Intensidad		✓	
Esfuerzo percibido		✓	

Programa de grupo	✓
Cualidades de los líderes	✓

El estudio de los determinantes de la actividad físico-deportiva es un campo sobre el que se sigue avanzando, dado que son muchos los que se han identificado, pero que por el continuo cambio al que está sometida la sociedad, también estos determinantes influye sobre si mismos.

La identificación de los factores determinates sobre los hábitos de práctica permiten adoptar políticas y programas de promoción de la actividad físico-deportiva y de salud, optimizando el diseño de actividades y favoreciendo la adhrencia a la práctica. De esta forma podemos intentar evitar gran parte de los problemas de salud de nuestra sociedad, relacionados con la inactividad, falta o mala práctica.

1.2.3. Antecedentes de la investigación

A continuación expondremos las investigaciones más relevantes relacionadas con la práctica de actividad físico-deportivas (PAFYD), considerando como punto de partida el proyecto COMPASS, referente en la investigación a nivel europeo y por ende en España, entre las que se encuentran las investigaciones que han servido como antecedente del presente trabajo.

1.2.3.1. Proyecto COMPASS

El proyecto COMPASS surge en el año 1996 como iniciativa del Comité Olímpico Nacional Italiano (CONI) con el propósito de analizar los sistemas de investigación existentes sobre participación deportiva y, por tanto, poder indentificar estrategias de coordinación metodológica que posibilitaran una mayor comparabilidad entre diferentes países. Dicho proyecto se inició con Italia y Reino Unido, uniéndose dos años más tarde Finlandia, Irlanda, Holanda, España, Suecia y en 1999, Portugal.

Los resultados de dicho proyecto mencionado anteriormente, es publicado por la Comisión Europea, siendo el presente año 2015 el último eurobarómetro sobre práctica

deportiva de los 28 países que actualmente forman parte del proyecto. En dicho proyecto se trabaja en base a los siguientes objetivos:

1. Conocer las acciones realizadas por los diferentes países para conocer la práctica de AFYD.
2. Realizar un estudio comparado en países de la Unión Europea.
3. Elaborar una guía de buenas prácticas, criterios de trabajo y recomendaciones metodológicas para desarrollar investigaciones futuras.

Asimismo, el concepto de deporte utilizado, es el ya mencionado de la Carta Europea del Deporte (Consejo de Europa, 1992) y recogido en una misma línea en el Proyecto de Ley del Deporte de Andalucía (Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía, 2015, p.10) como “todo tipo de actividad física que mediante una participación, organizada o no, se realice con objetivos relacionados con la mejora de la condición física, psíquica o emocional, con la consecución de resultados en competiciones deportivas, con la adquisición de hábitos deportivos, o con la ocupación activa del tiempo de ocio”.

Una vez, definido el concepto de deporte utilizado, se creó una lista CILS-02 (Compass International List of Sports) consituida por 87 actividades deportivas en grupos de 5 deportes: deportes olímpicos de verano, deportes olímpicos de invierno, deportes no-olímpicos u olímpicos discontinuos, deportes para discapacitados y otros deportes con reconocimiento internacional GAISAF (General Association of International Sports Federations), de manera que cada país incorpora además aquellas actividades que no constan en la lista inicial y que son propias del mismo, posibilitando así la comparación de resultados.

Por consiguiente, las variables de estudio sobre los hábitos de PAFYD recogidas en el proyecto COMPASS son:

1. Aspecto cuantitativo: el cual es medido según la frecuencia de práctica mencionada en el apartado de características de la actividad física-salud, contemplándose una práctica intensiva, regular, irregular, ocasional o no participantes.

2. Aspecto cualitativo, haciendo alusión sobre si el tipo de práctica es competitiva o no.

3. Aspecto organizacional, en el que se contempla si la práctica se realiza formando parte de un club deportivo, asociación o federación, o por el contrario no. Este aspecto organizacional sólo es tenido en cuenta en la categoría de práctica intensiva y regular.

A partir de los tres componentes citados se determinan siete perfiles de práctica: práctica intensiva-competitiva y organizada, intensiva, regular-competitiva y/u organizado, regular-recreacional, irregular, ocasional o no practicante.

Tabla 6 Resumen del Marco analítico COMPASS

Perfil	Frecuencia	Miembro de club	Competición
1: Competitivo, organizado, intensivo	≥ 120	Si	Si
2: Intensivo	≥ 120	No	No
	≥ 120	Si	No
	≥ 120	No	Si
3: Regular, competitivo y/o organizado	≥ 60 y <120	No	Si
	≥ 60 y <120	Si	No
	≥ 60 y <120	Si	Si
4: Regular, recreacional	≥ 60 y <120	No	No
5: Irregular	≥ 12 y <60	Si	Si
		Si	No
		No	Si
		No	No
6: Ocasional	≥ 1 y <12	Si	Si
		Si	No

		No	Si
		No	No
7: No practicante	No practican	Ninguno	Ninguno

El proyecto COMPASS nos aporta a nuestra investigación el objeto de estudio, y por tanto, el cuestionario que utilizamos como instrumento contempla ítems similares a este proyecto, relativos a la frecuencia, intensidad, modalidades de deportes, así como motivos de práctica o no práctica.

1.2.3.2. Estudios de PAFYD nacionales

En dicho apartado podemos destacar los estudios de hábitos deportivos realizados por García Ferrando, quien desde 1980 viene analizando dichos hábitos cada cinco años por encargo del Consejo Superior de Deportes. Para la fundamentación teórica de la presente tesis nos hemos basado principalmente en los resultados obtenidos en el años 2005 y en el 2010, dada las fechas de intervención de nuestro estudio.

Asimismo, otra referencia principal ha sido la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006 y la del año 2011-12, esta encuesta se centra mayoritariamente en analizar la actividad física realizada en el tiempo libre, en el trabajo y en el sedentarismo. Debemos tener en cuenta que la ENS parte del concepto de sedentarismo no coincidente con el que posteriormente utilizaremos en nuestro trabajo, según hemos tratado de aclarar en el marco conceptual sobre este término (apartado 1.1.2.), pero sí con el de inactividad física.

A nivel autonómico, destacamos el estudio realizado por el Observatorio del Deporte Andaluz del año 2007 y 2012, así como en Sevilla, hemos hecho referencia a los estudios realizados por el Observatorio del Deporte de Sevilla en los años 2005 y 2008.

En un entorno más directo y como base del Proyecto I+D+i titulado “Hábitos de Práctica de Actividad Físico-Deportiva y Estilos de Vida en la Población Adulta de

Asturias, Gipuzkoa y Sevilla” en el año 2006, de donde parte nuestro estudio, encontramos como referencias los trabajos realizados por el Observatorio del Deporte en Gipuzkoa (Arruza, Arribas y Gil de Montes, 2006, 2007 y 2008; Arruza, Aldaz, Arribas y Gil de Montes, 2009), así como las tesis de Aldaz (2009) y Chacón (2011).

Dichos estudios nos permitirán desarrollar una comparativa con nuestros resultados, teniendo en cuenta algunas limitaciones o dificultades que nos encontraremos atendiendo a que las dimensiones analizadas en cada trabajo o la terminología utilizada en cada uno de ellos no está totalmente unificada.

Otros estudios relacionados con los hábitos de actividad física:

Elizondo-Armendáriz, Guillén y Aguinaga (2005), realizan un estudio a 880 personas adultas de Pamplona con edades comprendidas entre 18 y 65 años, donde un 76,6% de las mujeres tienen un estilo de vida sedentario, mientras que en los varones este porcentaje se reducía hasta un 56,7%. Igualmente indicaban que el sedentarismo se incrementa con la edad, existiendo hasta un 80,3% de varones sedentarios en el grupo de mayor edad, y un 86,3% entre las mujeres, respectivamente.

Igualmente utilizamos el estudio de Ruiz Juan y García Montes (2005), donde analizan a 1116 almerienses de entre 15 años y mayores de 59 años, así como los realizados en las provincias de Almería, Granada y Murcia por García Montes, Ruiz Juan y Piéron (2009).

Otro de los estudios que utilizamos para poder contrastar nuestros resultados es el de Martín, Barripedro, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty y Rivero-Herráiz (2014) que analizan a 340 adultos de entre 30 y 64 años de la Comunidad de Madrid, obteniendo resultados tales como que el 45,3% de los hombres y el 34,5% de las mujeres practican deporte, distinguiendo que además el 15,5% de mujeres y el 11,7% de hombres caminan para hacer ejercicio.

Ahora bien, podemos reseñar diferentes estudios que también analizan los hábitos de práctica, aunque éstos se centran en los adolescentes, tal y como el estudio de Balaguer (2002) de la Comunidad Valenciana, a nivel nacional el de Moreno et al. (2006), en Sevilla el estudio de hábitos y actitudes de los sevillanos en edad escolar (I.M.D., 2007), el de Hernández y Velázquez (2007) en seis Comunidades Autónomas

(Asturias, Granada, La Rioja, Madrid, Valencia y Valladolid) o Nuviala, Murguía, Fernández, Ruiz y García (2009) en las provincias de Huelva, Sevilla y Zaragoza.

Asimismo, entre los más recientes podemos destacar el estudio de García, Rodríguez, Sánchez y López (2012) en la Región de Murcia; el estudio de Vaquero-Cristóbal, Isorna y Ruiz (2013), aunque sea relativo a la relación de la práctica de actividad físico-deportiva y el consumo de tabaco; el de Luis de Cos (2014) realizado en Gipuzkoa, al igual que el de Muñoz (2015).

1.3. Estilo de vida

El estilo de vida es un término que tiene relación con determinados comportamientos y actitudes de la persona y que a su vez pueden tener vinculación o no con la salud según podemos extraer de las diferentes aportaciones que se exponen a continuación.

1.3.1. Conceptos y tipos

El estilo de vida podemos considerar que es, una conducta aprendida a lo largo de la vida que está influenciado por diferentes factores durante el proceso de socialización.

Así pues, según Tuero y Márquez (2009) podemos aludir a que el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que han desarrollado durante su proceso de socialización, las cuales son puestas a prueba en diferentes situaciones sociales, de manera que van modificándose.

Mendoza, Sagrera y Batista (1994, p.17) nos indican que "el estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo". Así mismo diferencian el término de estilo de vida saludable a aquellos patrones de conducta que genera o mantiene la salud, ayudando a añadir años a la vida y vida a los años, haciendo menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades.

Asimismo, la OMS (1998, p. 27) define el estilo de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.

Es así como identificamos conductas de riesgo o conductas orientadas hacia la salud, de manera que se evidencia la relevancia que adquieren los estilos de vida para mantener y mejorar la salud, pues las conductas de riesgo son la “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud suficiente” (OMS, 1998, p.29); y las conductas orientadas hacia la salud son “cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin” (OMS, 1998, p.18).

Por ello, debemos considerar que si queremos promocionar y educar para la salud, deberemos tener presente los estilos de vida de las personas junto con el ambiente, dado que podemos considerar que el estilo de vida es un determinante de la salud, junto con factores hereditarios, la influencia social y de la comunidad, las condiciones de vida y de trabajo, así como las consideraciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (Marks, 1996).

Con respecto al término de estilo de vida activo, Tuero y Márquez (2009, p.36) lo definen como un “régimen de vida adecuado desde el punto de vista de la salud, que embarcaba un conjunto de elementos tales como la alimentación, la actividad profesional, los hábitos de vida social y los ejercicios”.

Atendiendo a dicha definición, Shephard (1994) considera como comportamiento favorables, y por tanto relacionados con un estilo de vida saludable, tres tipos de hábitos: alimentación correcta, una actividad física realizada con una frecuencia, intensidad y duración adecuadas y, unas pautas de descanso regulares con una duración de 7 y 8 horas de sueño por la noche. Por el contrario, considera como negativos, al igual que Rodríguez Marín (1995), el consumo de tabaco y alcohol en cantidades excesivas. Este último autor, también señala dentro de los hábitos negativos, el comer en exceso o consumir dietas inadecuadas y hacer poco ejercicio.

En este mismo sentido Shepard (1994) y Sánchez Bañuelos (1996) señalan que uno de los hábitos que se consideran como positivos respecto al estilo de vida es la práctica de actividad física, de ahí la importancia de realizar estudios de hábitos de práctica, dado que sirven para identificar los estilo de vida de los ciudadanos y si éste es o no saludable.

Así pues, la actividad física como hábito positivo del estilo de vida consiste principalmente en actividades recreativas o de ocio, los desplazamientos (ej. a pie o en bicicleta), las actividades ocupacionales (las desarrolladas en el trabajo), las actividades o tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto (Orrit, 2012). En nuestro trabajo nos centraremos en analizar la forma de traslado a la ocupación habitual, la actividad física en su ocupación habitual, así como su percepción de vida activa en relación a años anteriores, teniendo en cuenta que en trabajos anteriores centrados en la misma población objeto de estudio (Chacón, 2011), se ha analizado la tasa de práctica de AF.

De esta manera, podemos decir según Navarro, Ruiz, Brito y Navarro (2010, p. 5) que “a los estados positivos de salud se les asocia con un estilo de vida adecuado, un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, una capacidad de disfrute de la vida y una tolerancia a los retos que plantea el entorno”, siendo por el contrario asociado los estados negativos con respecto a la salud “con el incremento de niveles variados de la morbilidad y sus efectos asociados de carácter físico, psicológico y social y una incidencia prematura de la mortalidad”.

1.3.2. Factores determinantes de los estilos de vida

Según la OMS (1998, p.27), “no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida”, así pues, a continuación expondremos los determinantes del estilo de vida.

Para Mendoza, Sagrera y Batista (1994), los factores que determinan el estilo de vida de una persona son:

1. Las características individuales -genéticas o adquiridas- (personalidad, intereses, educación, etc.).
2. El entorno microsocioal (vivienda, familia, amigos, etc.).
3. El entorno macrosocioal (cultura imperante, medios de comunicación, sistema social, etc.).
4. El medio físico-geográfico, cambiante por la acción humana (dieta mediterránea o americana, etc.).

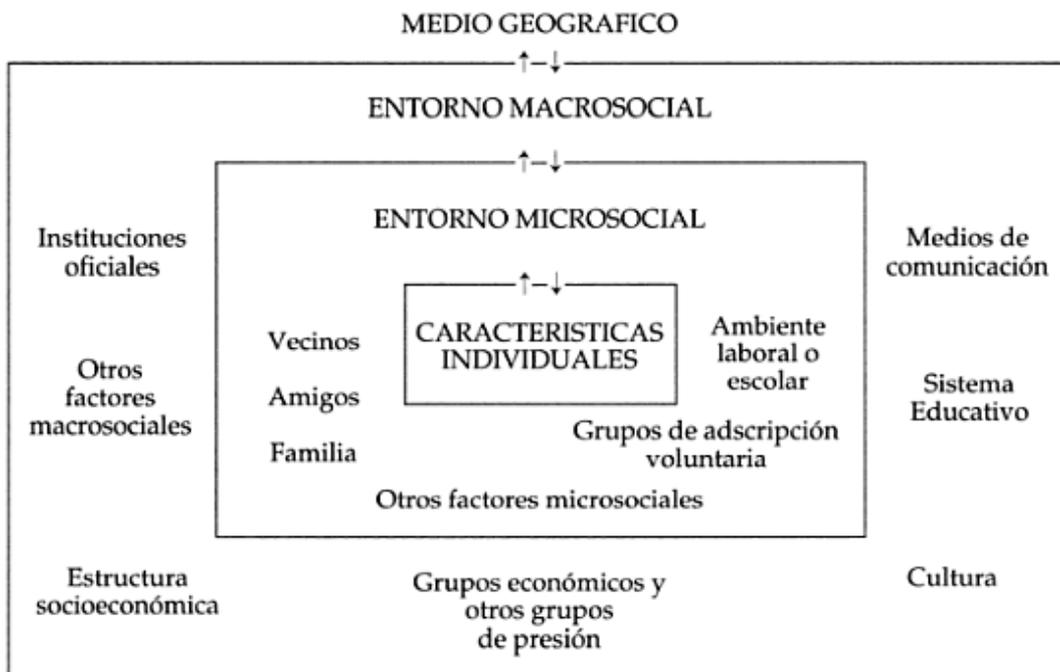


Figura 6. Factores determinantes de los estilos de vida (Mendoza, Sagrera, & Batista, 1994)

Ante los cambios producidos durante las últimas décadas en los ámbitos socioeconómicos y culturales, así como los grandes avances tecnológicos, han hecho que los estilos de vida de la población se vean directa e indirectamente modificados, de ahí que hayan sido numerosos los programas desarrollados y llevados a cabo en los escolares, intentando prevenir y/o paliar ese estilo de vida eminentemente sedentario, y

poder adoptar un estilo de vida más saludable en la vida adulta. Dicha afirmación viene dada porque se ha demostrado que la predicción de modelos activos en el estilo de vida adulto pudiera hacerse a través de la participación deportiva durante la niñez y adolescencia porque pueden servir para estimular el interés y la participación en los periodos de vida posteriores (Matos, 2004; Kraut, Melamed, Gofer & Froom, 2003; Dennison et al., 1988; Powel & Dysinger, 1987; Sánchez Barrera, 1995; Dishman & Dum, 1988, y Sneyder & Spreitzer, 1983, citados por Sánchez Bañuelos, 1996; Van Reusel et al., 1990, y Telama et al., 1994, citados por Pierón, Telama, Almond, & Carreiro da Costa, 1997; Dishman, 1995, Scnurr, 1990, y Willis, 1992, citados por García Montes, 1997), aunque por otra parte, según Casimiro (1999), otros autores indican que existen muchas variables socioculturales que influyen en la vida de la persona, por lo que habrá periodos de mayor y menor práctica durante la edad adulta.

De acuerdo con lo expuesto por diferentes autores sobre factores que influye en el nivel de sedentarismo de la población, tradicionalmente se ha asociado el estilo de vida sedentario con el sexo femenino (Perula de Torres et al. 1998; Eaton, Nafziger, Strogatz, & Pearson, 1994; Bauman, Owen, & Rushworth, 1990), mayor edad de la población (Osler, Clausen, Visen, & Jensen, 2001; Bauman, Owen & Rushworth, 1990), nivel socioeconómico bajo (Mensink, Loose & Oomen, 1997; Bauman, Owen & Rushworth, 1990) y al hábito de fumar (Osler, Clausen, Visen & Jensen, 2001; Domínguez-Berjón, Borrell, Nebot & Plasencia, 1998; Mensink, Loose & Oomen, 1997).

No obstante, en los últimos tiempos se vienen analizando otros posibles determinantes de la realización de actividad física y por tanto de mantener un estilo de vida activo, como son el nivel educativo y la práctica de actividad física en los padres (Osler, Clausen, Visen & Jensen, 2001; Ferreira et al., 2007), la existencia o no de sobrepeso (Cameron et al., 2003; Smith, 2004), salud percibida (Mullineaux, Barnes & Barnes, 2001; Moreno, Cervelló & Moreno, 2008) entre otros determinantes que posteriormente analizaremos.

Por tanto, podemos decir que para adquirir un determinado estilo de vida es necesario adquirir un conjunto de hábitos de vida, considerándose como positivo o

saludable, tal y como hemos hecho referencia anteriormente, la práctica de actividad física, de ahí nuestro interés por analizar los hábitos de práctica de actividad física.

No obstante, debemos tener en cuenta que dichos hábitos se constituyen en base a las actitudes de las personas, atendiendo a componentes cognitivos, afectivos y conductuales (ver figura 7), aunque en un meta-análisis realizado por Conn, Hafdahi y Mehr (2011) indican que las intervenciones de actividad física producen aumentos moderados en el comportamiento de la actividad física (estadísticamente significativos) y que las intervenciones conductuales parecen ser más efectivas que las cognitivas. Esto nos indica que para conseguir un aumento de la práctica de actividad física debemos enfatizar componentes conductuales tales como el autocontrol, estímulos para aumentar la actividad física, las recompensas y la fijación de objetivos de comportamiento.

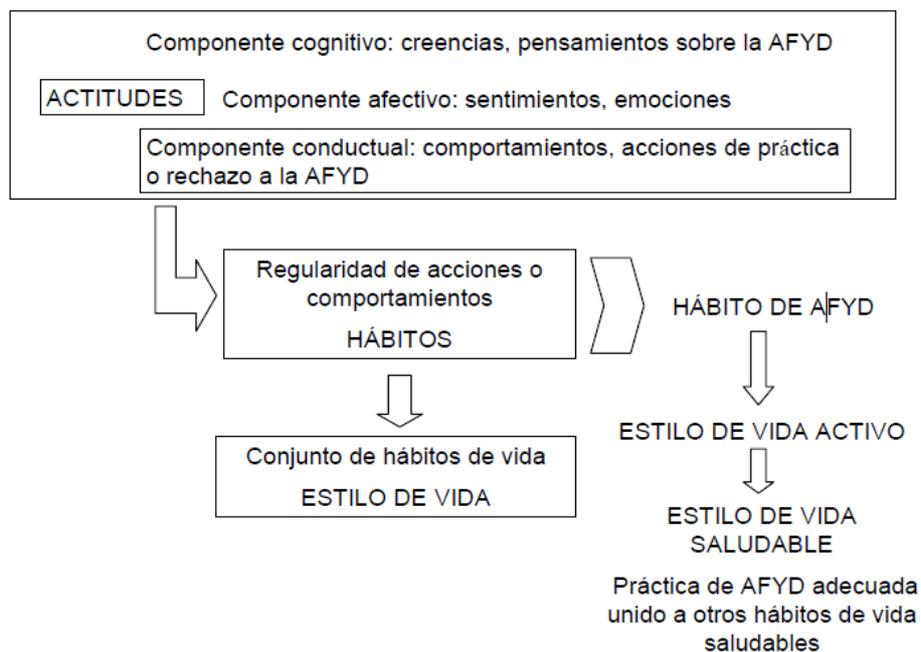


Figura 7 Relación entre actitud, hábitos y estilo de vida (Chacón, 2011)

1.4. Adherencia a la práctica de actividad física-deportiva

1.4.1. Conceptos e importancia

La adherencia se puede considerar como el “estudio de la relación entre las variables que determinan el grado en que una persona completa la prescripción o el tratamiento programado para conseguir un cambio eficaz en un contexto social y cultural concreto” (Serdà, del Valle & Marcos-Gragera, 2012).

Así pues, podemos considerar que la definición de adherencia a la actividad física tal y como señala Aznar (2001, p.84), es un concepto complejo e importante, “complejo, porque hay que atender a las diferencias individuales y el procedimiento que es útil para una persona puede no serlo para otra, e importante, porque mejora la salud de todos”.

De esta manera, la promoción de la salud viene dada en muchas ocasiones una vez que las personas incorporan la actividad física en su estilo de vida y consolidan la adherencia a la misma, siendo más frecuente que se den estos comportamientos saludables en personas física activas, en lugar de conductas de riesgo para la salud (Balaguer, Pastor & Moreno, 1999).

En este sentido Márquez, Vives y Garcés (2013), nos señalan cuatro motivos por los que fomentar la elaboración de programas de adherencia deportiva:

- Las tasas de abandono en la práctica de actividad física física y deportiva, dado que indican que aproximadamente la mitad de las personas que se inician en la actividad, terminan dejándolo en los primeros seis meses.

- La escasez de programas de adherencia existentes en la actualidad, dado que no existen intervenciones sistemáticas que ayuden a cambiar patrones de comportamiento.

- El papel de las expectativas para la obtención de beneficios en la salud, dado que la decisión de iniciar y mantener la actividad en un programa, depende de las expectativas generadas para obtener los posibles beneficios sobre la salud (motivadores extrínsecos e intrínsecos).

- La importancia de la adherencia en la efectividad de las intervenciones médicas, puesto que es de interés conocer los motivos que llevan a una persona a ser

físicamente activa llegando a consolidar esos motivos como impulsores del cambio de la conducta que la práctica conlleva, ante la puesta en marcha de programas médicos de intervención a través de la AF.

Esta adherencia a la práctica de actividad físico-deportiva está considerada por diferentes autores como el objetivo a alcanzar por las personas, es decir, la continuidad en el tiempo de los hábitos de práctica. Esta adherencia está relacionada con el factor de motivación, variable de estudio de numerosas investigaciones (García-Calvo, Cervelló, Jiménez, Iglesias & Moreno-Murcia, 2010; Lim & Wang, 2009 y Cecchini, González, López Prado & Brustad, 2005), puesto que para la Psicología del Deporte, es un reto clave el llegar a comprender la importancia de la motivación para practicar actividad físico-deportiva (Biddle & Mutrie, 2008), siendo la teoría de la autodeterminación (Deci & Ryan, 1985 y 2000 y Ryan & Deci, 2000b) y la teoría de meta de logros (Nicholls, 1984 y Ames, 1992) los principales modelos teóricos para explicar la adherencia a la práctica físico-deportiva como analizaremos en este apartado de fundamentación.

Las principales teorías de la adherencia a la práctica se basan en las teorías de la motivación en el deporte, puesto que esta última es un elemento clave para conseguir un compromiso y adherencia al deporte y es el más importante e inmediato determinante del comportamiento humano según lo expuesto por Moreno, Cervelló y González-Cutre (2007).

La motivación es definida por algunos autores como un mecanismo psicológico en el que destacan tres elementos, la dirección, la intensidad y la persistencia de la conducta (Cashmore, 2002; Weinberg & Gould, 2007 y Dosil, 2008).

Weinberg y Gould (2007) consideran que la dirección hace referencia a la causa o motivo que lleva a la persona a realizar una actividad, y la intensidad se refiere a la cantidad de esfuerzo que emplea en el desarrollo de la actividad. Por otro lado, la persistencia hace referencia a cuánto tiempo continua en la persecución o desarrollo de la misma (Iso-Ahola & St. Clair, 2000). De esta manera a través de la motivación podríamos establecer el inicio y el mantenimiento de un comportamiento humano, siendo en nuestro caso la práctica de una actividad físico-deportivo y la adherencia a la misma.

1.4.1. Teorías y modelos que influyen sobre la adherencia a la práctica

1.4.1.1. Teorías de la Autodeterminación (TAD)

La TAD (Deci & Ryan, 1980, 1985, 1991 y 2000 y Ryan & Deci, 2000b) es definida como una teoría empírica de la motivación humana que tiene relación con el desarrollo y funcionamiento de la personalidad en los contextos sociales, distinguiendo entre motivación autodeterminada (autónoma) o no autodeterminada (controlada) (Deci & Ryan, 2012). Dicha teoría se basa en el grado en que las personas realizan sus acciones de forma voluntaria, por propia elección (Carratalá, 2004).

La TAD es una teoría general de la motivación y de la personalidad que durante estos últimos treinta y cinco años ha ido evolucionando a través de cinco mini-teorías: la teoría de la evaluación cognitiva, la teoría de la integración orgánica, la teoría de las orientaciones de causalidad, la teoría de las necesidades básicas y la teoría de los contenidos de meta. Es una teoría que ha pretendido explicar la motivación humana en contextos laborales, educativos, cuidado de salud, así como en el ámbito deportivo (Deci & Ryan, 2008).

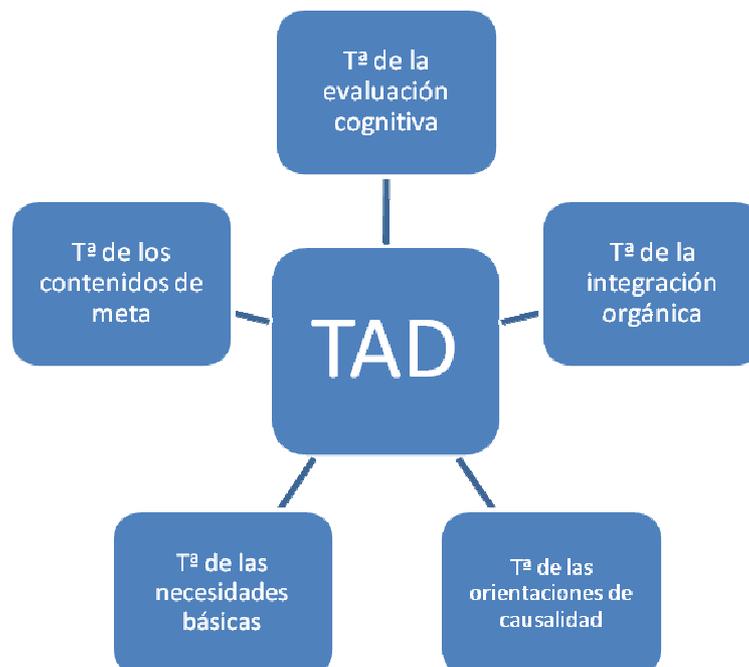


Figura 8. Esquema de las mini-teorías que conforman la TAD

- La *Teoría de la Evaluación Cognitiva* (Deci & Ryan, 1985):

La presente teoría tiene como objetivo especificar aquellos factores externos que explican la variabilidad de la motivación intrínseca. Fue formulada en experimentos que pretendían conocer los efectos de las recompensas extrínsecas en la motivación intrínseca y se centra fundamentalmente en las necesidades de competencia y autonomía (Ryan & Deci, 2000b).

Dicha teoría, según Mandigo y Holt (2000), parte de cuatro proposiciones que pretenden predecir el nivel de motivación intrínseca de una persona:

a) Establece que las actividades que desarrollan la motivación intrínseca son autónomas o autodeterminadas (Frederick & Ryan, 1995), de manera que podemos llegar a mejorar la motivación intrínseca si la persona siente que para conseguir su objetivo personal tiene algo de elección y **control sobre el proceso**. Ahora bien, si la persona percibe control por un factor externo, es probable que la motivación intrínseca disminuya (Goudas, Biddle, Fox & Underwood, 1995).

b) La motivación intrínseca es aumentada a través de sentimientos de **competencia y desafíos óptimos**, refiriéndose a la competencia como al sentimiento de sí mismo con respecto a ciertos ámbitos de la vida y, el desafío como las situaciones en las que el reto de una actividad está equilibrado con sus habilidades (Weiss & Bressan, 1985).

Así pues, según lo expuesto por Ryan y Deci (2000b), teniendo como referencia un contexto social que conlleva un sentimiento de competencia durante una acción, podría desarrollar la motivación intrínseca. Esto puede ser debido a la importancia del desafío óptimo, dado que el ser humano está motivado a ser autodeterminado y competente, buscando situaciones desafiantes de manera óptima (Deci, 1975).

c) Considera la importancia funcional de los factores extrínsecos e intrínsecos, de manera que los **factores extrínsecos que son percibidos como informativos** (feedback positivo) y no como elementos de control y/o de

desmotivación (incompetencia e impotencia) respecto a la competencia percibida, promueven la motivación intrínseca.

d) Si la persona en lugar de ser motivado hacia el ego y sentir mayor presión y control por mantener su autoestima, es **motivado hacia la tarea**, tendrá mayor influencia sobre él la motivación intrínseca. No obstante, también se le atribuye a las amenazas, las fechas topes, las presiones y las metas impuestas una disminución de la motivación intrínseca, junto a los premios tangibles o recompensas (Ryan & Deci, 2000b).

- La Teoría de la Integración Orgánica (Deci & Ryan, 1985)

Esta subteoría fue creada para detallar las diferentes formas de motivación extrínseca y los factores contextuales que promueven o impiden la interiorización e integración de éstos en la regulación de las conductas (Deci & Ryan, 2000), dado que la motivación intrínseca analizada anteriormente, no es el único tipo de motivación. De ahí, que distingan dentro de un continuo, desde las conductas no autodeterminadas hasta las autodeterminadas, tres niveles de motivación: la desmotivación, la motivación extrínseca y la motivación intrínseca (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000b).

No obstante, indicar que en la literatura se refieren a la desmotivación como un tipo de motivación (Ryan & Deci, 2000a, 2000b).

La desmotivación indica una ausencia de motivación caracterizada por la falta de acción o un comportamiento pasivo por parte de la persona (Moreno Murcia, González-Cutre Coll, & Ruiz Pérez, 2009), de ahí que su término original sea “amotivation” y ha sido traducido por diferentes autores como amotivación, desmotivación o no motivación.

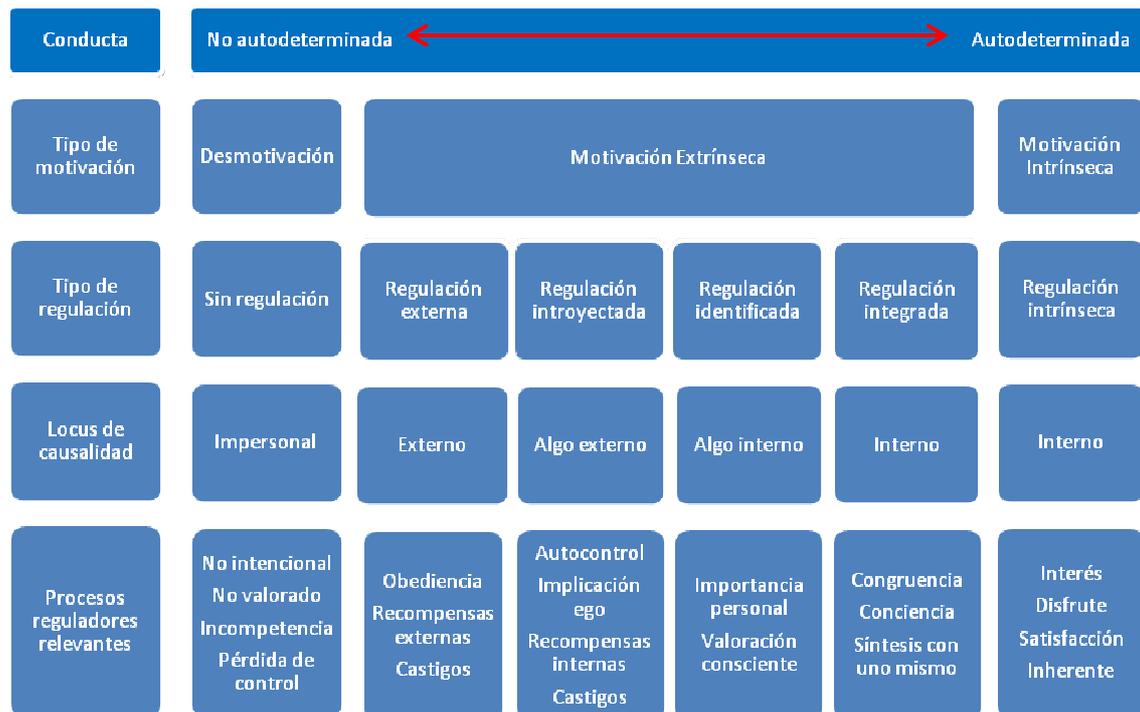


Figura 9. Continuo de autodeterminación mostrando los diferentes tipos de motivación con sus estilos de regulación, locus de causalidad y los procesos correspondientes (Ryan & Deci, 2000b)

Dentro del continuo de autodeterminación de la conducta, podemos observar los tres tipos de motivación, así como su propia estructura y regulación por la persona de forma interna o externa, por lo que procederemos a describir dichos niveles de motivación (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2002):

- La desmotivación: podemos decir que se corresponde con la falta absoluta de motivación, encontrándose en el extremo del continuo de autodeterminación, como conducta no autodeterminada. Dicho nivel se corresponde con la falta de intencionalidad para actuar (Koesther, Losier, Valleran & Carducci, 1996), ya sea porque el sujeto no valora la actividad (Ryan, 1995), o porque no se siente competente para hacerla (Bandura, 1986).

Así pues, Pelletier et al. (1995), describen cuatro tipos de desmotivación: un tipo como resultado de falta de habilidad, por lo que está relacionado con la creencia de capacidad/habilidad; otro como resultado de falta de confianza en la estrategia, por lo que se basa en las creencias del sujeto; un tercer tipo en el que se percibe que hay que realizar demasiado esfuerzo que está relacionado con la creencia capacidad/esfuerzo, por lo que el sujeto no quiere implicarse y, el

último tipo, en el que el esfuerzo no tendrá trascendencia, por lo que está relacionado con la creencia de impotencia.

- La motivación extrínseca: dicha motivación está determinada por recompensas o agentes externos, pudiendo variar según el tipo de regulación (externa, introyectada, identificada e integrada).

Así pues, si atendemos a la regulación menos autodeterminada de la motivación extrínseca (la regulación externa), la conducta a realizar va a estar determinada por la existencia de recompensas o para evitar un castigo, puesto que se realiza la conducta para satisfacer una demanda externa (Deci & Ryan, 2000). Esta demanda externa puede ser la que personas tales como los amigos, familia, pareja, ..., nos digan que debemos hacer algo o nos presionen para hacer ejercicio por ejemplo.

En cuanto a la regulación introyectada, también denominada introyección o regulación auto-ejecutada, está asociada a las expectativas de auto-aprobación, evitación de la ansiedad y el logro de mejoras del ego, en aspectos tales como el orgullo (Ryan & Deci, 2000b). Un ejemplo de ello lo encontramos cuando una persona piensa que se siente mal si no ha practicado actividad física. Por ello, según García Calvo (2004), los motivos principales de participación en una actividad son el reconocimiento social, las presiones internas o los sentimiento de culpa.

La regulación identificada de Deci y Ryan (2000), plantea que los comportamiento resultan autónomos, aunque la decisión de participar en una actividad depende de unos beneficios externos como pueda ser el beneficio físico y psicológico que le reporte y, aún no resultándole agradable la actividad (Carratalá, 2004).

Por último, la regulación integrada es la forma de regularización interiorizada más autodeterminada, dado que la persona evalúa la conducta y actúa en congruencia con sus valores y necesidades y no por el placer inherente de la actividad (Ryan & Deci, 2000b). Así pues, una persona que tiene un estilo de vida activo, practica actividad físico-deportiva porque forma parte de su estilo

de vida (Moreno & Martínez, 2006), o en el caso de un atleta integrado, que decide quedarse el sábado por la noche en casa para estar preparado para el partido del día siguiente (Carratalá, 2004).

De esta manera, dado que los tipos de motivaciones en el continuo de autodeterminación, junto las asociaciones mostradas anteriormente han sido confirmadas en el campo del deporte, el ejercicio y la educación física (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith & Wang, 2003), la motivación intrínseca y algunos tipos de la regulación extrínseca como la regulación identificada, mejoran el funcionamiento psicológico, por lo que presenta consecuencias motivacionales positivas (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a, 2000b). Sin embargo, la regulación externa y la desmotivación se corresponden con consecuencias motivacionales maladaptativas (Ntoumanis, 2001; Standage, Duda & Ntoumanis, 2003, 2005).

- La motivación intrínseca: dicha motivación viene a ser definida por Moreno y Martínez (2006) como aquella que está relacionada con la necesidad de explorar el entorno, la curiosidad y el placer experimentado al realizar una actividad, sin la necesidad de recibir una gratificación externa directa.

Así pues, podemos decir, atendiendo al estudio de Frederick y Ryan (1993), que la motivación intrínseca se correlaciona positivamente con el número de horas y días que la persona practica una actividad físico-deportiva y se obtienen niveles más altos de satisfacción y competencia percibida en la actividad. Sin embargo, la motivación extrínseca está relacionada positivamente con la ansiedad y negativamente con la autoestima.

Diferentes investigaciones consideran la motivación autodeterminada como variable predictora de consecuencias positivas a nivel psicológico, social y afectivo en adultos mayores que practican ejercicio físico (Ferrand, Nasarre, Hautier & Bonnefoy, 2012; Almagro, Rebollo, Pérez-Aranda & Paramio, 2013).

Por último, señalar que el locus (PLOC: Perceived Locus Of Causality) es un indicador de los distintos niveles de autonomía en la conducta (Moreno &

Martínez, 2006), el cual es medido a través de los diferentes motivos para comprometerse en la conducta social (Deci & Ryan, 1985).

- La Teoría de las Orientaciones de Causalidad:

Según Moreno y Martínez (2006), las orientaciones de causalidad se conceptualizan como aspectos relativamente duraderos de las personas que caracterizan el origen de la regulación y el grado de autodeterminación de la conducta. De esta manera, Deci y Ryan (1985, 2000) describen tres tipos de orientaciones causales: orientación a la autonomía, orientación al control y orientación impersonal.

La orientación a la autonomía, conlleva la regulación del comportamiento en base a los intereses y valores auto-establecidos (Deci & Ryan, 2000), de ahí que sus acciones estén organizadas según intereses y metas personales, encontrándose intrínsecamente motivados. Así pues, se corresponde con sujetos con un alto grado de capacidad de elección, de iniciación y regulación de la conducta.

La orientación de control se corresponde con sujetos en cuya conducta existe un control del entorno, o es impuesto por ellos mismos, de ahí que tengan importancia las recompensas externas, los plazos para realizar una actividad y la vigilancia para motivarse (Deci & Ryan, 1985), por ello las personas realizan la conducta al pensar que deben hacerla.

La orientación impersonal se corresponde con sujetos que se creen incapaces de regular su conducta para conseguir los resultados esperados dado que se sienten incompetentes e incapaces para dominar las situaciones, al pensar que el control tiene un origen desconocido o depende de un agente externo. Esto conlleva a relacionar dicha orientación con sentimientos depresivos o altos grados de ansiedad (Moreno & Martínez, 2006).

Así pues, atendiendo a las tres orientaciones, cada una de ellas es representativa de un determinado tipo de motivación: la orientación a la autonomía es representada por la motivación intrínseca y las formas de motivación extrínseca más autodeterminadas (regulación integrada e identificada); la orientación de control de la tendencia por las formas de motivación extrínseca menos autodeterminadas (regulación introyectada y externa) y la orientación impersonal con la desmotivación (Deci & Ryan, 2000).

- La Teoría de las Necesidades Básicas:

Deci y Ryan (2000, p.229), definen las necesidades como “nutrientes psicológicos innatos que son esenciales para un prolongado crecimiento psicológico, integridad y bienestar”. En este sentido, las necesidades psicológicas básicas son consideradas como algo innato, universal y esencial para la salud y el bienestar (Deci & Ryan, 2002; Ryan & Deci, 2000a), tales como la competencia, la autonomía y la relación con los demás.

La competencia o motivación centrada en la efectividad, está basada en la necesidad de impactar a nuestro alrededor, en mostrar resultados importantes en ese ambiente (Deci & Ryan, 2000), de ahí que se trata de controlar el resultado y experimentar eficacia (Deci & Ryan, 1991).

La autonomía es el equivalente de libertad, dado que la persona tiene la necesidad innata de elegir las actividades paralelamente a sus autopercepciones (Deci & Ryan, 2000). Un ejemplo de ello son las personas que realizan ejercicio físico y quieren decidir sobre qué realizar conociendo sus propias necesidades y mostrando un mayor control de la conducta que realizan (Moreno & Martínez, 2006).

Las relaciones con los demás aluden al esfuerzo por relacionarse y preocuparse por otros, así como sentir que los demás tienen una relación auténtica contigo (Deci & Ryan, 1991). De hecho, es común que las personas objeten como principal motivo de participación en actividades físico-deportivas las interacciones sociales que les facilita (Salselas, González-Boto, Tuero & Márquez, 2007), aunque se cree que tienen una menor influencia sobre la motivación intrínseca, sí desempeñan un papel en su continuación (Deci & Ryan, 2000).

- La Teoría de los Contenidos de Metas (Ryan, Williams, Patrick & Deci, 2009).

La citada teoría “surge de las diferencias entre las metas intrínsecas y extrínsecas así como su repercusión sobre la motivación, el bienestar de la persona u otras consecuencias” (Almagro, 2013, p.36).

Kasser y Ryan (1996) distinguen dos tipos de metas, las intrínsecas y las extrínsecas, de ahí que esta teoría mantenga que las metas pueden ser definidas como tal (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste, Lens & Deci, 2006). Existen estudios que han mostrado que ambas metas influyen en el nivel de actividad física, ya que predicen el comportamiento activo a través de las formas más autodeterminadas hacia el ejercicio (Sebire, Standage & Vansteenkiste, 2011).

Por otra parte, Chatzisarantis y Hagger (2007) examinaron a participantes en contextos deportivos competitivos y recreativos, donde los atletas competitivos se centraban más en las metas extrínsecas que los participantes de deportes recreativos. Así pues, los atletas que le daban más importancia a las metas intrínsecas evidenciaban un mayor bienestar, mientras que la consecución de metas extrínsecas, no predijo un mayor disfrute ni bienestar.

Salselas, González-Boto, Tuero y Márquez (2007), pusieron de manifiesto que en jóvenes nadadores, la motivación intrínseca tiene un papel más importante en niveles competitivos en comparación con sujetos participantes en programas básicos de natación.

Una vez descritas las cinco mini-teorías de la TAD, podemos comprender mejor cómo el nivel inicial de motivación de los participantes en un programa de actividad física puede predecir la adherencia a dicho programa. Aquellas personas cuyo nivel de motivación intrínseca es alto al iniciar una actividad física programada y buscan interacciones sociales, divertirse o una mejora de sus competencias, acuden más frecuentemente a las sesiones programadas que aquellas personas que presentan un nivel más alto de motivación extrínseca o más bajo de motivación intrínseca (Ryan, Frederick, Lepes, Rubio & Sheldon, 1997; Salguero, González-Boto, Tuero & Márquez, 2004).

Asimismo, también se ha constatado que el nivel de motivación intrínseca difiere según el tipo de actividad física o deporte que se realice. En este sentido, son los participantes de actividades deportivas los que mayor motivación intrínseca presentan, percibiendo a su vez, una habilidad física superior a los que realizaban actividades de mantenimiento y fitness, quienes sus motivaciones estaban más relacionadas con el cuerpo y menos con la diversión (Frederick & Ryan, 1993).

Gunnell, Crocker, Mack, Wilson y Zumbo (2014), ante un estudio en población adulta (N=203, 68% mujeres) de una media de edad de 32,57 años (DT 15.73), apoyan un modelo basado en tres mini-teorías de trato especial y diferenciado (teoría de los contenidos de meta, teoría de la integración orgánica y teoría de las necesidades básicas), y sugieren que, el cumplimiento de la necesidad psicológica durante la actividad física podría ser un mecanismo clave que facilita el aumento de bienestar y comportamiento. Los resultados también ponen de relieve la importancia de examinar la competencia, la autonomía y la relación de forma independiente (en lugar de como un compuesto).

En un estudio con personas mayores de entre 65 y 68 años, comprobaron la capacidad predictiva del comportamiento autónomo, las necesidades psicológicas básicas y el índice de autodeterminación sobre los motivos de práctica autodeterminados (fitness/salud, social y disfrute). Destacan la importante contribución que los factores psicosociales podrían tener en la práctica de ejercicio físico saludable para el envejecimiento activo después de la edad adulta. Los resultados obtenidos mostraron que el motivo fitness/salud fue predicho positivamente por la competencia percibida y el índice de autodeterminación; los motivos social y de disfrute fueron predichos por la valoración del comportamiento autónomo, la competencia percibida y la relación con los demás (Marcos, Orquín, Belando & Moreno, 2014).

Del mismo modo, existen estudios que aplican la TAD en relación con la salud que sugieren la idea de identificar el nivel de motivación de los sujetos, junto con la exploración de la influencia que el contexto social genera con estas conductas y con sus elecciones, para poder mejorar las intervenciones en pro de cambiar los hábitos de participación (Landry & Solmon, 2002).

1.4.1.2. Teoría de las Metas de Logro

En el ámbito de la actividad física y del deporte, podemos considerar que la teoría de metas de logro (Nicholls, 1984; Ames, 1992) es uno de los modelos teóricos que mayores aportaciones ha efectuado a la comprensión de los patrones cognitivos, conductuales y emocionales, relacionados con el logro (influencia de los climas motivacionales, orientaciones de metas de los deportistas) (Duda, 2001; Roberts, 2001;

Alfermann, Lee & Wuerth, 2005; Cecchini et al., 2008; Marcos, Sánchez-Miguel, Sánchez-Oliva, Amado & García, 2013; Tessier et al., 2013).

Así pues, según Almagro (2013), dicha teoría hace referencia a que las metas de una persona consisten en esforzarse para demostrar una competencia y una habilidad en contextos de logro.

En esa línea, Cervelló (2006) indica que dicha teoría se sustenta en que los objetivos de logro que tenemos son determinantes a la hora de iniciar, mantener o abandonar una determinada conducta, siendo la principal premisa para hacer actividad físico-deportiva, mostrar competencia (Nicholls, 1989).

Ahora bien, el concepto de competencia en los entornos de logro, según el criterio que se adopte para juzgar la competencia, hará que aparezcan diferentes tipos de implicación motivacional, por lo que la persona adquirirá por influencia social dos orientaciones para demostrarla: la orientación a la tarea o a la maestría y la orientación al ego o al rendimiento. En la primera, el éxito viene definido como el dominio de la tarea y el progreso personal, mientras que en la orientación al ego, el éxito se define como superación a los rivales y demostración de mayor capacidad (Nicholls, 1984). El hecho de utilizar un estado de implicación u otro dependerá tanto de factores disposicionales u orientación disposicional a la tarea y al ego, como de factores ambientales o climas motivacionales.

Del mismo modo, Elliot (1999) y Elliot y McGregor (2001), proponen un modelo de metas de logro 2x2, de manera que ambas metas se subdividen formando cuatro posibilidades: meta de aproximación-maestría (definición absoluta e intra-personal de la competencia y valencia positiva); meta de aproximación-rendimiento (definición normativa y valencia positiva); meta de evitación-maestría (definición absoluta e intra-personal y valencia negativa); y meta de evitación-rendimiento (definición normativa y valencia negativa). La meta de aproximación-maestría se correspondería con la visión tradicional de la meta de maestría, la meta de evitación-maestría consistiría en evitar la falta de aprendizaje y de mejora. La meta de aproximación-rendimiento igualmente consistiría en la tradicional meta de rendimiento, mientras que la meta de evitación-rendimiento se centraría en evitar hacerlo peor que los demás. Igualmente, Elliot, Murayama y Pekrun (2011) desarrollan el modelo de

metas de logro 3x2, el cual se fundamenta en las dimensiones de definición y valencia de la competencia, componiéndose de seis constructos de meta.

Weiss y Chaumeton (1992), consideran como elementos clave de la teoría de metas de logro, además de la competencia, el constructo multidimensional y las metas, esta última como determinante de la conducta. Hace referencia al constructo multidimensional de manera que sobre la motivación influyen aspectos personales, sociales, contextuales y de desarrollo; y hace referencia a las metas, de manera que la persona en función de la situaciones en las que se encuentre, éstas pueden influir en su orientación final hacia el aprendizaje o hacia el rendimiento. Entienden por meta la representación mental que realiza el sujeto de los diferentes objetivos propuesto en un ambiente de logro y que son asumidos para guiar el comportamiento, la afectividad y la cognición en diferentes situaciones, como puede ser la deportiva.

De esta manera, nos encontramos estudios en los que la orientación a la tarea y la percepción del clima motivacional implicante a la tarea predicen positivamente la práctica deportiva extraescolar (Jiménez, Cervelló, García, Santos-Ros, & Iglesias, 2007).

En un estudio de practicantes de actividades físico-deportivas (N=513) de edades entre 16 y 58 años, donde analizaban la influencia de las orientaciones de meta y la motivación autodeterminada en la adquisición de motivos de práctica físico-deportiva relacionados con la salud, los resultados revelaron que la orientación a la tarea y la motivación autodeterminada predecían positiva y significativamente los motivos de salud, mientras que la orientación al ego lo hacía de forma negativa (Moreno, González-Cutre & Cervelló, 2008).

Por otro lado, nos encontramos cómo en un estudio de universitarios (N=422) con edades comprendidas entre los 17 y 51 años (M=21.47, DT=4.07), la meta de aproximación a la maestría predice de forma mediada la motivación autodeterminada, por lo que apoyan firmemente que la teoría de metas 2x2 es útil para la comprensión de patrones de ejercicio (Fernández, Almagro & Sáenz-López, 2015).

1.4.1.3. Modelo Psicológico de los estados de cambio (modelo transteórico)

El modelo transteórico (MT) tuvo su origen intentando explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y consumidores de tabaco a partir de un estudio ejecutado por Prochaska, de ahí que formularan la hipótesis de que: los cambios de conducta siguen una serie de etapas (“etapas de cambio”), más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en los que siguen unas recomendaciones terapéuticas (Prochaska & Di Clemente, 1982).

No obstante, el MT ha venido utilizándose también para diseñar intervenciones comunitarias que promueven la actividad física (Marcus, Banspach, Lefebvre, Rossi, Carleton & Abrams, 1992), intentando así entender aquellos cambios observables en el comportamiento y los elementos cognitivos subyacentes para ejercitarse o no (Marcus & Simkin, 1994). Asimismo también ha sido utilizado para analizar las variables relacionadas con la distribución de la prevalencia y etapas para actividad física en poblaciones diferentes (Perula de Torres et al., 1998; Callaghan, Eves, Norman, Chang & Lung, 2002; Elizondo-Armendáriz, Guillén & Aguinaga, 2005; Gavilán, et al., 2013; Muñoz, 2015).

Es por ello, que en el ámbito de la actividad física diversos investigadores recomiendan en el estudio de la adherencia, los modelos psicológicos dinámicos (Dishman, 1994 a; Bunton, Nettleton & Burrows, 1995), puesto que se centran en la transición existente a la hora de adoptar y mantener un comportamiento, como es el ser activo hasta poder llegar al abandono.

El modelo psicológico de los estados de cambio nos indica que la persona que realiza una modificación en su comportamiento puede ser categorizada en uno de los cinco estadios: precontemplación, contemplación preparación, acción y mantenimiento (Prochaska & Velicer, 1997).

- Precontemplación: En esta etapa las personas no tienen intención de cambiar, de ser activo, por lo que se niega la necesidad de practicar actividad física o realizar algún cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, normalmente en un lapso de seis meses. Así pues, una persona situada en esta etapa puede ser por falta de información sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su

comportamiento, o bien porque ha tenido intentos previos fracasados de cambio y ahora está desmoralizado en cuanto a su capacidad. Ambos casos plantean personas desmotivadas no interesadas en participar en algún programa o intervención de promoción de salud por ejemplo. Los programas que se plantean, no involucran a este tipo de personas, dado que existe una incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y las necesidades particulares de estas personas.

En su escala de valores, los “pros” hacia la práctica son menores que los “contras”.

- Contemplación: ahora se considera la opción de cambiar, de practicar, pero aún no se practica. Se hace incluso un intento formal de modificación de su comportamiento en los próximos meses. Se considera que los contempladores comienzan a considerar el cambio pero sin asumir el compromiso específico de practicar, por lo que pueden permanecer largos periodos de tiempo en esta etapa, contemplando la opción de practicar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día.

En estos casos, los programas tradicionales orientados a la acción comportamental tampoco son aptos para este tipo de personas.

En su escala de valores, los “pros” hacia la práctica son iguales a los “contras”, aunque en ocasiones son conscientes de los “pros” de cambiar, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio son aún grandes.

- Preparación: En este caso se realizan pequeños cambios, de manera que de forma no regular, esporádicamente, empieza a practicar. Así pues, una vez tomada la decisión de cambio, tienen el compromiso de hacerlo realizando pequeños cambios, regularmente los próximos treinta días.

Este tipo de personas suelen tener experiencias concretas relativas al cambio, principalmente en el último año, teniendo también conciencia sobre los “pros” de cambiar su comportamiento, por lo que los “pros” comienzan a ser mayores que los “contras”. Atendiendo a ello, estas personas tienen un gran potencial para participar en los programas orientados a la acción, de ahí que sean las típicamente reclutadas para las intervenciones.

- La acción: Las personas son activas regularmente en un periodo de tiempo inferior a seis meses, por lo que realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento. En esta etapa tienen una valoración muy grande de los “pros” y demuestran un nivel mayor de autoeficacia, aunque es una etapa inestable por el potencial de recaída o progresión a la etapa de mantenimiento.

Aun así, es una etapa ideal para las intervenciones tradicionales del público en general.

- Mantenimiento: Podemos decir que consolidamos la práctica durante más de seis meses y dura regularmente hasta dos años, siendo una etapa en la que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, usando una serie de procesos de cambio.

Conociendo por tanto la etapa en la que está situada la persona, aun sabiendo, que los estadios de cambio representan las dimensiones temporales, motivacionales y de constancia del cambio, podremos hacer una intervención más efectiva desde un centro deportivo, o bien podremos plantear estrategias que ayuden a las personas a progresar dentro del modelo.

No obstante, en ocasiones podemos encontrarnos con los llamados “contemplados crónicos”, puesto que aunque planean buenos propósitos para el futuro, nunca llegan, como cuando dicen “mañana, la semana que viene empiezo las clases del gimnasio” (Aznar, 2001).

Atendiendo a que las estrategias de intervención varían según la etapa en la que se encuentre la persona, en un estudio de Marshall y Biddle (2001), obtuvieron como resultados que a los seis y doce meses, aumentaron significativamente en minutos de actividad física de intensidad moderada en comparación con el grupo control.

Serra, Generele y Zaragoza (2011), presentan ante un estudio con adolescentes (N=831) una relación entre los estadios de cambio y los niveles de actividad física habituales, dado que encontraron una débil, aunque significativa correlación, entre los sujetos con mayor nivel de actividad física y aquellos que se encuentran en la etapa de “mantenimiento”.

En el estudio de Herazo, Hernández y Domínguez (2012) encontraron una relación significativa entre el gasto energético (METs) y los estados de cambio para la actividad física, sugiriendo por tanto que, las intervenciones para fomentar la actividad física deben considerar cada etapa de cambio.

En un meta-análisis realizado de dieciocho estudios (Epping, Lee, Brown, Lankford, Cook & Brownson, 2015), obtuvieron que hubo un aumento medio del 35,4% en la cantidad de tiempo de los participantes que eran físicamente activos, y un 64,3% de aumento medio en el gasto de energía, atribuyéndolo a las intervenciones de cambio de comportamiento. Asimismo, también informan que las intervenciones de cambio de comportamiento de salud, adaptados individualmente, reducen el peso corporal y el porcentaje de grasa corporal, y existe un aumento de la fuerza y de la flexibilidad.

Así pues, atendiendo a los diferentes estadios, presentamos a continuación una serie de técnicas a emplear para ayudar a que se desarrolle el cambio propuesto por Aznar (2001).

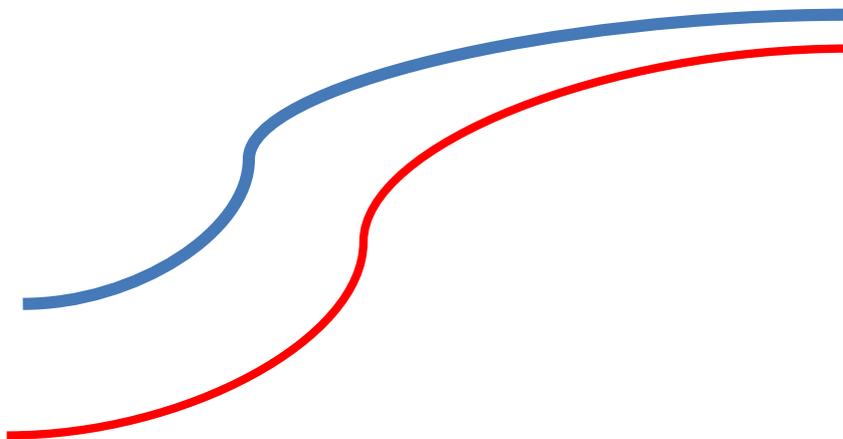
Tabla 7 Esquema de los diferentes estadios, la situación dentro del modelo y la estrategia más apropiada a emplear (Aznar, 2001, p.87).

<i>Estado de cambio</i>	<i>Situación dentro del modelo</i>	<i>Técnicas a emplear</i>
Precontemplación	¿Por qué ser activo? ¿Qué beneficios tiene la práctica de actividad física? ¿Son esos beneficios para mí?	Realizar una campaña de promoción del ejercicio: día de puertas abiertas, revista educativa, etc. Presentar la actividad física accesible y adecuada para todas las personas independientemente de su condición física inicial y somatotipo. Educar sobre los beneficios que puede obtener la persona con la práctica regular de actividad física. Clarificar el riesgo de la inactividad.
Contemplación	¿Cómo puedo ser activo? ¿qué puedo hacer?	Marketing de los beneficios de la actividad física. Evaluación de las influencias para la práctica de actividad física del entorno. Recomendaciones de ejercicio claras y específicas para iniciar un programa. Plantear modelos a copiar positivos y alcanzables. Ayudar a que el sujeto defina los riesgos de la inactividad y los beneficios de la práctica de actividad física.
Preparación	¿Cuándo y cómo ser activo? ¿Se puede introducir la práctica de actividad física fácilmente en mi estilo de vida?	Pruebas periódicas de salud y fitness. Evaluación de los beneficios de la práctica y de las barreras ante la práctica. Prescripción personalizada de ejercicio. Marcar metas específicas y concretas. Establecer un pacto o compromiso de práctica de AF.
Acción	¿Cómo puedo motivarme para continuar practicando actividad física?	Apoyo social. Control de estímulos. Enseñar técnicas de automonitorización de la práctica. Prevención del abandono.
Mantenimiento	¿Qué más puedo hacer?	Apoyo social (hacer actividades con compañeros, familiares, etc., control por parte del entrenador) Revisión de las metas propuestas. Pruebas periódicas de salud y fitness. Enseñar técnicas de automonitorización de la práctica.

Así pues, la adherencia en nuestro trabajo de investigación (tal y como se plasmará en el apartado de metodología, así como en el resto de capítulos) será analizada en dos fases, una primera fase en la que se pregunta a las personas que realizan actividad física sobre su intención de ser activo en el futuro, considerándose como un predictor de la práctica de la actividad físico-deportiva en diferentes estudios (Godin, 1994 y Godin, Anderson, Lambert & Desharnais, 2005), ya que según la teoría de la acción planeada (Ajzen, 1985), la intención personal de realizar dicho comportamiento, es el determinante inmediato del comportamiento. Posteriormente, en una segunda fase, trascurrido un periodo de tiempo se vuelve a encuestar a las personas que practicaban en la fase 1ª para conocer si continúan o no con la misma y el tipo de práctica que realizan, por lo que intentaremos estimar en qué estado de cambio se sitúan las personas analizadas en base a su continuidad o no en la práctica de actividad físico-deportiva tras siete años.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



Una vez conocidos los hábitos de práctica de actividad física en Sevilla, nos planteamos en el presente trabajo si el nivel de actividad física y sedentarismo de la población objeto de estudio, atiende unas recomendaciones de práctica de actividad física saludable. Asimismo, nos planteamos si la práctica de AF de estas personas se mantiene en el tiempo.

De esta manera, a continuación determinamos los siguientes objetivos.

1. Objetivo general y específicos del estudio

El presente estudio pretende describir y analizar los hábitos y estilos de vida de la población sevillana adulta y adulta mayor relacionados con la práctica de actividad física y el sedentarismo, así como comprobar el grado de adherencia a la práctica de dicha población.

Para lo cual nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer el nivel y la cantidad de actividad física/sedentarismo en la población sevillana adulta y adulta mayor.
2. Describir el estilo de vida de la población sevillana adulta y adulta mayor.
3. Examinar el comportamiento y la adherencia de la población objeto de estudio de Sevilla hacia la actividad física.
4. Describir la salud percibida por la población adulta y adulta mayor de Sevilla.
5. Establecer las diferencias existentes en la práctica de AFYD y sedentarismo según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.
6. Establecer las diferencias existentes en los estilos de vida según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.
7. Establecer las diferencias existentes en el comportamiento y adherencia según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.

8. Establecer las diferencias existentes en la salud percibida según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.
9. Conocer las relaciones existentes entre el nivel y la cantidad de actividad física/sedentarismo con los estilos de vida de la población sevillana adulta.
10. Identificar las relaciones existentes entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo y el comportamiento y la adherencia hacia la actividad física.
11. Comprobar si existe correlación entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo y la salud percibida.
12. Describir las relaciones existentes entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo en función de las características sociodemográficas.
13. Conocer el grado de adherencia a la práctica de actividad física y deporte de la población sevillana adulta.
14. Conocer las características de la actividad física practicada tras siete años por la población que practicaba anteriormente.
15. Describir los motivos de práctica de actividad física y la salud percibida por la población de Sevilla tras el transcurso de siete años.
16. Establecer asociaciones entre las diferentes variables y el nivel de actividad física.

2. Metodología de la investigación

Una vez descritos los objetivos de la investigación, así como desarrollados los fundamentos teóricos sobre los que desarrollamos el presente estudio, abordaremos la metodología de la investigación, que es la que se ocupa de los componentes objetivos de la ciencia e incluye los supuestos y valores que sirven como base procedimental de lo que se sirve el investigador para interpretar los datos y alcanzar determinadas conclusiones (Hernández, 2012).

Así pues, indicar que el presente proyecto de tesis doctoral tiene como punto de partida el Proyecto I+D+i “Hábitos de práctica de actividad físico-deportiva y estilos de vida en la población adulta de Asturias, Gipuzkoa y Sevilla”, cuyo principal objetivo era realizar comparaciones entre los hábitos de las diferentes poblaciones, así como el desarrollo de la tesis titulada “Hábitos de práctica de actividad física deportiva en la población adulta de Sevilla” (Chacón, 2011), la tesis de Aldaz (2011) y otros estudios.

A continuación expondremos los aspectos específicos de la presente investigación, por lo que dejaremos constancia del tipo de investigación realizada, la población y la muestra sobre la que se ha realizado el estudio, así como el instrumento de investigación utilizado, teniendo en cuenta que cronológicamente han existido dos fases de recogida de datos:

- Fase I: Noviembre del 2007.
- Fase II: Diciembre del 2014.

2.1. Método de investigación

El método es el conjunto de procedimientos que permiten abordar un problema de investigación con el fin de lograr unos objetivos determinados (Hernández, 2012).

En este sentido podemos decir, según Pérez (1994), que las perspectivas teóricas que han destacado principalmente en ciencias sociales son el positivismo y la fenomenológica, donde el primero busca los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos del individuo, siendo el conocimiento científico el único aceptable. En cambio, la segunda perspectiva trata de analizar el contenido de la conciencia con el objetivo de llegar a una ciencia carente de interpretaciones subjetivas que impidan llegar a formular conclusiones universales. En esta misma línea Colás (1992) también considera como principales modelos el positivista y el interpretativo (fenomenológico), aunque considera el crítico como modelo alternativo.

Ahora bien, los dos tipos de métodos existentes son el cuantitativo y el cualitativo. Los cuantitativos “se caracterizan por formular leyes generales, utilizan

preferentemente el método hipotético deductivo, la investigación tiene un carácter más masivo y se desarrollan dentro del contexto del positivismo”; este positivismo analiza la realidad y sus causas mediante métodos cuantitativos tales como cuestionarios. Los cualitativos “tratan de interpretar las acciones del individuo y sus comportamientos más significativos; se trata de analizar al individuo y no al grupo, rechazando la idea de que el comportamiento humano se rige por leyes naturales” y utiliza técnicas como la observación participante, las entrevistas,... (Ruiz Juan, García Montes & Casado Rodríguez, 2002; Taylor & Bodgan, 1987).

Las características del modelo racionalista-cuantitativo son (Pérez, 1994):

- Según la teoría positivista, la búsqueda de un conocimiento sistemático, comprobable y comparable, medible y replicable.
- La preocupación por la búsqueda de la eficacia y el incremento del corpus de conocimiento.
- El seguir el modelo de investigación hipotético-deductivo.
- La consideración de que la realidad es observable, medible y cuantificable.
- El partir de una muestra significativa para generalizar los resultados.

A su vez, atendiendo a las variables de estudio y el nivel de medición y análisis de las mismas podemos diferenciar los siguientes tipos de investigación: investigación experimental, casi-experimental o no experimental/investigación descriptiva, explicativa, inferencial.

La investigación no experimental en ciencias sociales, atendiendo a lo expuesto por Salkind (1999), incluye diversos métodos como los descriptivos, históricos y correlacionales.

Centrándonos en las características del tipo de análisis de las variables, el método descriptivo describe sistemáticamente hechos y características de una población dada o área de interés de forma objetiva y comprobable como principal objetivo (Colás, 1998). Del mismo modo, estos mismos autores (Colás, 1998 y Salkind, 1999), nos indican que a través de los métodos correlacionales se trata de investigar las posibles relaciones entre las variables, las cuales expondremos posteriormente.

Según lo expuesto, podemos indicar que nuestro estudio, al centrarse en la medición y el análisis de las variables y sus posibles relaciones, lo consideramos como una investigación cuantitativa, tratándose de un estudio transversal (fundamentalmente en la primera fase) y longitudinal en la segunda fase, descriptivo y correlacional, dentro del diseño no-experimental del mismo.

Por último indicar dentro de este apartado, que la técnica utilizada para la obtención de los datos ha sido la técnica de encuesta, la cual procedemos a desarrollar en el siguiente punto.

2.2. Técnicas de investigación

2.2.1. Técnica documental

La citada técnica hace referencia a los procedimientos o medios llevados a cabo para registrar las fuentes de información utilizadas, así como organizar y sistematizar aquella información que hemos utilizado para tener un conocimiento del objeto de estudio, permitiéndonos desarrollar el marco teórico, así como plantear el problema de investigación.

Asimismo, a través de la ficha bibliográfica consultada a nivel nacional e internacional, hemos podido discutir nuestros resultados, intentando comparar y explicar los hallazgos recogidos, con el fin de aportar elementos teóricos al conocimiento científico.

2.2.2. Técnica de encuesta

Esta técnica según García Ferrando (2000), pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características, utilizando un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, a través de los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos que sea representativa de una población o universo más amplio.

Del mismo modo, Sierra (2007) nos indica que la observación por encuesta, es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado,

consistiendo éste igualmente en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad.

Las características que se pueden destacar de la citada técnica son las siguientes (Cea, 1998 y Sierra, 2007):

1. La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante un sistema de muestreo puede hacer extensivos los resultados a la población, de ahí que el interés del investigador no sea el sujeto concreto que contesta el cuestionario sino la población a la que pertenece.
2. La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.
3. Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.
4. La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario en el que aparecen instrucciones iguales para todos los sujetos, una idéntica formulación de las preguntas, etc.), permitiéndonos hacer comparaciones intragrupalas.

No obstante, dentro del proceso de la investigación surgen algunas limitaciones a la hora de utilizar la encuesta, como la imposibilidad de tener en cuenta los factores contextuales que pueden modificar la conducta del sujeto, así como presenta la debilidad para demostrar relaciones causales (Buendía, 2012).

Así pues, en nuestra investigación, hacemos uso de la técnica de la encuesta personal durante la primera fase y la técnica de encuesta telefónica durante la segunda fase, utilizando en ambas fases el cuestionario como instrumento de obtención de datos, pues cumple la función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de la población observada especificada por Sierra (1992).

2.2.2.1. Instrumento de obtención de datos: el cuestionario.

El cuestionario, según Buendía (2012), en la investigación por encuesta ha sido la técnica de recogida de datos más utilizada, pretendiéndose conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados a través de preguntas.

Del mismo modo, Sierra (1992), indica que la finalidad de dicho instrumento es obtener información de la población investigada sobre las variables objeto de investigación de una manera sistemática y ordenada, refiriéndose esta información a lo que las personas son, hacen, opinan, piensan, sienten, esperan, quieren o desprecian, aprueban o desaprueban, o a los motivos de sus actos, opiniones y actitudes.

De esta manera, podemos indicar de acuerdo a Padilla, González y Pérez (1998), las ventajas que este instrumento presenta:

- Aporta información estandarizada, por lo que es más fácil comparar e interpretar las respuestas.
- Ahorra tiempo, ya que permite encuestar a un gran número de personas a la vez y agiliza el análisis estadístico de las respuestas.
- Facilita la confidencialidad, de manera que puede responder con franqueza y sinceridad.

No obstante, dicho instrumento presenta algunas limitaciones según exponen los autores anteriormente referenciados (Padilla, González & Pérez, 1998):

- Responde a objetivos descriptivos, por lo que no contribuye a la explicación de relaciones entre variables.
- Superficialidad de la información, que impide profundizar en las respuestas de los encuestados.
- Difícil elaboración, requiere tiempo, experiencia y conocimientos específicos.

2.2.2.2. El cuestionario de nuestra investigación.

Dadas las dos fases de obtención de datos, en la que durante la primera fase se pretenden estudiar fundamentalmente los objetivos planteados sobre los hábitos y estilo de vida de la población adulta de Sevilla relacionados con la práctica de actividad física y en la segunda se hace un mayor énfasis en analizar el grado de adherencia a la práctica, al permitirnos conocer si las personas continúan practicando, aun teniendo en cuenta que las referencias relativas a la etapa de mantenimiento de la actividad física

aluden a cuando consolidamos la práctica entre seis meses y dos años regularmente, se han utilizado dos cuestionarios diferenciados:

- Fase I:

Tal y como hemos hecho referencia al comienzo de la metodología y el contexto en el que se enmarca la presente tesis, cabe indicar que el cuestionario utilizado para nuestra investigación es fruto de las investigaciones realizadas por el grupo de investigación IKERKI 05/30 y el Observatorio del Deporte de Gipuzkoa (Kirolbegi) para analizar los hábitos de práctica de la población de dicho ámbito territorial y que igualmente ha sido utilizado en la tesis de Chacón (2011).

En el presente trabajo nos centramos principalmente en analizar el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo (actividad física-salud) y los estilos de vida de la población adulta de Sevilla.

El cuestionario utilizado, incorpora en su inicio una breve introducción que sirve como carta de presentación para el encuestado, en la que se informa del objetivo principal de la investigación, así como el concepto del que parte el estudio sobre qué es actividad físico-deportiva según la Carta Europea del Deporte (Consejo de Europa, 1992): “Entendemos por actividad físico-deportiva toda aquella actividad física que se da mediante la participación organizada o libre, y que tiene como objetivo expresar o mejorar la forma física y mental, *divertirte en tu tiempo libre*, crear nuevas relaciones u obtener resultados competitivos”.

Igualmente, utilizamos la definición consensuada por el proyecto Europeo COMPASS (Carta Europea del Deporte, 1992), de quién puede considerarse como practicante: todas aquellas personas que practican o han practicado algún tipo de actividad durante los últimos 12 meses.

➤ Estructura del cuestionario.

El cuestionario original, creado por el Grupo de investigación IKERKI, cuyo responsable era D. José Antonio Arruza y que ha sido utilizado para el Proyecto I+D+I anteriormente referido en el que se apoya el presente estudio, está formado por variables que miden:

- Los hábitos de participación en actividad físico-deportiva y sus características.
- Los espacios y gasto en PAFYD.
- Actividad física y salud (cuestionario IPAQ).
- Autopercepción de salud y forma física.
- Historial de práctica con anterioridad a los 16 años.
- Preguntas de carácter general.

En nuestra investigación nos centraremos en estudiar los siguientes ítems a través de preguntas dicotómicas, preguntas con escalas tipo Likert o respuestas múltiples:

- Dimensión de actividad física y sedentarismo. Para medir el nivel de actividad física en la vida cotidiana se midieron las siguientes variables:
 - Practica o no practica AFYD:
 - *¿Practica o ha practicado durante los últimos 12 meses alguna actividad físico-deportiva?. No importa que sea muy poco frecuente.*
 - Nivel de actividad física durante la última semana (Cuestionario Internacional de Actividad Física –IPAQ-).
 - Minutos de actividad física ligera, moderada y vigorosa durante la última semana (Cuestionario IPAQ).

En la versión utilizada del cuestionario IPAQ se solicita a los encuestados que mencionen el número de días (durante la última semana) y el número de minutos (de cada sesión o día) en que se realizaron tres tipos de actividad física:

- a) Actividad física *vigorosa*: las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal (levantar pesos, pedalear rápido...);
- b) Actividad física *moderada*: aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hacen respirar algo más fuerte de lo normal (las que le hacen respirar algo más fuerte de lo normal) y

c) Actividad física *ligera*: esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier paseo que hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

➤ Dimensión de estilo de vida:

- Forma de traslado a ocupación habitual:

- *Durante el último año, ¿en qué medida se traslada a realizar sus tareas diarias (escuela, universidad, trabajo, otros...) de la siguiente forma?*

- Actividad física en ocupación habitual:

- *¿En el último año, en qué medida realiza usted actividad física durante su ocupación habitual y diaria?*

- Percepción de vida activa en relación a años anteriores:

- *Comparando con los dos años anteriores, diría usted que en la actualidad tiene una vida...*

➤ Dimensión de comportamiento y adherencia:

- Grado de importancia de la PAFYD:

- *¿Qué grado de importancia tiene actualmente para usted practicar actividades físico-deportivas? Indique el grado de importancia en una escala de 1 a 9, significando 1= en absoluto importante para mí y 9= muy importante para mí.*

- Interés por comenzar:

- *¿Le gustaría comenzar a realizar alguna (otra) actividad físico-deportiva?*

- Limitaciones en la práctica de la actividad físico-deportiva:

- *¿El tipo o cantidad de actividad físico-deportiva que actualmente puede hacer está limitada a causa de alguna enfermedad, lesión o minusvalía?*

- Personas de su entorno que practican AFD:

- *Indíqueme cuáles de las siguientes personas practican alguna actividad físico-deportiva. Contésteme sí o no por cada opción*

- Intención de seguir practicando:

- *¿En qué medida tiene la intención de seguir practicando algún tipo de actividad físico-deportiva? Contésteme en una escala de 1 a 9, en la que 1= poco y 9= mucho.*

➤ **Dimensión de salud:**

- Estado de ánimo durante el último año
 - *Por favor, contésteme en qué medida tuvo las siguientes sensaciones durante el último año (Intranquilo/a, Triste, Cansado/a, Animado/a, De mal genio).*
- Número de días de enfermedad durante el último año
 - *¿Cuántos días estuvo usted enfermo/a durante los últimos 12 meses?*
- Número de días que la enfermedad impidió asistir a ocupación habitual
 - *¿Cuántos días durante el año pasado algún tipo de enfermedad le impidió asistir a sus tareas/ ocupaciones habituales: trabajo, estudios...?*
- Percepción de salud
 - *En general, ¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad?*
- Percepción de forma física
 - *¿Cómo considera su forma física en la actualidad?*

➤ **Dimensión sociodemográfica:**

En este apartado de preguntas generales se recogieron datos relativos a la edad, sexo, localidad de nacimiento, persona con quien convive, nivel de estudios, situación laboral y ocupación principal (directores y profesionales, técnicos y cuadros medios, pequeños empresarios, agricultores, empleados de oficinas y servicios, obreros cualificados, obreros no cualificados, jubilados y pensionistas, parados, estudiantes, sus labores y otros).

Ahora bien, para la descripción de los resultados relativos a la distribución de la ocupación en la población, se han aunado los diferentes tipos de ocupación en seis grupos, al igual que en el estudio de Gipuzkoa (Arribas, Gil de Montes & Arruza, 2011) para facilitar en su caso la comparativa de resultados.

- Grupo 1: Directores, técnicos y empresarios.
- Grupo 2: Empleados de oficinas, servicios, obreros cualificados.
- Grupo 3: Agricultores, obreros no cualificados.
- Grupo 4: Ha trabajado pero no lo hace actualmente.
- Grupo 5: Se dedica a sus labores (sin ingresos).
- Grupo 6: Previo a primer empleo.

- Fase II:

En esta fase, nos centramos en comprobar el grado de adherencia a la práctica de AFYD, por lo que preguntamos nuevamente a los sujetos que decían practicar AF las siguientes cuestiones:

- Dimensión de actividad física. Para medir el nivel de actividad física en la vida cotidiana se midieron las siguientes variables:
 - Practica o no practica AFYD:
 - *¿Sigue practicando durante estos últimos 12 meses alguna actividad físico-deportiva?. No importa que sea muy poco frecuente.*
 - Tipo de actividad físico-deportiva practicada y frecuencia
 - *¿Qué actividad físico-deportiva ha practicado usted con mayor frecuencia en el último año?.¿Y con qué frecuencia? ¿Practica otro tipo de actividades físico-deportivas? ¿Cuáles?*
 - Intensidad de práctica
 - *¿Con qué intensidad o esfuerzo ha practicado la actividad físico-deportiva que más frecuentemente realiza?*
 - Duración de la práctica
 - *¿Cuál es la duración de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente practica?*
- Dimensión de comportamiento y adherencia:
 - Razones o motivos de práctica

- *A continuación le presentamos diferentes razones por las que las personas realizan sus actividades físico-deportivas. Indique en qué medida cada razón se aplica a su caso en una escala de 1= nada a 9= mucho*
- Razones o motivos de no práctica
 - *¿Cuál es la razón principal por la que nunca practicó actividades físico-deportivas?*
- Razones o motivos de abandono
 - *¿Cuál es la razón principal por la que dejó de practicar la actividad físico-deportiva?*
- Práctica de AFYD
 - *¿Ha seguido practicando actividad físico-deportiva de forma continuada, intermitente, o por el contrario ha dejado de practicar durante los últimos siete años?*
- Duración de interrupción
 - *¿Durante cuánto tiempo ha interrumpido su actividad físico-deportiva?*
- Razón o motivo de interrupción o abandono
 - *¿Cuál es la razón principal por la que interrumpió o abandonó la práctica de actividad física-deportiva?*
- Dimensión de salud, donde se analizaron las siguientes variables:
 - Percepción de salud
 - *En general, ¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad?*
 - Estado de ánimo
 - *Por favor, contésteme en qué medida tuvo las siguientes sensaciones durante el último año. (Intranquilo/a, Triste, Cansado/a, Animado/a, De mal genio).*
 - Percepción de forma física
 - *¿Cómo considera su forma física en la actualidad?*

2.2.2.3. Validez y fiabilidad.

La validez “significa ante todo que los indicadores utilizados representan los rasgos distintivos que deben medir, es decir, que existe una correspondencia total entre indicador/escala y variable/valores” (Heinemann, 2003, p. 77). Es el grado en que un instrumento mide la variable que quiere medir (Latiessa, 2000 y Buendía, 1998).

Para validar los cuestionarios se han tenido en cuenta diversos tipos de validación, atendiendo a lo expuesto por Buendía (1998) y Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2006), como son: validez de constructo, de contenido, de criterio y de expertos. Esta validación se ha realizado en las diferentes investigaciones generadas con el Proyecto COMPASS (nuestro cuestionario incorpora variables similares a estas investigaciones europeas), además de las realizadas por el Grupo IKERKI, el Observatorio del Deporte de Gipuzkoa y las tesis doctorales de Aldaz (2009) y Chacón (2011).

La fiabilidad hace referencia a la exactitud y consistencia con la que se describe la información obtenida por un instrumento (González, 2014). Esta fiabilidad “se expresa mediante coeficientes de fiabilidad obtenidos mediante la correlación de dos puntuaciones de un mismo sujeto” (Buendía, 1998, p. 240).

En este sentido, podemos decir respecto a la medición de los niveles de actividad física, que aunque los dos cuestionarios de uso más extendido son el IPAQ de 1997 (Booth, 2000; International Physical Activity Questionnaire, 2015), así como el Cuestionario Mundial de Actividad Física (GPAQ) desarrollado por la O.M.S. en 2001, donde ambos son semejantes en validez y fiabilidad, en nuestro estudio utilizamos la versión corta del IPAQ, puesto que es el más utilizado tanto en estudios de ámbito nacional como internacional (Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Malta y Portugal).

Respecto a la validez del IPAQ (versión corta), ha sido analizada en diferentes estudios, señalándose que sobrestima los niveles de actividad física global, puesto que la correlación con las medidas objetiva es baja (Lee, Macfarlane, Lam & Stewart, 2011), encontrándose una correlación aceptable para la actividad vigorosa y para caminar, pero no para la actividad moderada ni para la actividad física total (Prince et al., 2008; van Poppel, Chinapaw, Mokkink, van Mechelen & Terwee, 2010). No

obstante, su fiabilidad está demostrada, y nos permite a su vez un seguimiento estandarizado de los niveles de actividad física en la población adulta y el cumplimiento de los compromisos internacionales de información (Craig et al., 2003).

En cuanto al resto de ítems del cuestionario la validez fue constatada a través de diferentes expertos en el ámbito de la investigación en Educación Física, Salud y Deporte, Sociología y Estadística, de ahí su utilización para tesis como la de Aldaz (2009), Chacón (2011) o el estudio de la práctica físico-deportiva en Gipuzkoa (Arribas, Gil de Montes & Arruza, 2011).

2.3. Variables

A continuación detallamos las diferentes variables objeto de estudio en la presente investigación, especificando aquellas que se han analizado en cada fase del estudio, indicando a su vez cada ítem del cuestionario.

- Fase I:

Tabla 1 Variables analizadas en la fase I de la investigación

Dimensiones	Variables	Ítems del cuestionario
Práctica de AFYD y sedentarismo	Practica o no practica actividad física-deportiva	1
	Nivel y cantidad de actividad física durante la semana (IPAQ)	Resultante de 10-15
	Días de actividad física ligera, moderada y vigorosa durante la última semana (IPAQ)	10, 12, 14
	Minutos de actividad física ligera, moderada y vigorosa durante la última semana (IPAQ)	11, 13, 15
	Intensidad de caminar	16
	Minutos de sedentarismo entre semana y fin de semana (IPAQ)	17, 18
Estilo de vida	Forma de traslado a ocupación habitual	8
	Actividad física en ocupación habitual	9
	Percepción vida activa en relación a años anteriores	19
Comportamiento y adherencia	Grado de importancia de la PAFYD	3
	Interés por comenzar	4

	Limitaciones en la PAFYD	6
	Personas de su entorno que practican	7
	Intención de seguir practicando	20
	Abandono	2
Salud percibida	Estado de ánimo durante el último año	21
	Número de días de enfermedad durante el último año	22
	Número de días que la enfermedad impidió asistir a ocupación habitual	23
	Estado de salud	24
	Forma física	5
Sociodemográfica	Año de nacimiento	25
	Localidad de nacimiento	26
	Lengua utilizada con mayor frecuencia	27
	Otras lenguas	28
	Persona con quien convive	29
	Nivel de estudios	30
	Situación laboral actual	31
	Ocupación principal	32
	Sexo	33

- Fase II:

Tabla 2 Variables analizadas en la fase II de la investigación.

Dimensiones	Variables	Ítems del cuestionario
Práctica de AFYD y sedentarismo	Practica o no practica actividad física-deportiva	1
	Tipo de actividad físico-deportiva practicada y frecuencia	2
	Intensidad de práctica	3
	Duración de la práctica	4
Comportamiento y adherencia	Razones o motivos de práctica	5
	Razones o motivos de no práctica	6
	Continuidad en la práctica de AFD	10
	Duración de interrupción	11
	Razón o motivo de interrupción o abandono	12
Salud percibida	Estado de ánimo durante el último año	8
	Estado de salud	9
	Forma física	7

3. Cobertura de la investigación

Dada las características de nuestra investigación, en la que realizamos la toma de datos en dos momentos temporales diferentes, la población y la muestra de estudio las distinguimos de la siguiente manera:

- Fase I:

3.1. Población

Este estudio se centra en la población adulta del municipio de Sevilla con una edad igual y superior a 18 años, así como la adulta mayor, es decir toda persona de sesenta y cinco años o más.

Los datos de población sobre los que se ha realizado el estudio corresponden al censo de población facilitado por el Ayuntamiento de Sevilla en el año 2006 por el que la población total de Sevilla es de 713404 habitantes, de los cuales 581307 son mayores de 18 años.

Tabla 3 *Distribución de la población de Sevilla obtenido del censo de población de 2006 por intervalos de edad (Ayuntamiento de Sevilla)*

18-24 años	25-44 años	45-64 años	> de 64 años
74014	237642	160305	109346

En cuanto a las diferencias de población adulta según el sexo, hay más mujeres que hombres (308502 frente a 272805), diferencias que se producen sobre todo por el predominio de sexo femenino en los tramos de edad de 45-64 años y aún más de mayores de 64 años.

Tabla 4 *Distribución de la población de Sevilla obtenido del censo de población de 2006 por intervalos de edad y sexo (Chacón, 2011)*

Población < de 18	Población > de 18	18-24 años		25-44 años		45-64 años		> 64	
132097	581307	13%	74014	40%	237642	28%	160305	19%	109346
Mujeres	53%		36419		119685		85013		67385
Hombres	47%		37595		117957		75292		41961

3.2. Muestra

Para el desarrollo de la primera fase de la investigación, la técnica de muestreo fue aleatoria y estratificada por los once distritos municipales de Sevilla y, la selección de la última unidad de muestreo se realizó por cuotas cruzadas de sexo y edad.

Se estableció un nivel de confianza del 95,5%, y en el caso más desfavorable de la máxima dispersión para cuestionarios de tipo dicotómico $p=q=1/2$, el máximo error de muestreo es del 3,01%.

Tamaño muestral: 1002 entrevistas proporcionales

Dicha muestra está compuesta 471 hombres y 531 mujeres. Por intervalos de edad, se dispone de 125 sujetos entre 18 y 24 años; 408 personas encuestadas entre 25 y 44 años; 295 de 45 a 64 años y 174 mayores de 65 años. Igualmente se distribuyó la muestra en cada distrito por cuotas de sexo y edad.

Tabla 5 *Muestra del estudio por cuotas de sexo, edad y distrito municipal*

MUESTRA: 1002 sujetos
Por género
471 hombres y 531 mujeres
Por intervalos de edad
18-24 años: 125 sujetos
25-44 años: 408 sujetos
45-64 años: 295 sujetos
Mayores de 65 años: 174 sujetos

- Fase II:

Partiendo de la población y de la muestra anteriormente descrita, la segunda fase de nuestra investigación se desarrolló durante el mes de diciembre de 2014, llevando a cabo la citada intervención sobre la población que indicó realizar práctica de AFYD y que disponemos de su teléfono para realizar la encuesta telefónica (n=509).

No obstante, cabe mencionar que las personas que respondieron a la encuesta telefónica constituyó el 12,57% del total (n=64).

Así pues, la muestra encuestada queda distribuida de la siguiente manera tras el transcurso del tiempo:

Tabla 6 *Número de casos por cuotas de sexo y edad*

MUESTRA: 64 sujetos
Por género
32 hombres y 32 mujeres
Por intervalos de edad
25-44 años: 36 sujetos
45-64 años: 22 sujetos
Mayores de 65 años: 6 sujetos

4. Trabajo de campo

Una vez elaborados los materiales necesarios para el desarrollo del trabajo de campo: cuestionarios y cartones, manual para encuestadores, rutas de encuestación, el trabajo de campo fue realizado en la primera fase por una empresa especializada “Nexo S.COOP.AND”, en coordinación con las pautas establecidas desde la dirección del proyecto de tesis y doctorando.

La segunda fase fue realizada por dos alumnos internos del profesor D. Juan Antonio Corral, del Departamento de Educación Física y Deporte (sección departamental A).

4.1. Selección y entrenamiento de encuestadores

- Fase I:

En primer lugar, la empresa procedió a la selección de encuestadores. Este proceso se realizó del 22/10/2007 al 31/10/2007.

Una vez seleccionado el equipo de encuestadores (formado por tres personas), se procedió a su entrenamiento. En esta fase participó el coordinador de encuestadores (empresa Nexo) y las personas responsables del trabajo de investigación. Esta formación se realizó desde los días 5 a 8 de noviembre de 2007.

Objetivos del entrenamiento de encuestadores:

- Explicar el objetivo principal de la encuesta.
- Dar a conocer el cuestionario y explicar cada una de las preguntas y opciones de respuestas; informar sobre las normas de anotación de los encuestadores, de entrega y verificación de los cuestionarios; etc.

- Establecer normas de encuestación en los distritos por aproximación en vía pública.
- Protocolo de identificación de los encuestadores.
- Normas de seguimiento y control del trabajo de campo realizado: vías de contacto con coordinador (teléfonos de contacto, correo electrónico...), cumplimentación de hojas de ruta y de hojas de verificación del cuestionario (si están o no todas las respuestas anotadas de forma correcta) para su posterior validación.

Materiales entregados a los encuestadores:

- Manual o informe técnico sobre el cuestionario, en el que aparecen, por un lado, las normas de cumplimentación de los cuestionarios por parte de los encuestadores y la revisión, y, por otro, la explicación-aclaración de todas las preguntas del cuestionario (utilización de filtros que obliguen al paso a otras preguntas; necesidad de utilizar cartones con las respuestas más fácilmente identificables por los encuestados; aclaraciones sobre tiempo de espera a que se produzca una respuesta por parte del encuestado o, en caso contrario, proceder a leer las posibles respuestas; normas sobre dónde anotar las respuestas; etc.
- Metodología general para los encuestadores en los distritos. Se les proporcionó información de diferentes puntos de muestreo en los distritos para que hicieran continuos barridos entre puntos y zonas de confluencia de personas, así como requisitos que debían cumplir las personas encuestadas:
 - Dichas personas debían de tener residencia en el distrito asignado y cumplir cuotas de edad-sexo.
 - Entre entrevista y entrevista debía de pasar un tiempo mínimo de 20 a 30 minutos.
 - Se evitaban zonas como colegios/centros de enseñanza/universidades, estaciones y paradas de autobús-tren, ambulatorios-hospitales.
 - Hojas de supervisión de encuestas, de control de entregas de cuestionarios, cuestionarios validados.

- Fase 2:

En segundo lugar, tras la selección de dos alumnos internos del Departamento de Educación Física y Deporte, se procedió al entrenamiento de los mismos para poder realizar las encuestas telefónicas. Dicha selección y entrenamiento se desarrollará entre el 17 de noviembre y el 28 de noviembre de 2014, llevándose a cabo las encuestas del 15 al 18 de diciembre de 2014.

Objetivos del entrenamiento de encuestadores:

- Explicar el objetivo principal de la encuesta.
- Dar a conocer el cuestionario y explicar cada una de las preguntas y opciones de respuestas; informar sobre las normas de anotación de los encuestadores, de entrega y verificación de los cuestionarios; etc.
- Protocolo de identificación de los encuestadores.
- Normas de seguimiento y control del trabajo de campo realizado: personas contactadas telefónicamente según edad y que indicaban en la primera fase de la investigación practicar AF y deporte.

Materiales entregados a los encuestadores:

- Manual o informe técnico sobre el cuestionario, en el que aparecen, por un lado, las normas de cumplimentación de los cuestionarios por parte de los encuestadores y la revisión, y, por otro, la explicación-aclaración de todas las preguntas del cuestionario (utilización de filtros que obliguen al paso a otras preguntas; aclaraciones sobre tiempo de espera a que se produzca una respuesta por parte del encuestado o, en caso contrario, proceder a leer las posibles respuestas; normas sobre dónde anotar las respuestas; etc.)
- Metodología general para los encuestadores. Se les proporcionó información de las personas a las que debían contactar previa selección.

4.2. Desarrollo del trabajo de campo

- Fase I:

El trabajo de campo se desarrolló desde el 8 de noviembre de 2007 al 15 de diciembre de 2007.

La recogida de datos fue realizada mediante recorrido aleatorio en los once distritos municipales y aproximación en vía pública.

Debemos mencionar que aunque en un primer momento la recogida de información estaba prevista hacerla mediante visita domiciliaria en recorrido aleatorio, este procedimiento, después de la ineficacia en la obtención de datos (negativa de los domicilios seleccionados a dejar acceder a encuestadores), tuvo que ser desechado y optar por el procedimiento mencionado anteriormente.

- Fase II:

El trabajo de campo se desarrolló desde el 17 de noviembre de 2014 al 18 de diciembre de 2014.

La recogida de datos se realizó sobre la selección de personas que indicaron practicar AFYD y que poseíamos sus datos de contacto para poder desarrollar la encuesta telefónica.

4.3. Seguimiento del trabajo de campo

- Fase I:

El seguimiento y control del trabajo de campo se realizó mediante la coordinación de los encuestadores, que valoraron el cumplimiento de hojas de ruta.

Se verificaron las encuestas por los encuestadores antes de finalizar la entrevista y antes de ser entregadas al coordinador, según se recoge en el manual técnico del cuestionario, comprobando que los cuestionarios estaban completamente contestados (en el caso que faltase una pregunta por contestar se consideró cuestionario nulo).

Posteriormente se procedió a la validación del 14,9% de los cuestionarios (se estableció previamente un mínimo del 10%), mediante llamada telefónica.

Metodología de Trabajo de campo

1

- **P1. Elección del equipo de trabajo: coordinador/a y encuestadores/as**
- **P2. Colaboración en muestreo y cuestionario eficaz**
- **P3. Formación a encuestadores/as elegidos.**

2

- **P4. Coordinación de Red de Campo**
 - P4.1. Establecerá objetivos, controlará la ejecución y acciones correctoras
 - P4.2. Informe sobre evolución frente a planificación
 - P4.3. Depuración
 - P5. Ejecución Recogida de Información
 - P6. Control de calidad: Con el fin de asegurar la calidad de los datos grabados, se aplicará un control que afectará al 10% de los cuestionarios
 - P7. Creación de soporte informático eficaz y grabación de datos

Figura 1. Fases del trabajo de campo (Chacón, 2011)

- Fase II:

El seguimiento y control del trabajo de campo se realizó mediante la coordinación de los encuestadores, quienes valoraron y verificaron las encuestas antes de entregarlas al coordinador, comprobando que los cuestionarios estén completamente contestados (en el caso que faltase una pregunta por contestar se consideró cuestionario nulo).

Metodología de Trabajo de campo

1

- **P1. Elección del equipo de trabajo: coordinador/a y encuestadores/as**
- **P2. Colaboración en muestreo y cuestionario eficaz**
- **P3. Formación a encuestadores/as elegidos.**

2

- **P4. Coordinación de Red de Campo**
 - P4.1. Establecerá objetivos, controlará la ejecución y acciones correctoras
 - P4.2. Informe sobre evolución frente a planificación
 - P4.3. Depuración
 - P5. Ejecución Recogida de Información
 - P6. Control de calidad: Con el fin de asegurar la calidad de los datos grabados, se aplicará un control que afectará al 10% de los cuestionarios
 - P7. Creación de soporte informático eficaz y grabación de datos

Figura 2. Fases del trabajo de campo fase II

5. Proceso de análisis de datos.

Para poder analizar los datos obtenidos en el cuestionario IPAQ, se ha creado un índice categórico de actividad física dando lugar a tres grupos de actividad física según instrucciones de IPAQ (Delgado, Tercedor & Soto, 2008):

- *Nivel medio* (categoría 2 moderada) de actividad física que cumplen los siguientes criterios:
 - a) 3 días o más de actividad física vigorosa de al menos 20 minutos,
 - b) 5 o más días de actividad física moderada o caminar al menos 30 minutos por día,
 - c) 5 o más días de algunas de las combinaciones anteriores, tales como caminar, actividad física moderada o vigorosa llegando al menos a 600 met-minutos a la semana (índice de gasto de energía).
- *Nivel alto* (categoría 3 alta) de actividad física se crea a partir de los siguientes criterios:

a) actividad vigorosa de al menos 3 días llegando como mínimo a 1500 met-minutos a la semana,

b) 7 o más días de combinación de caminar, actividad física moderada o vigorosa llegando a un mínimo de actividad física total semanal de 3000 met-minutos.

- *Nivel bajo* (categoría 1 baja), se crea por exclusión, es decir, se trata del grupo que no cumple los criterios anteriores.

Asimismo, para poder calcular los Met-minuto a la semana, de la actividad física realizada, utilizamos un promedio de puntuación en METs (unidades metabólicas basales) para cada tipo de actividad, de manera que para caminar se utilizaron 3,3 METs, para las actividades moderadas 4 METs y para las actividades vigorosas o intensa 8 METs (IPAQ, 2013).

De esta manera, a partir de los valores indicados, calculamos los METs (1 Met = 1 unidad metabólica basal = $3,5 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ ó $1 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, adaptado de Ainsworth et al (2000) y Nelson ET AL. (2007)), de la siguiente forma:

- a) Caminar MET-minutos por semana = $3,3 \times \text{minutos caminando} \times \text{días de caminar}$.
- b) Actividad moderada MET-minutos por semana = $4,0 \times \text{minutos de actividad física moderada} \times \text{días de actividad moderada}$.
- c) Actividad intensa MET-minutos por semana = $8,0 \times \text{minutos de actividad vigorosa} \times \text{días de actividad vigorosa}$.
- d) Total de actividad física en MET-minutos por semana = suma de caminar + actividad moderada + actividad intensa, valoradas en Met-minutos/semana.

Dicho promedio está adaptado a partir del compendio de gasto energético de las diferentes actividades físicas de Ainsworth et al. (2000).

Tabla 7 Gasto energético e intensidad de diferentes actividades físico-deportivas, en personas de 40 a 64 años de edad (Crespo-Salgado, Delgado-Martín, Blanco-Iglesias & Aldecoa-Landesa, 2015)

Intensidad de las actividades (para adultos de 40-64 años)	Mets	Tipos de actividades físicas	Mets·min ⁻¹ (en 10 min)
Ligera (2,0 a 3,9 Mets)	2,8	Caminar a 4 km·h ⁻¹ (en llano)	28
	3,0	Baile salón lento: foxtrot, tango, mambo. Bicicleta estática con resistencia de 50 vatios. Caminar con el perro	30
	3,3	Caminar rápido a 4,8 km·h ⁻¹ (en llano)	33
	3,8	Caminar para realizar ejercicio a 5,6 km·h ⁻¹ (en llano)	38
Moderada (4,0 a 5,9 Mets)	4,0	Tai-chi. Bicicleta ritmo paseo (< 16 km·h ⁻¹) (llano)	40
	4,5	Baile moderno, discoteca, baile de salón rápido	45
	5,0	Caminar muy rápido a 6,4 km·h ⁻¹ (en llano). Tenis dobles (no competitivo)	50
	5,5	Bicicleta estática (resistencia 100 vatios)	55
Vigorosa (6,0 a 8,4 Mets)	6,0	Nadar (placer) en general. Bicicleta a ritmo ligero (a 16,1 a 19,2 km·h ⁻¹). Padel (sin competir)	60
	6,3	Caminar a 7,2 km·h ⁻¹ (en llano)	65
	7,0	Trote o jogging. Bicicleta estática (150 vatios). Nadar estilo libre, ida y vuelta en piscina. Remoergómetro (100 vatios)	70
	8,0	Nadar estilo libre, ida y vuelta, ritmo fuerte. Carrera a pie (8 km·h ⁻¹). Bicicleta a ritmo moderado (a 19-22 km·h ⁻¹). Tenis (individual)	80

Tabla 8 Gasto energético de diferentes actividades físico-deportivas en personas mayores de 64 años (Crespo-Salgado, Delgado-Martín, Blanco-Iglesias & Aldecoa-Landesa, 2015)

Intensidad de las actividades (para adultos con ≥ 65 años)	Mets	Tipos de actividades físicas	Mets \cdot min ⁻¹ (en 10 min)
Ligera (1,6 a 3,1 Mets)	2,0	Caminar por casa	20
	2,5	Caminar despacio a 3,2 km \cdot h ⁻¹ (en llano). Yoga. Estiramientos	25
	2,8	Caminar a 4 km \cdot h ⁻¹ (en llano)	28
	3,0	Baile salón lento: foxtrot, tango y mambo. Bicicleta estática con resistencia de 50 vatios. Caminar con el perro	30
	3,3	Caminar rápido a 4,8 km \cdot h ⁻¹ (en llano)	33
Moderada (3,2 a 4,7 Mets)	3,8	Caminar para realizar ejercicio a 5,6 km \cdot h ⁻¹ (en llano)	38
	4,0	Tai-chi. Bicicleta ritmo paseo (< 16 km \cdot h ⁻¹) (llano)	40
	4,5	Baile moderno, discoteca, baile de salón rápido. Golf caminando y llevando palos. Bádminton simples y dobles (sin competir)	45
	5,0	Caminar muy rápido a 6,4 km \cdot h ⁻¹ (en llano). Tenis dobles (no competitivo)	50
Vigorosa (4,8-6,7 Mets)	5,5	Bicicleta estática (resistencia 100 vatios)	55
	6,0	Nadar (placer) en general. Bicicleta a ritmo ligero (a 16-19 km \cdot h ⁻¹). Padel (sin competir)	60
	6,3	Caminar a 7,2 km \cdot h ⁻¹ (en llano)	63

Así pues, una vez realizadas las categorías mencionadas y los cálculos indicados, todos los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS versión 18.0. (SPSS, Inc., Chicago, IL).

La normalidad de los datos fue testada inicialmente usando el test de Kolgomorov-Smirnov con corrección de Lillifors. La estadística descriptiva la presentamos como media y desviación estándar (DE) para las variables continuas y en términos de porcentajes para las variables categóricas. Las diferencias entre los diferentes grupos fueron testadas mediante el test U de Mann Whitney o bien mediante el test de Kruskal-Wallis cuando una variable tenía más de dos grupos.

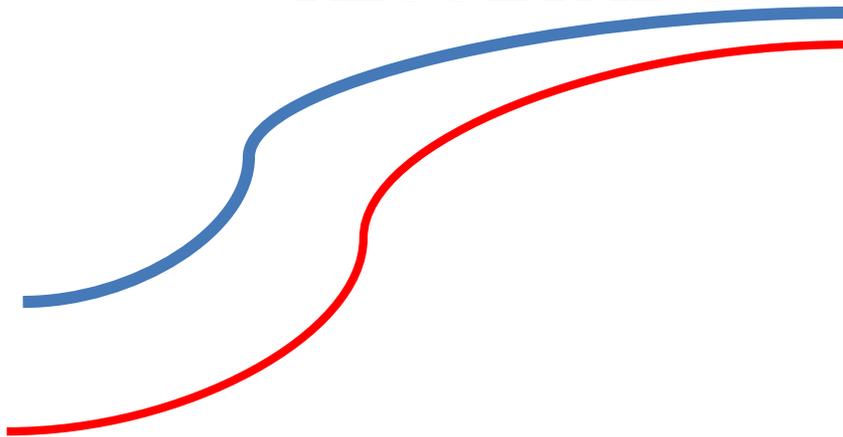
Para las variables categóricas hemos utilizamos el test de chi cuadrado. Realizamos correlaciones bivariadas reportando el coeficiente de correlación de Spearman para testar el nivel y la dirección de relación entre las diferentes variables del estudio. El nivel de correlación fue establecido atendiendo a las recomendaciones de Pulver, Bartko & McGrath (1988) por el que un nivel comprendido entre 0,1 y 0,29 será considerado bajo; un nivel de entre 0,3 y 0,49 será considerado moderado y un nivel mayor de 0,5 será considerado alto (Cohen, 1988).

Además, hemos calculado el nivel de asociación entre los diferentes niveles de Actividad Física y las demás variables del estudio. En este caso utilizamos el Odd Ratio y su 95% de Intervalo de Confianza como resultado. Además realizamos un análisis de regresión lineal para determinar aquellas variables del estudio que influyen en la cantidad de actividad física realizada, así como en la cantidad de sedentarismo de los participantes en el estudio. Igualmente, llevamos a cabo un análisis de regresión logística binaria para determinar aquellas variables explicativas de los diferentes niveles de actividad física.

Para todos los test, el nivel de significación se fijó en $p < .05$.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS



1. Introducción

En este capítulo vamos a presentar los resultados obtenidos en las diferentes variables determinadas en nuestro trabajo, según se indican en el índice correspondiente y conforme a lo definido en el capítulo II, metodología de investigación (subapartado 2.2).

Asimismo, los resultados se han estructurado atendiendo a las dos fases que componen nuestra investigación, una primera fase en la que analizamos la práctica de actividad física de la población adulta y adulta-mayor de la población de Sevilla obtenidos en 2007 y una segunda en la que se analiza la continuidad o no con la práctica de AF en 2014.

Dentro de los resultados de la I Fase se presentan, en primer lugar el análisis descriptivo de variables de PAFYD y su relación con variables de sexo, intervalos de edad y ocupación principal. A su vez, presentamos correlaciones bivariadas analizadas según diferentes variables y las asociaciones existentes entre las mismas.

En la II Fase, presentamos un análisis descriptivo de variables de práctica o no práctica transcurrido un periodo de 7 años, comparando los resultados obtenidos con los de la fase anterior, de esta forma que podamos llegar a conocer la tendencia de la población estudiada entorno a las variables propuestas.

2. Resultados

2.1. Análisis descriptivo fase I

El estudio realizado por Chacón (2011), que es, tal y como hemos especificado anteriormente el precedente de la presente tesis, nos indica que el 50,8% de la población adulta practica actividad físico-deportiva durante los 12 últimos meses, existiendo diferencias muy significativas según el sexo, donde el 56,7% son hombres y el 45,6% mujeres. Asimismo, atendiendo a los intervalos de edad nos encontramos igualmente diferencias muy significativas, ya que los jóvenes de 18 a 24 años son los que mayor práctica realizan con un 66,4% de participantes activos, a los que le siguen el 52,5% de la población con edades comprendidas entre los 45 y 64 años, el 50% en sujetos de 25 a 44 años, situándose en último lugar el 38,5% de la población mayor de 64 años.

En este apartado de resultados, vamos a centrarnos en características de la práctica que nos informan sobre el nivel y cantidad de actividad física y de sedentarismo como se expone a continuación.

2.1.1. Nivel y cantidad de actividad física y sedentarismo

La población emplea más tiempo en actividades de caminar y menos tiempo en actividades vigorosas, de manera mientras que emplean una media de 704,10 (800,89) minutos en andar, solo emplean 65,58 (209,29) minutos en actividades vigorosas. Igualmente, cabe destacar el enorme tiempo empleado en estar sentados con una media de 2697,65 (4907,80) minutos.

Así pues, atendiendo a los METs, observamos cómo las actividades de caminar presentan un consumo de 2323,55(2642,95) METs y casi una quinta parte en actividades vigorosas (524,63(1674,37) METs).

Nivel y cantidad de actividad física y sedentarismo según sexo.

La actividad física que más se desarrolla por ambos sexos es el caminar (AF ligera o baja), donde a nivel energético nos encontramos que las mujeres dedican más tiempo a la misma obteniendo 2489,65 (2866,29) METs a la semana. Sin embargo, cuando nos referimos a actividades más intensas que la anterior, como es la AF moderada y vigorosa, son los hombres los que obtiene mayores cantidades de AF, siendo la moderada la que presenta mayores niveles energéticos 796,28 (1506,36) METs frente a 663,68 (1772,65) METs obtenidos en la AF vigorosa. En este tipo de actividades (vigorosa) existen diferencias muy significativas de los hombres con respecto a las mujeres donde es mucho menor.

Igualmente cabe indicar que los resultados obtenidos por ambos sexos en los METs de AF totales son muy parecidos, 3597,17 (3729,66) en los hombres frente a 3574,55 (3896,99) en las mujeres, aun siendo superior en 46 minutos a la semana el tiempo total invertido por las mujeres.

Ahora bien, respecto a los minutos totales en los que los sujetos estudiados permanecen sentados cabe reseñar que, aun no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres, son los hombres los que mayor tiempo pasan sentados tal y

como se puede apreciar en la tabla 16. Estos datos se traducen en una estimación de que el hombre pasa 6,66 horas al día sentado, frente a 6,20 horas que pasa la mujer.

Tabla 1 Cantidad de actividad física y sedentarismo de la población sevillana adulta y adulta mayor medido con el cuestionario IPAQ estratificado por sexo* (n=1002)

Medida	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
METs AF Vigorosa	663,68 (1772,65)	400,68 (1573,17)	<,001
METs AF Moderada	796,28 (1506,36)	684,21 (1359,02)	,136
METs AF Caminar	2137,72 (2357,02)	2489,65 (2866,29)	,111
METs AF Totales	3597,17 (3729,66)	3574,55 (3896,99)	,707
Minutos de AF Vigorosa	82,96 (221,58)	50,09 (196,65)	<,001
Minutos de AF Moderada	199,07 (376,59)	171,05 (332,77)	,136
Minutos de AF Caminar	647,64 (714,24)	754,44 (868,57)	,111
Minutos de AF Totales	929,67 (908,50)	975,58 (1015,47)	,886
Minutos totales sentados	2799,03 (5109,89)	2607,27 (4724,01)	,220

Nota: *Valores expresados como Media (DE); P^a: significación de p arrojada desde el test estadístico U-Mann Whitney

Sin embargo, al estratificar los resultados en las tres categorías (nivel de AF alto, medio y bajo), nos encontramos que los mayores porcentajes de práctica se sitúan en el nivel medio de AF, seguido del nivel alto y bajo. No existen diferencias significativas según el sexo, excepto en el nivel medio (65,9% de las mujeres frente al 59,3% de los hombres), y es en esta categoría donde hay mayores porcentajes de mujeres, puesto que en el resto (bajo y alto nivel), es el hombre el que presenta mayores porcentajes (Tabla 17).

Tabla 2 Nivel de actividad física evaluado con el cuestionario IPAQ de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo*

Nivel de Actividad Física	Sexo		p ^a
	Hombre	Mujer	
Nivel Bajo de Actividad Física	13,9	12,9	,684
Nivel Medio de Actividad Física	59,3	65,9	,045
Nivel Alto de Actividad Física	26,8	21,2	,073

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a: significación de p arrojada desde el test estadístico chi square

Nivel y cantidad de actividad física y sedentarismo según intervalo de edad.

Los resultados obtenidos atendiendo a los intervalos de edad nos muestran cómo las personas de 25-44 años son las que mayor gasto energético presentan a nivel total (3978,85 [4472,10] METs), seguidos en este orden por la población de 18-24 años, 45-64 años y mayores de 64 años, existiendo diferencias significativas entre ellos.

Del mismo, también existen diferencias muy significativas cuando observamos los METs gastados y los minutos invertidos en AF vigorosa y moderada según los intervalos de edad, donde nos encontramos que en ambas medidas (METs y minutos), el valor más alto en la realización de AF moderada se corresponde con las personas de 25-44 años, seguidas de las de 18-24 años, 45-64 años y mayores de 65 años respectivamente. Sin embargo, cuando nos referimos a los valores obtenidos en AF vigorosa observamos en primer lugar a las personas de 18-24 años, seguidas en segundo lugar por las personas de 25-44 años, 45-64 años y mayores de 65 años respectivamente, lo cual nos señala el predominio de AF vigorosa en edades de 18 a 44 años y su relación inversa con la edad.

Los minutos totales en los que los sujetos permanecen sentados también presentan diferencias muy significativas con respecto a la edad, encontrándonos los valores más bajos en personas de 45-64 años y de 25-44 años respectivamente, así como los más altos en mayores de 65 años seguidos de más jóvenes (18-24 años).

Tabla 3 Cantidad de actividad física y sedentarismo de la población sevillana adulta y adulta-mayor medido con el cuestionario IPAQ estratificado por intervalo de edad*

Medida	Intervalo de edad					P ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
METs AF Vigorosa	524,63 (1674,37)	899,44 (1955,13)	819,26 (2161,01)	293,89 (1131,72)	23,71 (168,28)	<,001
METs AF Moderada	737,03 (1430,63)	771,03 (1122,24)	1025,50 (1753,32)	616,95 (1296,43)	293,89 (765,03)	<,001
METs AF Caminar	2323,55 (2642,95)	2241,69 (2437,06)	2134,09 (2450,05)	2502,97 (2842,79)	2494,96 (2824,52)	,382
METs AF Totales	3585,21 (3816,92)	3912,15 (3575,80)	3978,85 (4472,10)	3413,81 (3341,73)	2812,56 (2959,29)	,016
Minutos de AF Vigorosa	65,58 (209,29)	112,43 (244,39)	102,41 (270,12)	36,74 (141,46)	2,96 (21,03)	<,001
Minutos de AF Moderada	184,26 (357,65)	192,76 (280,56)	256,37 (438,33)	154,24 (324,10)	73,47 (191,25)	<,001
Minutos de AF Caminar	704,10 (800,89)	679,30 (738,50)	646,69 (742,44)	758,48 (861,45)	756,05 (855,91)	,382
Minutos de AF Totales	953,94 (966,26)	984,49 (878,81)	1005,48 (1047,42)	949,45 (933,63)	832,49 (885,10)	,016
Minutos totales sentados	2697,65 (4907,80)	3039,60 (5460,29)	2364,77 (4092,20)	2212,21 (2826,60)	3943,77 (7713,16)	<,001

Nota: *Valores expresados como Media (DE); P^a: significación de p arrojada desde el test estadístico *Kruskal Wallis*

Atendiendo a los tres niveles de PAFYD referenciados anteriormente, observamos que sí existen diferencias muy significativas entre los tres niveles y los intervalos de edad (Tabla 19), observando que el 62,7% de la población se sitúa en el nivel medio de AF, el 24% en un nivel alto y el 13,3% en un nivel bajo. Con respecto al nivel bajo de AF nos encontramos a un 36,9% de la población mayor de 65 años frente a un 5,8% en la población de 25 a 44 años y un 11,2% en la población de 45 a 64 años.

En cuanto al nivel medio, el 73,9% de la población de 45-64 años practica AF a este nivel, frente a un 59,7% y un 53,1% de la población de 25-44 años y mayores de 65 años respectivamente.

En cambio, en el nivel alto nos encontramos que las personas de 25-44 años son las que presentan un porcentaje más alto (34,5%), seguidos de las personas de 18-24 años, 45-64 y mayores de 64. Estos dos últimos intervalos de edad presentan los valores más bajos con un 14,9% y 10% respectivamente.

Tabla 4 Nivel de actividad física evaluado con el cuestionario IPAQ de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad*

Nivel de Actividad Física	Intervalo de edad					p^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
Nivel Bajo de Actividad Física	13,3	5,9	5,8	11,2	36,9	<,001
Nivel Medio de Actividad Física	62,7	61,4	59,7	73,9	53,1	<,001
Nivel Alto de Actividad Física	24,0	32,7	34,5	14,9	10,0	<,001

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

Al analizar la cantidad de actividad física y de sedentarismo en función de la ocupación, observamos que, al igual que ocurría con los intervalos de edad, existen diferencias muy significativas tanto en los METs como en los minutos de AF vigorosa y moderada; también existen diferencias significativas en los resultados totales de ambas medidas, e igualmente nos encontramos con diferencias significativas en ambas medidas en la AF de caminar.

Así pues, cabe resaltar cómo en la AF vigorosa destaca el grupo 6 (sujetos que están estudiando y en busca de su primer empleo), dado que la mayoría de dicha población son personas de 18 a 24 años, seguidas de las de 25 a 44 años, encontrando los valores más bajos en el grupo 4 (sujetos que han trabajado pero no lo hace actualmente). En la AF moderada resalta el grupo 2 (empleados de oficina, servicios y obreros cualificados) frente al grupo 4 (personas que han trabajado pero que no lo hacen

actualmente). Este último grupo (el 4) tiene mayores valores en la AF de caminar frente al grupo 3 (agricultores y obreros no cualificados). Del mismo modo, nos encontramos que el citado grupo 3 es el que presenta los valores más bajos en los METs y minutos totales, siendo el grupo 6 junto al grupo 2 los que presentan valores más elevados de METs respectivamente.

Respecto a los minutos totales sentados, indicar que es el grupo 4 el que mayor cantidad presenta, frente al grupo 5 (personas que se dedican a las labores del hogar) que es el que menos tiempo pasa sentado, siendo éste último el grupo que más minutos totales invierte en AF, aunque no a nivel de METs.

Tabla 5 Cantidad de actividad física y sedentarismo de la población sevillana adulta y adulta-mayor medido con el cuestionario IPAQ estratificado por ocupación*

Ocupación							
Medida	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
METs AF Vigorosa	602,43 (1588,76)	608,37 (1783,85)	248,89 (698,30)	34,29 (256,57)	369,27 (1771,59)	906,67 (2139,96)	<,001
METs AF Moderada	742,98 (1326,85)	938,94 (1739,84)	459,63 (1150,59)	216,43 (779,84)	633,91 (1347,84)	706,35 (942,13)	<,001
METs AF Caminar	2276,42 (2835,78)	2251,78 (2483,50)	1832,75 (2290,94)	2857,45 (3035,22)	2710,92 (2859,22)	2236,40 (2170,94)	,009
METs AF Totales	3621,83 (3935,83)	3799,09 (3993,40)	2541,27 (2916,73)	3108,16 (3187,14)	3714,10 (3743,04)	3849,42 (3474,17)	,018
Minutos de AF Vigorosa	75,30 (198,59)	76,05 (222,98)	31,11 (87,28)	4,29 (32,07)	46,16 (221,44)	113,33 (267,49)	<,001
Minutos de AF Moderada	185,75 (331,71)	234,73 (434,96)	114,91 (287,64)	54,11 (194,96)	158,48 (336,96)	176,59 (235,53)	<,001
Minutos de AF Caminar	689,82 (859,32)	682,36 (752,57)	555,38 (694,22)	865,89 (919,76)	821,49 (866,43)	677,70 (657,86)	,009
Minutos de AF Totales	950,87 (1010,80)	993,14 (975,26)	701,40 (821,94)	924,29 (954,96)	1026,13 (977,81)	967,62 (796,39)	,016
Minutos totales sentados	2292,60 (3243,08)	3179,77 (6211,62)	2004,91 (2003,94)	4518,04 (8976,03)	1754,90 (1025,18)	2766,30 (863,94)	<,001

Nota: *Valores expresados como Media (DE); P^a: significación de p arrojada desde el test estadístico *Kruskal Wallis*

Ahora bien, si analizamos el nivel de actividad física según ocupación (Tabla 21), observamos que existen diferencias significativas en el nivel alto y bajo de AF. El grupo 6 es el que presenta el nivel más alto de actividad física (40,3%) y el grupo 4 el que presenta el porcentaje más bajo (14,8%), lo contrario ocurre con respecto al nivel bajo de actividad física con un 25,9% y un 6,5% respectivamente.

En cuanto al nivel medio de actividad física, aunque no existen diferencias significativas, es el grupo 5 el que presenta el mayor porcentaje (66,2%) y los porcentajes más bajos los obtienen los grupos 4 y 6 respectivamente (59,2% y 53,2%).

Tabla 6 Nivel de actividad física evaluado con el cuestionario IPAQ de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación*

Nivel de Actividad Física	Ocupación						<i>p</i> ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Nivel Bajo de Actividad Física	11,6	10,0	15,6	25,9	17,9	6,5	,006
Nivel Medio de Actividad Física	62,5	62,7	65,6	59,3	66,2	53,2	,586
Nivel Alto de Actividad Física	25,9	27,3	18,8	14,8	15,9	40,3	,001

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%);*p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

2.1.2. Estilos de vida

Es este apartado vamos a analizar los resultados de algunas de las variables que tienen relación con la determinación del estilo de vida de una persona (tal y como hemos expuesto en capítulos anteriores) como son: la forma de traslado y actividad física realizada en la ocupación habitual, así como la percepción que los propios sujetos tienen sobre la cantidad de AF realizada y si tienen o no una vida activa comparativamente con años anteriores.

2.1.2.1. Forma de traslado a ocupación habitual

La forma de traslado a la ocupación principal más utilizada por la población adulta es a pie o en bicicleta, ya que el 45,8% de los sujetos se desplaza así “(casi) siempre”. El transporte público es usado “a veces” por el 40,5% o “(casi) nunca” por el 39,3%. Ahora bien, al analizar el traslado en transporte privado, el porcentaje de personas que dicen utilizarlo “(casi) nunca”, “a veces” o “(casi) siempre” es muy similar entre sí (34%, 30,4% y 35,6% respectivamente).

Forma de traslado a ocupación habitual según sexo.

En la forma de traslado a las ocupaciones de la vida diaria, a pie o en bicicleta, observamos que el mayor porcentaje de la población que lo utiliza realiza “(casi) siempre” es la mujer (50,6%), encontrando diferencias significativas con respecto al hombre (40,3%). Asimismo, podemos observar diferencias significativas en el

porcentaje de hombres con respecto a las mujeres, que indican trasladarse a pie o en bicicleta a su ocupación “a veces” y “(casi) nunca” (Tabla 22).

Tabla 7 *Traslado a pie o en bicicleta a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo**

	Sexo		<i>p</i> ^a
	Hombre	Mujer	
(Casi) Nunca	23,6	20,6	
A veces	36,1	28,9	,005
(Casi) Siempre	40,3	50,6	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

En cuanto al uso del transporte público, observamos que es la mujer la que más lo utiliza “a veces” (43,8%) con respecto al hombre 36,9%, y “(casi) siempre” con un 26,6% de mujeres, existiendo diferencias muy significativas.

En cambio, es el hombre el que alcanza el mayor porcentaje usando el transporte público “(casi) nunca” con un 50,1% frente al 29,6% de las mujeres, existiendo igualmente diferencias muy significativas.

Tabla 8 *Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo**

	Sexo		<i>p</i> ^a
	Hombre	Mujer	
(Casi) Nunca	50,1	29,6	
A veces	36,9	43,8	<,001
(Casi) Siempre	13,0	26,6	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Sin embargo, al analizar el uso del transporte privado, comprobamos que existen diferencias muy significativas entre hombres y mujeres, siendo en este caso el hombre el que lo usa en mayor porcentaje “(casi) siempre” con un 47,6%, al igual que la mujer es la que menos lo usa, con un 39,4% (“[casi] nunca”).

Tabla 9 *Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo**

	Sexo		<i>p</i> ^a
	Hombre	Mujer	
(Casi) Nunca	27,8	39,4	
A veces	24,6	35,7	<,001
(Casi) Siempre	47,6	24,9	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Forma de traslado a ocupación habitual según intervalo de edad.

Teniendo en cuenta que el 45,8% de la población objeto de estudio se desplaza “(casi) siempre” a pie o en bicicleta, encontramos diferencias muy significativas atendiendo a la edad, de manera que son las personas mayores de 64 años las que más se trasladan de este modo (59,2%), seguidos de las personas de 45-64 años, 18-24 años y 25-44 años respectivamente (Tabla 25). De esta manera, si analizamos el porcentaje de sujetos que se desplazan a pie o en bicicleta “a veces” y “(casi) nunca”, observamos que los resultados son inversos a los comentados anteriormente, obteniendo los mayores porcentajes la población de 25-44 años, descendiendo seguidamente en los sujetos de 18-24 años, 45-64 años y mayores de 65 años, encontrando igualmente diferencias muy significativas.

Tabla 10 *Traslado a pie o en bicicleta a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad**

	Intervalo de edad					<i>p</i> ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
(Casi) Nunca	22,0	24,8	25,5	18,4	17,8	
A veces	32,3	34,4	37,5	29,6	23,0	<,001
(Casi) Siempre	45,8	40,8	37,0	52,0	59,2	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

En cuanto al uso del transporte público, encontramos igualmente diferencias muy significativas atendiendo a los intervalos de edad, destacando cómo el 56,3% de la población mayor de 65 años lo utiliza “a veces” y el porcentaje de uso va descendiendo directamente con la disminución de la edad hasta un 30,4% de los sujetos de 18-24 años. En este mismo sentido, nos encontramos que los jóvenes de 18-24 años ocupan el segundo lugar de la población que indica trasladarse en transporte público “(casi) nunca” (40%), siendo los primero los sujetos de 25-44 años (50,4%) y los últimos los

mayores de 64 años, los que presentan porcentajes más bajos en esta respuesta con un 16,7%.

Cabe señalar que las personas de 18-24 son las que a su vez utilizan más “(casi) siempre” el transporte público (Tabla 26), junto con los mayores de 64 años (29,6% y 27% respectivamente), siendo las de 25-44 años las que menos indican utilizarlo (casi) siempre (14,7%).

Tabla 11 Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad*

	Intervalo de edad					p^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
(Casi) Nunca	39,3	40,0	50,4	36,9	16,7	
A veces	40,5	30,4	34,9	43,4	56,3	<,001
(Casi) Siempre	20,2	29,6	14,7	19,7	27,0	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

En el traslado en transporte privado (Tabla 27), nos encontramos con diferencias muy significativas atendiendo a los intervalos de edad, donde el 52,9% de las personas mayores de 64 años indican que no se trasladan de esta forma “(casi) nunca” y el 49,9% de los sujetos de 25-44 años “(casi) siempre”, por lo que ambos intervalos de edad presentan a su vez los porcentajes más bajos en la respuesta contraria, es decir, el 8,6% de la población mayor de 65 años indica utilizar “(casi) siempre” el transporte privado, así como el 22,6% de las personas de 25-44 años indican utilizarlo “(casi) nunca”.

No obstante, cabe destacar que se aprecia una relación directa de la edad con el uso del transporte privado, si tenemos en cuenta el incremento existente cuando indican que lo usan a veces.

Tabla 12 Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad*

	Intervalo de edad					p^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
(Casi) Nunca	34,0	43,2	22,6	34,6	52,9	
A veces	30,4	17,6	27,5	35,3	38,5	<,001
(Casi) Siempre	35,6	39,2	49,9	30,2	8,6	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

Forma de traslado a ocupación habitual según ocupación.

El traslado a pie o en bicicleta según la ocupación, presenta diferencias significativas, siendo los grupos 4 y 5, pertenecientes a parados y/o jubilados, así como los que se dedican a sus labores, los que más se trasladan “(casi) siempre” de este modo, de ahí que sean el resto de grupos lo que presentan los valores más altos respecto a ese modo de traslado “(casi) nunca”.

Tabla 13 *Traslado a pie o en bici a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación **

	Ocupación						p^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
(Casi) Nunca	24,9	23,2	28,8	17,7	14,7	23,9	
A veces	34,1	36,9	28,8	24,2	27,6	28,2	,00
(Casi) Siempre	41,0	39,9	42,4	58,1	57,7	47,9	7

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

Respecto al traslado en transporte público, igualmente encontramos diferencias muy significativas en función de la ocupación de los sujetos, resaltando cómo los grupos 1 (directores, técnicos y empresarios) y 2 (empleados de oficina, servicios y obreros cualificados) indican utilizarlo “(casi) nunca”, obteniendo los porcentajes más altos (49% y 44,7% respectivamente). Sin embargo, nos encontramos cómo es utilizado en un mayor porcentaje “(casi) siempre” por el grupo 6, de estudiantes (39,4%).

Tabla 14 *Traslado en transporte público a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación **

	Ocupación						p^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
(Casi) Nunca	49,0	44,7	36,4	33,9	22,1	22,5	
A veces	36,3	38,9	42,4	40,3	50,3	38,0	<,001
(Casi) Siempre	14,7	16,4	21,2	25,8	27,6	39,4	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

El traslado en transporte privado nos muestra diferencias muy significativas en función de la ocupación, resaltando los resultados obtenidos por el grupo 5 (se dedica a sus labores), donde el 9,8% de los sujetos lo utilizan “(casi) siempre”, frente al 46,6% y

46,8% del grupo 1 y 2 respectivamente (Tabla 30), cuyos datos son lógicos si tenemos en cuenta los obtenidos en el uso del transporte público.

Tabla 15 *Traslado en transporte privado a las ocupaciones de la vida diaria en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación**

	Ocupación						p^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
(Casi) Nunca	24,5	28,3	28,8	56,5	46,6	50,7	
A veces	28,9	24,9	38,1	19,4	43,6	23,9	<,001
(Casi) Siempre	46,6	46,8	33,1	24,2	9,8	25,4	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

2.1.2.2. Actividad física en ocupación habitual

La percepción que tiene la población adulta de Sevilla sobre la cantidad de AF realizada durante los últimos 12 meses en su ocupación habitual en una escala de 1 a 9 (1 nada de actividad y 9 mucha actividad) es muy heterogénea.

El porcentaje de sujetos que la cantidad actividad con valores bajos (puntuaciones de 1-2) son el 19,2% frente al 29,8% que otorgan valoraciones de mucha actividad física (puntuaciones entre 7-9). El resto de la población, el 51% señalan la cantidad de actividad física realizada con valores entre 3-6 con porcentajes muy similares entre si que oscilan del 11,7 al 13,6%.

Actividad física en ocupación habitual según sexo.

La percepción que tiene la población de la cantidad de actividad física que realizan en la ocupación habitual, presenta diferencias significativas según el sexo a nivel general de la escala de percepción, aunque podemos apreciar que los porcentajes en dicha escala parecen estar repartidos de manera equitativa, exceptuando principalmente los obtenidos en los extremos, de manera que entre una percepción de 7 y 9 nos encontramos al 32,3% de los hombres y el 27,5% de las mujeres, así como en una percepción de 1 y 2 obtenemos el 20% de los hombres y el 18,4% de las mujeres.

Tabla 16 *Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por sexo**

Escala de percepción	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
1	6,8	10,7	
2	13,2	7,7	
3	11,3	12,1	
4	11,9	14,3	
5	11,3	13,9	,018
6	13,4	13,7	
7	15,1	12,8	
8	7,4	8,1	
9	9,8	6,6	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción de cantidad de actividad física realizada en la ocupación habitual y diaria (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Actividad física en ocupación habitual según intervalos de edad.

Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas, aunque cabe resaltar que los mayores de 45 años perciben realizar menos cantidad de AF que los de menos edad, obteniendo porcentajes más altos en las puntuaciones 1-2 de baja AF (tramo de 45-64 años con porcentaje del 21,7% y en mayores de 64 del 23,5%). Además los mayores de 64 años, también tienen porcentajes menores en la percepción 8-9 (mucho AF) con un porcentaje del 13,2.

Tabla 17 *Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por intervalo de edad**

Escala de percepción	Total	Intervalo de edad				P ^a
		18-24	25-44	45-64	> 64	
1	8,9	12,0	6,4	10,2	10,3	
2	10,3	6,4	9,3	11,5	13,2	
3	11,7	13,6	11,8	11,9	9,8	
4	13,2	8,0	16,7	10,5	13,2	
5	12,7	16,0	13,5	11,9	9,8	,385
6	13,6	13,6	14,0	11,9	15,5	
7	13,9	14,4	12,0	15,6	14,9	
8	7,8	8,0	7,6	8,1	7,5	
9	8,1	8,0	8,8	8,5	5,7	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción: (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Actividad física en ocupación habitual según ocupación.

En cuanto a la citada variable, indicar que existen diferencias muy significativas a nivel general según la escala de percepción, de manera que nos encontramos los porcentajes más altos referentes a una baja AF (escala de percepción 1 y 2) en los grupos 5 y 6 (Tabla 33), relativos a personas que se dedican a sus labores y estudiantes con un 26,4% y un 30,9% respectivamente; así como los porcentajes más bajos en esta escala (1-2) en los grupos 1 (11,7%) y 4 (11,3%), perteneciente a directores, técnicos y empresarios, así como jubilados y parados.

Ahora bien, dichos grupos (1 y 4) son los que obtienen a su vez un porcentaje más alto en la escala de percepción número 7, en este caso con un 21% y un 24,2%, coincidiendo a su vez que, atendiendo a la escala de percepción entre 7 y 9 son los grupos que mejor percepción tienen en cuanto a la realización de mucha cantidad de actividad (37,1% y 40,3% respectivamente). En cambio, nos encontramos que el grupo 5 (dedicado a sus labores) es el que peor percepción tiene en cuanto a la realización de mucha cantidad de actividad (18,4%).

Tabla 18 *Percepción de cantidad de actividad física en la ocupación habitual y diaria de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por ocupación**

Ocupación							
Escala de percepción	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
1	4,9	7,6	7,6	3,2	14,1	23,9	
2	6,8	12,8	14,4	8,1	12,3	7,0	
3	8,8	10,6	18,6	8,1	9,2	15,5	
4	11,7	14,0	11,9	11,3	16,0	12,7	
5	14,1	10,9	6,8	17,7	16,6	15,5	<,001
6	16,6	14,0	14,4	11,3	13,5	9,9	
7	21,0	10,3	13,6	24,2	9,8	4,2	
8	7,3	6,7	8,5	11,3	5,5	7,0	
9	8,8	13,1	4,2	4,8	3,1	4,2	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción: (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

2.1.2.3. Percepción vida activa en relación a años anteriores

Teniendo en cuenta que la mayoría de la población considera tener una vida igual de activa (49,1%), seguida de una percepción menos activa (28,5%), las diferencias en función del sexo, edad y ocupación son las siguientes.

Percepción vida activa en relación a años anteriores según sexo.

Podemos observar que no existen diferencias significativas a nivel de género en la percepción de vida activa, aunque las mujeres indican en un mayor porcentaje que los hombres tener una vida más activa con respecto a los 2 años anteriores (23,9%-20,7% respectivamente).

Tabla 19 *Percepción del estilo de vida de la población sevillana adulta y adulta-mayor en comparación con los dos años anteriores estratificado por sexo**

Nivel de percepción	Sexo		p^a
	Hombre	Mujer	
Menos activa	29,1	28,1	
Igual de activa	50,2	48,1	,491
Más activa	20,7	23,9	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

Percepción vida activa en relación a años anteriores según intervalos de edad.

La percepción de vida activa presenta diferencias muy significativas según los intervalos de edad. Se observa que la percepción de vida “más activa” presenta una relación inversa con el incremento de la edad, por tanto los jóvenes tienen una mayor percepción de vida activa. En la percepción de vida “menos activa” son las personas menores de 45 años los que tienen porcentajes menores sobre todo el tramo de 25-44 años (20,5%), seguidos de los de 18-24 años (23,6%); por otra parte, las personas de 45-64 años son las que perciben que su vida actual continúa siendo “igual de activa”.

Tabla 20 *Percepción del estilo de vida de la población sevillana adulta y adulta-mayor en comparación con los dos años anteriores estratificado por edad**

Nivel de percepción	Total	Intervalo de edad				p^a
		18-24	25-44	45-64	> 64	
Menos activa	28,5	23,6	20,5	28,1	51,4	
Igual de activa	49,1	39,0	45,8	59,7	46,2	<,001
Más activa	22,4	37,4	33,7	12,2	2,3	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico *chi square*

Percepción vida activa en relación a años anteriores según ocupación.

Igualmente existen diferencias muy significativas en la citada variable atendiendo a la ocupación, donde podemos destacar como grupos más activos el grupo 1 (directores, técnicos y empresarios) y 6 (estudiantes), constituyendo un 29,9% el primero y un 28,2% el segundo. Asimismo, indicar que los grupos que perciben ser menos activos con un 33,9% y un 37,3% respectivamente son, el grupo 4 (parados, jubilados) y 5 (se dedican a sus labores), siendo el grupo 4 el que considera en mayor porcentaje tener una vida igual de activa (un 64,5%).

Tabla 21 *Percepción del estilo de vida de la población sevillana adulta y adulta-mayor en comparación con los dos años anteriores estratificado por ocupación**

Nivel de percepción	Ocupación						<i>p</i> ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Menos activa	21,4	29,3	27,8	33,9	37,3	25,4	
Igual de activa	48,8	47,2	50,4	64,5	48,4	46,5	<,001
Más activa	29,9	23,5	21,7	1,6	14,3	28,2	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

2.1.3. Comportamiento y adherencia

2.1.3.1. Grado de importancia de la PAFYD.

En cuanto al grado de importancia autorreferido de la PAFYD, podemos considerar que un 72,4% de la población le da importancia a la misma con valores superiores a 7, en una escala de grado de importancia de 1 a 9, donde el 38,3% de los encuestados le dan una valoración de 9.

Grado de importancia de la PAFYD según el sexo.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, indicar que existen diferencias significativas según el sexo, de ahí que nos encontremos que un 40,1% de hombres valora la importancia de la PAFYD con un 9, así como el 22,7% con un 8, frente al 36,7% y el 16,8% de las mujeres respectivamente, valorando por tanto a la misma, mejor el hombre que la mujer.

Del mismo modo, tras analizar el porcentaje que ambos le dan en una escala inferior a 5, nos encontramos que son las mujeres las que menos lo valoran con un 14,4%, frente al 10,5% de los hombres.

Tabla 22 Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo*

Escala de importancia	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
1	3,6	4,7	
2	2,5	4,0	
3	1,9	4,0	
4	2,5	1,7	
5	3,4	7,5	,009
6	8,5	10,4	
7	14,6	14,3	
8	22,7	16,8	
9	40,1	36,7	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de importancia que el sujeto le da a practicar actividad física (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Grado de importancia de la PAFYD según los intervalos de edad.

Como podemos apreciar en la tabla 38 existen diferencias muy significativas según los intervalos de edad, de ahí que prácticamente la totalidad de las personas (intervalos de edad de 18 a 64 años) atribuyen mucha importancia a la PAFYD, ya que superan el 80% los que le otorgan una valoración mayor o igual a 6 (18-24 años: 84,8%; 25-44 años: 87,2%; 45-64 años: 81,7%), estos valores altos en la escala de importancia descienden en las personas mayores de 64 años donde representa la percepción del 67,2%.

Asimismo, nos encontramos que en los valores de 1 a 4 (valores más bajos de percepción de importancia), son las personas mayores de 65 años las que más otorgan dichos valores, con un 25,2%, mientras que las personas de 18-24 son el 10,4%, en el tramo 25 a 44 años el 7,8% y entre 45-64 años el 12,6%.

Tabla 23. Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad*

Escala de importancia	Intervalo de edad					P ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
1	4,2	1,6	2,9	3,1	10,9	
2	3,3	1,6	1,2	5,4	5,7	
3	3,0	4,8	2,2	2,4	4,6	
4	2,1	2,4	1,5	1,7	4,0	
5	5,6	4,8	4,9	5,8	7,5	<,001
6	9,5	10,4	8,6	10,5	9,2	
7	14,5	15,2	15,9	14,6	10,3	
8	19,6	21,6	22,3	18,3	13,8	
9	38,3	37,6	40,4	38,3	33,9	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de importancia (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Grado de importancia de la PAFYD según ocupación.

Los resultados obtenidos en dicha variable presentan diferencias muy significativas según los grupos de ocupación, de manera que el grupo que mejor valora la importancia de la PAFYD (valores entre 6-9), es el grupo 1, ya que nos encontramos un porcentaje del 87,4%, seguidos del grupo 2 (83,3%), el grupo 3 (80,5%) y el grupo 5 (78,5%). Los grupos 4 y el 6 son los que menores porcentajes obtienen en la escala anteriormente citada (valores 6-9) con un 62,9 y 67,6% respectivamente.

Del mismo modo, nos encontramos que el grupo 4 y 6 son los que mayor porcentaje obtienen en la escala de importancia del 1 al 4, por lo que podemos considerar que son los que menor grado de importancia le dan a la PAFYD con un 30,6% y un 19,7% respectivamente, mientras que el grupo 1 obtuvo un 9,2%, el grupo 2 un 10,8%, el 3 un 14,4% y el 5 un 12,9%, considerándose parcialmente la relación en base a la importancia autorreferida en las escalas superiores.

Tabla 24 Grado de importancia autorreferido de la práctica de actividad física de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación*

Escala de importancia	Ocupación						P ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
1	2,4	3,6	4,2	17,7	4,9	1,4	
2	3,4	2,7	3,4	4,8	4,3	7,0	
3	2,4	1,2	5,1	6,5	3,1	2,8	
4	1,0	3,3	1,7	1,6	,6	8,5	
5	3,4	5,8	5,1	6,5	8,6	14,1	<,001
6	9,3	7,0	14,4	3,2	10,4	18,3	
7	19,5	15,5	11,9	4,8	10,4	14,1	
8	21,5	24,3	14,4	9,7	17,8	33,8	
9	37,1	36,5	39,8	45,2	39,9	1,4	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de importancia: (1, nada a 9, mucho); P^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

2.1.3.2. Interés por comenzar a practicar AF u otra actividad física

En este apartado mostramos los resultados que tiene la población adulta por iniciar la práctica de AF, en el caso de que los sujetos no hayan realizado ninguna durante los últimos 12 meses, o empezar con alguna otra modalidad de AF, para los sujetos que sí realizan PAFYD.

Existe un mayor porcentaje de personas que sí quieren practicar o empezar otra AF el 50,8% de los encuestados, frente al 49,2% que indican que no.

Interés por comenzar según sexo.

El interés mostrado por comenzar a practicar alguna actividad física no presenta diferencias significativas según el sexo, siendo el 45,3% de hombres y el 45,1% de mujeres los que presentan dicho interés.

Tabla 25 *Interés por comenzar una actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo**

	Sexo		<i>p</i> ^a
	Hombre	Mujer	
Si	45,3	45,1	<,935
No	54,7	54,9	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Interés por comenzar según los intervalos de edad.

Sin embargo, si tenemos en cuenta dicha variable en función de la edad, nos encontramos diferencias muy significativas a nivel general, puesto que son las personas de 25-44 años las que mayor interés muestran (60,7%), seguidos de las personas de 18-24 años (47,2%), mostrando posteriormente una relación inversa de dicho interés con el aumento de la edad.

Así pues, del 49,2% de la población que indica “no” mostrar interés por comenzar una actividad físico-deportiva, nos encontramos que a partir de los 45 años existe una relación directa del incremento del desinterés por comenzar con el aumento de la edad, de manera que el 81,3% de la población mayor de 65 años indica no tener interés por comenzar, frente al 39,3% de la población con 25-44 años.

Tabla 26 *Interés por comenzar una actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad**

	Total	Intervalo de edad				<i>p</i> ^a
		18-24	25-44	45-64	> 64	
Si	50,8	47,2	60,7	38,2	18,7	<,001
No	49,2	52,8	39,3	61,8	81,3	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Interés por comenzar según la ocupación.

En cuanto al interés por comenzar según la ocupación, podemos observar que existen diferencias muy significativas a nivel general, de manera que son los grupos 1, 2 y 3 los que presentan un mayor interés por comenzar con porcentajes del 48,8, 50,3 y

50% respectivamente, lo cual se corresponde con mayores porcentajes de “no interés” en los grupos 4, 5 y 6, fundamentalmente el grupo 4 con un 78,3%.

Tabla 27 *Interés por comenzar una actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación**

	Ocupación						<i>p</i> ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Si	48,8	50,3	50,0	21,7	39,5	38,0	<,001
No	51,2	49,7	50,0	78,3	60,5	62,0	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

2.1.3.3. Limitaciones en la PAFYD

Un 20,8% de la población objeto de estudio manifiesta tener algún tipo de limitación para la práctica de algún tipo o cantidad de actividad físico-deportiva, por lo que 80,6%, la gran mayoría, dice no tener ningún tipo de limitación.

Limitaciones en la PAFYD según el sexo.

En la percepción sobre las limitaciones que tienen sobre el tipo o cantidad de actividad física que actualmente puede hacer, no presenta diferencias significativas en función del género, encontrándonos que existe algún tipo de limitación en el 19,4% de los hombres y el 22,1% de las mujeres.

Entre las diferentes limitaciones, podemos observar que la mayor en ambos sexos es la enfermedad crónica o larga con un 10% en hombres y un 11,5% en mujeres, seguida de la limitación por lesión permanente o minusvalía en ambos sexos con un 4%.

Tabla 28 *Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo* (n=1002)*

Limitación	Sexo	
	Hombre	Mujer
No limitada	80,6	77,9
Limitada por enfermedad temporal	2,6	4,2
Limitada por enfermedad crónica o larga	10,0	11,5
Limitada por lesión temporal	2,8	2,5
Limitada por lesión permanente o minusvalía	4,1	4,0

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

Limitaciones en la PAFYD según el intervalo de edad.

Al analizar dichas limitaciones en función de la edad, observamos que la limitación presenta una relación directa con la edad, de manera que son las personas mayores las que mayor limitación presentan. En las personas mayores de 64 años la limitación más importante es la enfermedad crónica o larga (para el 13,8%) seguida de la limitación por enfermedad temporal (4,6%). En cambio, en las personas de 18 a 64 años, la segunda limitación con mayor porcentaje, tras la enfermedad crónica o larga, es la lesión permanente o minusvalía, destacando incluso las personas de 18-24 años con un 5,6% de este tipo de limitación, un 4,8% en personas de 45-64 años y un 3,2% en personas de 25-44 años.

Tabla 29 *Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad**

Limitación	Total	Intervalo de edad			
		18-24	25-44	45-64	> 64
No limitada	79,2	80,8	80,1	78,8	76,4
Limitada por enfermedad temporal	3,4	4,0	3,2	2,7	4,6
Limitada por enfermedad crónica o larga	10,8	7,2	10,6	11,0	13,8
Limitada por lesión temporal	2,6	2,4	2,9	2,7	1,7
Limitada por lesión permanente o minusvalía	4,0	5,6	3,2	4,8	3,4

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

Así pues, la limitación que menos ha influido en el tipo o cantidad de actividad física es la lesión temporal.

Limitaciones en la PAFYD según ocupación.

Si tenemos en cuenta la ocupación, observamos que los grupos 2, 3 y 6 son los que menos limitaciones muestran para la PAFYD con porcentajes superiores al 80%, así como los grupos 1, 4 y 5 son los que mayores porcentajes registran en limitaciones por enfermedad crónica o larga con un 12,7%, un 13,6% y un 14,3% respectivamente. El resto de limitaciones presentadas presentan porcentajes muy parecidos entre las diferentes ocupaciones, aunque podríamos señalar, como el grupo 4 (parados y/o jubilados) son lo que menos limitaciones presentan por lesión temporal (1,7%) frente al 4% en los grupos 2 y 3 (empleados de oficina, servicios, obreros cualificados; agricultores y obreros no cualificados).

Tabla 30 *Percepción de limitación de cantidad o tipo de actividad física en la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación**

Limitación	Ocupación					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
No limitada	77,0	83,2	83,2	77,1	73,9	83,1
Limitada por enfermedad temporal	3,4	2,4	2,4	3,4	5,6	4,2
Limitada por enfermedad crónica o larga	12,7	5,8	5,8	13,6	14,3	7,0
Limitada por lesión temporal	2,5	4,0	4,0	1,7	2,5	2,8
Limitada por lesión permanente o minusvalía	4,4	4,6	4,6	4,2	3,7	2,8

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

2.1.3.4. Personas de su entorno que practican y no practican

Los datos obtenidos sobre las personas del entorno de la población encuestada que realiza actividad física, indican que son los “amigos” las personas con una mayor vinculación a la PAF (70,3%), seguido de los hijos, compañeros de trabajo o estudios, hermanos y pareja (46,7; 36,4; 34,7 y 31% respectivamente); siendo los padres y madres los que menor relación tienen con dicha práctica, con porcentajes entorno al 13%.

Personas de su entorno que practican o no según el sexo.

En esta variable observamos que, en ambos sexos, son los amigos los que más practican, alcanzando el 75,4% en los hombres y el 65,7% en las mujeres, a los cuales les siguen en porcentaje en el caso del hombre los compañeros de trabajo o de estudios (47,6%) y los hijos (42,4%), mientras que en el caso de la mujer en segundo lugar son los hijos (50,1%) y los hermanos (35,5%).

Tabla 31 *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por sexo* (n=1002)*

Personas que sí practican actividad físico-deportiva	Sexo	
	Hombre	Mujer
Madre	11,8	15,3
Padre	12,3	14,8
Hijos	42,4	50,1
Hermanos/as	33,8	35,5
Pareja	29,1	34,2
Amigos/as	75,4	65,7
Compañeros de trabajo/estudios	47,6	26,3

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

Para ambos sexos, las personas del entorno que menos practican AF son la madre y el padre los que mayor, seguidos en el caso de las mujeres por los compañeros de trabajo o de estudios (73,7%), así como la pareja (65,8%) y hermanos (64,5%), mientras que en los hombres le siguen la pareja (70,9%) y los hermanos (66,2%).

Si comparamos individualmente cada persona que practica o no practica según el sexo, nos encontramos diferencias significativas en el caso de los hijos ($p < 0,028$), así como diferencias muy significativas en los amigos y compañeros de trabajo o de estudios.

Tabla 32 *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que no practican actividad-físico deportiva estratificado por sexo* (n=1002)*

Personas que no practican actividad físico-deportiva	Sexo	
	Hombre	Mujer
Madre	88,2	84,7
Padre	87,7	85,3
Hijos	57,6	49,9
Hermanos/as	66,2	64,5
Pareja	70,9	65,8

Amigos/as	24,6	34,3
Compañeros de trabajo/estudios	52,4	73,7

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

Personas de su entorno que practican o no según los intervalos de edad.

Tal y como hemos expuesto anteriormente, son los amigos los que mayor porcentaje reflejan respecto a la práctica de alguna actividad físico-deportiva, de manera que son las personas encuestadas de 18-24 años las que más indican que son sus amigos los que practican (82,4%), seguidos de las personas de 45-64 años (63,7%).

Ahora bien, si analizamos la participación de los hijos (segunda persona más indicada) según los diferentes tramos de edad nos lo encontramos que son con las personas de 45-64 años en las que más representación tienen (63,2%), seguido de los mayores de 65 años (46,1%) y de las personas de 25-44 años (41,6%).

De esta manera, debemos indicar que en el intervalo de edad de 25-44 años, las personas que más indican que practican en su entorno son las parejas (78,8%) seguidos de los compañeros de trabajo o de estudios (49,1%) y las personas mayores de 65 años destacan los amigos (52,9%), seguido de los hijos (46,1%).

Tabla 33 *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por intervalo de edad* (n=1002)*

Personas que sí practican actividad físico-deportiva	Intervalo de edad				
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64
Madre	13,6	16,5	20,3	4,8	0,0
Padre	13,5	21,5	18,5	4,7	0,0
Hijos	46,7	1,5	41,6	63,2	46,1
Hermanos/as	34,7	59,0	45,1	21,9	14,1
Pareja	31,8	29,1	78,8	35,0	23,3
Amigos/as	70,3	82,4	33,4	63,7	52,9
Compañeros de trabajo/estudios	36,4	60,5	49,1	23,5	4,4

Nota. *Valores expresados como porcentajes (%)

Respecto a las personas de su entorno que indican que no practican según los intervalos de edad, observamos que en las personas de 18-24 años son los hijos (98,5%), seguidos de la madre (83,5%) y el padre (78,5%) los que menos practican.

En cuanto a las personas de 25-44 años destacan la no práctica del padre en primer lugar, seguido de la madre y la pareja con el 81,5, 79,7 y 66,6% respectivamente. En las personas de 45-64 años son el padre (95,3%) y la madre (95,2%) los que mayor porcentaje muestran de no practicar, a quienes le siguen sus hermanos (78,1%) y los compañeros de trabajo o de estudios (76,5%). Por último, en las personas mayores de 65 años, destaca la no práctica de los compañeros de trabajo o de estudios (95,6%), de los hermanos (85,9%) y de la pareja (76,7%).

Tabla 34 *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que no practican actividad-físico deportiva estratificado por intervalo de edad* (n=1002)*

Personas que no practican actividad físico-deportiva	Intervalo de edad				
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64
Madre	86,4	83,5	79,7	95,2	100
Padre	85,5	78,5	81,5	95,3	100
Hijos	53,3	98,5	58,4	36,8	53,9
Hermanos/as	65,3	41,0	54,9	78,1	85,9
Pareja	68,2	70,9	66,6	65,0	76,7
Amigos/as	29,7	17,6	21,2	36,3	47,1
Compañeros de trabajo/estudios	63,6	39,5	50,9	76,5	95,6

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

Personas de su entorno que practican o no según ocupación.

Atendiendo a la ocupación de las personas encuestadas, observamos que es el grupo 6 (estudiantes) el que mayor porcentaje muestra en la práctica de los amigos (81,7%), como personas que practican actividad físico-deportiva, así como en el grupo 1 y 2 (76% y 72,3%). Sin embargo, el grupo 4 (las personas que no están trabajando en la actualidad) es el que menor porcentaje recoge en los amigos como personas que practican (54,1%).

En cambio, la participación de los hijos es mayor en el grupo 5 (58,2%) y el 1 (55%), teniendo en el sentido opuesto al grupo 6, como grupo que menor porcentaje contempla (3%).

Ahora bien, si observamos los resultados que obtenemos cuando indicamos que es la pareja la persona de nuestro entorno que practica actividad, es el grupo 1 el que mayor porcentaje refleja (39,1%), seguido del grupo 6 (32,2%) y el grupo 2 (31,5%).

Por último señalar, que el grupo 6 también presenta un alto porcentaje de práctica de AF en los compañeros de trabajo o estudios (64,7%) y los hermanos (62,3%), como puede ser obvio al tratarse de estudiantes, además de la práctica de los amigos que, según se ha mencionado anteriormente es la más importante en este grupo de edad.

Tabla 35 *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que sí practican actividad-físico deportiva estratificado por ocupación* (n=1002)*

Personas que sí practican actividad físico-deportiva	Ocupación					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
Madre	18,4	14,3	8,0	10,5	6,9	19,7
Padre	16,5	14,9	6,0	10,8	8,3	25,4
Hijos	55,0	43,8	40,0	40,0	58,2	3,0
Hermanos/as	35,3	35,6	35,1	20,3	22,8	62,3
Pareja	39,1	31,5	23,4	19,6	29,5	32,2
Amigos/as	76,0	72,3	71,8	54,1	55,8	81,7
Compañeros de trabajo/estudios	40,3	41,6	42,9	20,7	8,0	64,7

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

En cuanto a las personas de su entorno que no practican actividad físico-deportiva, hemos de destacar, cuando nos referimos a compañeros de trabajo o de estudios, el grupo 5 (92%), dado que son personas que se dedican a sus labores.

Asimismo, parece lógico, el alto porcentaje mostrado por el grupo 6 (97%) ante la no práctica de los hijos, dado que la edad de este grupo es la más baja y por tanto el tramo de edad con menos hijos.

Sin embargo, si observamos los porcentajes alcanzados en los diferentes grupos que indican como personas que no practican actividad la madre y el padre, apreciamos que la mayoría presenta cifras superiores al 80%.

Tabla 36. *Análisis de las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que no practican actividad-físico deportiva estratificado por ocupación* (n=1002)*

Personas que no practican actividad físico-deportiva	Ocupación					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
Madre	81,6	85,7	92,0	89,5	93,1	80,3
Padre	83,5	85,1	94,0	89,2	91,7	74,6
Hijos	45,0	56,2	60,0	60,0	41,8	97,0
Hermanos/as	64,7	64,4	64,9	79,7	77,2	37,7
Pareja	60,9	68,5	76,6	80,4	70,5	67,8
Amigos/as	24,0	27,7	28,2	45,9	44,2	18,3
Compañeros de trabajo/estudios	59,7	58,4	57,1	79,3	92,0	35,3

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%)

2.1.3.5. Intención de seguir practicando

Cuando intentamos conocer, cuál es la intención de seguir practicando entorno a una escala de intenciones del 1 al 9, donde el valor 1 es poca o nada de intención y 9 es mucha, nos encontramos como el 57,5% de las personas encuestadas muestran una intención de seguir practicando con valoraciones mayores o igual a 6 (6-9), siendo el 32,2% los que tienen una menor intención (valoraciones entre 1-4). El 10,4% indican una valoración intermedia (5).

Intención de seguir practicando según el sexo.

En función del sexo, no observamos diferencias significativas.

Ahora bien, existe una tendencia superior en el hombre en cuanto a la intención de seguir practicando, puesto que atendiendo a los valores de la escala superiores a 5, el hombre presenta porcentajes superiores al de la mujer, así como ocurre lo contrario

cuando nos referimos a los porcentajes recogidos en los valores de la escala inferior a 5, que son superiores en la mujer.

Así pues, nos encontramos que el 72,8% de los hombres indica una intención de seguir practicando, atendiendo a los valores de la escala de intenciones mayor e igual a 6, así como el 63,4% de las mujeres presenta dicha intención.

Cabe resaltar que el 26,7% de los hombres presentan una intención de seguir practicando con un valor 9, dentro de la escala, así como también lo presenta la mujer con un 21%.

Tabla 37 *Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo* (n=1002)*

Escala de intenciones	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
1	10,4	15,1	
2	4,7	5,5	
3	5,8	7,1	
4	6,4	9,0	
5	10,0	10,7	,138
6	12,6	10,5	
7	12,6	10,9	
8	10,9	10,3	
9	26,7	21,0	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de intenciones que el sujeto le da a seguir practicando actividad físico-deportiva (1, poco a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Intención de seguir practicando según intervalo de edad.

Los resultados nos muestran que al analizar la intención de seguir practicando atendiendo a los intervalos de edad, existen diferencias muy significativas, existiendo una relación inversa, de manera que dicha intención va disminuyendo cuando aumentamos la edad.

En este sentido, indicar que la población que muestra una intención por seguir practicando mayor e igual a 6, es mayor en el intervalo de edad de 18-24 años (del 69,4% de la población), seguidos del 64,1%, 54,7% y el 37,2% en los tramos de 25-44, 45-64 y mayores de 64 años respectivamente.

Del mismo modo, si analizamos los resultados obtenidos ante la intención de seguir practicando en una escala inferior e igual a 4, donde el 32,2% de la población indica dicha intención, observamos que el 54,1% de dicha población es mayor de 65 años, a quienes le siguen las personas de 45-64 años con un 34,3%, las personas de 25-44 años con un 25% y las personas de 18-24 años con un 20,9%.

Tabla 38 *Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por edad* (n=1002)*

Escala de intenciones	Intervalo de edad					P ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
1	12,9	8,1	7,7	13,4	27,9	
2	5,1	5,6	4,0	4,8	8,1	
3	6,4	3,2	5,9	7,9	7,6	
4	7,8	4,0	7,4	8,2	10,5	
5	10,4	9,7	10,9	11,0	8,7	<,001
6	11,5	8,1	12,3	12,7	9,9	
7	11,7	13,7	12,3	11,6	8,7	
8	10,6	16,1	12,1	9,2	5,2	
9	23,7	31,5	27,4	21,2	13,4	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de intenciones: (1, poco a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Intención de seguir practicando según ocupación.

Atendiendo a la ocupación de los encuestados, existen diferencias muy significativas en la intención de seguir practicando, es el grupo 6 (estudiantes o personas en busca de su primer empleo) el que tiene mayores porcentajes de valoración “9” en la escala de intenciones con un 35,2%.

En cambio, el grupo 4 (personas que han trabajado pero en la actualidad no), es el que menor intención muestra, dado que el 37,7% de dicha población indica “1” en la escala de intenciones.

Tabla 39 *Intención de seguir practicando actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación* (n=1002)*

Escala de intenciones	Ocupación						P ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
1	9,3	12,5	10,4	37,7	15,0	5,6	
2	4,4	5,2	9,6	4,9	4,4	4,2	
3	7,4	4,3	7,8	9,8	7,5	7,0	
4	5,9	7,9	10,4	3,3	12,5	4,2	
5	9,8	10,1	15,7	4,9	10,6	11,3	<,001
6	10,8	11,9	10,4	8,2	10,0	16,9	
7	12,7	12,2	10,4	13,1	10,6	8,5	
8	14,2	10,4	11,3	4,9	9,4	7,0	
9	25,5	25,6	13,9	13,1	20,0	35,2	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de intenciones: (1, poco a 9, mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Así pues, si analizamos el porcentaje obtenido en los valores de la escala de intenciones mayor e igual que 6, nos encontramos que el 67,6% pertenece al grupo 6, seguidos del grupo 1 (63,2%), grupo 2 (60,1%), grupo 5 (50%), grupo 3 (46%) y grupo 4 (39,3%).

En el sentido contrario, es decir, los resultados obtenidos en los valores de la escala de intenciones menor e igual a 4, observamos con mayor porcentaje al grupo 4 (55,7%), seguido del grupo 5 (39,4%), grupo 3 (38,2%), grupo 1 (29,9%) y grupo 6 (21%).

2.1.3.6. Abandono de la PAFYD

Analizando las personas que han practicado AF durante los últimos 12 meses, así como las que han realizado práctica en algún momento de su vida aunque no durante

el último año obtenemos que el 38,70% es el porcentaje de población que ha abandonado la práctica de AF o de alguna modalidad deportiva.

Abandono de la PAFYD según sexo

A pesar de los resultados mostrados anteriormente en relación a la intención de seguir practicando AF, en los que hay una tendencia algo superior en el hombre respecto a la mujer, observamos que en la tasa de abandono, son los hombres los que mayor porcentaje tienen comparativamente con las mujeres, existiendo diferencias significativas.

Por tanto, nos encontramos que un 43,2% de hombres han dejado de practicar actividad física o alguna modalidad en los últimos cinco años, frente al 34,6% de las mujeres.

Tabla 40 *Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo* (n=1002)*

	Sexo		<i>p</i> ^a
	Hombre	Mujer	
Si	43,2	34,6	,014
No	56,8	65,4	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Abandono de la PAFYD según intervalo de edad.

Si analizamos el abandono de PAFYD según la edad, no existen diferencias significativas, donde nos encontramos que el 41,5% de la población que ha dejado de practicar son mayores de 64 años, y el 35,4% de la población son personas de 18-24 años, siendo éste el valor más bajo. Sin embargo, hemos de destacar que existe un mayor abandono en las personas de 25-44 años (40,7%) que en las de 45-64 años (35,5%).

Tabla 41 Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

	Intervalo de edad					<i>p</i> ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
Si	38,7	35,4	40,7	35,5	41,5	,471
No	61,3	64,6	59,3	64,5	58,5	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

Abandono de la PAFYD según ocupación.

El abandono de la práctica de actividad física según la ocupación, no presenta diferencias significativas, aunque se registre un mayor porcentaje en el grupo 6 (estudiantes) con un 46,2% de abandono y que el grupo 3 (agricultores y obreros no cualificados) es el que tiene un menor porcentaje de abandono con un 36%.

Tabla 42 Abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por ocupación* (n=1002)

	Ocupación						<i>p</i> ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Si	40,4	37,1	36,0	39,6	38,9	46,2	,846
No	59,6	62,9	64,0	60,4	61,1	53,8	

Nota: *Valores expresados en porcentajes (%); *p*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *chi square*

2.1.4. Salud percibida

Dentro de esta dimensión presentamos los resultados relativos a el estado de ánimo durante el último año; el número de días en las que las personas estuvieron enfermas durante el año y el número de días en los que tuvo que ausentarse por enfermedad a su ocupación habitual; la autopercepción del estado de salud y de su forma física.

2.1.4.1. Estado de ánimo durante el último año

Los estados de ánimo han sido valorados por la población utilizando una escala de sensaciones que va desde el valor de “nada” a “mucho” en función de la presencia de

las mismas, tal y como se ha expuesto en el apartado de metodología de la presente tesis.

En este sentido si agrupamos los valores de “bastante”-“mucho” y las de “nada”-“poco” obtenemos los siguientes resultados (Tabla 58):

Tabla 43 *Percepción de la presencia de sensaciones de la población sevillana adulta y adulta mayor durante los últimos 12 meses* (n=1002)*

Sensaciones	Escala	
	Bastante-mucho	Nada-poco
Estado de intranquilidad	35,2	44,7
Tristeza	18,2	66,6
Cansancio	32,4	37,9
Animado	55,1	19
Mal genio	10,6	69

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho)

La autopercepción de sensaciones que más destaca en la población adulta y adulta mayor es la de estar “animado” que aparece con un valor de “bastante y mucho” en el 55,1% de los encuestados, sin embargo también hay que destacar que para más del 30% de la población también han tenido “bastante” o “mucho presencia” en sus vidas durante el último año las sensaciones negativas de “intranquilidad” y “cansancio” (para el 35,2% y 32,4% respectivamente).

Por otro lado, las sensaciones de “tristeza” y “mal genio” tiene presencia de “bastante” o “mucho para porcentajes de población inferiores al 20% (18,2 y 10,6% respectivamente).

Estado de ánimo durante el último año según sexo

La sensación de “intranquilidad” de la población según el sexo no muestra diferencias significativas, aunque hemos de reseñar que el 58% de los hombres muestran dicha sensación (“moderadamente”, “bastante” y “mucho”), así como el 53% de las mujeres.

Tabla 44 Sensación de intranquilidad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por sexo* (n=1002)

Escala de sensación	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Nada	18,3	21,9	
Un poco	23,8	25,1	
Moderadamente	21,0	19,4	,482
Bastante	25,1	21,5	
Mucho	11,9	12,1	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

La sensación de “tristeza” tampoco muestra diferencias significativas según el sexo, señalando en este caso cómo el 34,1% de las mujeres muestran dicha sensación (“moderadamente”, “bastante” y “mucho”) frente al 32,7% de los hombres.

Tabla 45 Sensación de tristeza de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por sexo* (n=1002)

Escala de sensación	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Nada	41,6	40,6	
Un poco	25,7	25,3	
Moderadamente	14,6	15,8	,947
Bastante	11,5	12,5	
Mucho	6,6	5,8	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Respecto a la sensación de “cansancio”, observamos que es una de las sensaciones más señaladas por la población estudiada, donde el 63% de los hombres indican estar cansados “moderadamente”, “bastante” y “mucho”, frente al 61,3% de las mujeres, no existiendo por tanto diferencias significativas.

Tabla 46 Sensación de cansancio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por sexo* (n=1002)

Escala de sensación	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Nada	16,3	18,9	
Un poco	20,6	19,8	
Moderadamente	29,3	30,2	,167
Bastante	19,1	21,3	
Mucho	14,6	9,8	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Asimismo, nos encontramos con una sensación positiva que presenta la mayoría de la población indica, la sensación de “animado”, en la que no existen diferencias significativas según el sexo.

En dicha sensación, la mujer muestra un 81,7% a nivel “moderadamente”, “bastante” y “mucho”, predominando en este caso con un 31,2% la escala “bastante”, así como en el hombre es indicada la misma por el 80,2% de la población (“moderadamente”, “bastante” y “mucho”), predominando la escala de bastante y mucho.

Tabla 47 Sensación de animado de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por sexo* (n=1002)

Escala de sensación	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Nada	3,0	3,6	,577
Un poco	16,8	14,7	
Moderadamente	24,4	27,2	
Bastante	29,5	31,2	
Mucho	26,3	23,3	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Por último, presentamos dentro de los estados de ánimo, la sensación de “mal genio”, no existiendo diferencias significativas a nivel de género. El 70,2% de hombres y el 67,9% de mujeres indican tener esta sensación “un poco” o “nada”, siendo los valores de “nada” del 38,8% de las mujeres y el 36,7% de los hombres.

De esta manera, atendiendo a la comparativa realizada en las sensaciones anteriores, el 32,1% de las mujeres se sienten de mal genio (“moderadamente”, “bastante” y “mucho”) frente al 29,8%.

Tabla 48 Sensación de mal genio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por Sexo* (n=1002)

Escala de sensación	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Nada	36,7	38,8	,614
Un poco	33,5	29,1	
Moderadamente	20,0	20,8	
Bastante	5,3	6,6	
Mucho	4,5	4,7	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Estado de ánimo durante el último año según los intervalos de edad.

Los resultados obtenidos relativos a estados de ánimo según los intervalos de edad no presentan diferencias significativas en ninguna de las cinco sensaciones (intranquilidad, tristeza, cansancio, animado y mal genio). Así pues procedemos a comentar los datos más relevantes de cada uno de ellos.

La sensación de “intranquilidad” es superior en las personas de 18 a 44 años, donde el 36,7% corresponde a personas de 25-44 años que indican tener dicha sensación “bastante” y “mucho”, seguidos de las personas de 18-24 años (36%) y las personas mayores de 65 años (35%). En cambio, si observamos los resultados atendiendo a que nunca han tenido esa sensación, existe una relación inversa con respecto a la edad, es decir las personas mayores son las que reflejan en menor porcentaje la citada sensación y viceversa.

Tabla 49 Sensación de intranquilidad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

Escala de sensación	de	Total	Intervalo de edad				P ^a
			18-24	25-44	45-64	> 64	
Nada		20,2	22,4	20,1	20,1	19,0	,974
Un poco		24,5	20,8	23,0	26,2	27,6	
Moderadamente		20,2	20,8	20,1	21,1	18,4	
Bastante		23,2	24,8	24,0	20,7	24,1	
Mucho		12,0	11,2	12,7	11,9	10,9	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

En cuanto a la sensación de “tristeza”, cabe destacar que son las personas de 25-44 años las que mayor porcentaje reflejan entorno a la escala de “bastante” y “mucho”

(20,4%), seguidos de las personas mayores de 65 años (18,9%) y de las personas de 18-24 años (16,8%).

Sin embargo, si analizamos aquellos que indican que nunca han tenido esa sensación, nos encontramos que son las personas de 45-64 años las que en mayor grado no han tenido la sensación de tristeza, seguidos en este caso de las personas de 25-44 años que a su vez eran las que en mayor porcentaje reflejaban que sí tenían dicha sensación.

Tabla 50 Sensación de tristeza de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

Escala de sensación	Intervalo de edad						P ^a
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64		
Nada	41,1	39,2	41,9	43,2	36,8	,974	
Un poco	25,5	28,0	23,0	26,5	27,6		
Moderadamente	15,3	16,0	14,7	15,0	16,7		
Bastante	12,0	12,8	14,0	9,9	10,3		
Mucho	6,2	4,0	6,4	5,4	8,6		

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Los resultados sobre la sensación de “cansancio”, nos muestra cómo las personas mayores de 65 años son las que mayor grado de dicha sensación muestran con un 36,8% de la población entorno a la escala de “bastante” y “mucho”.

Sin embargo, un dato llamativo es que independientemente de las personas mayores de 65 años, esta variable presenta una relación inversa en las edades de 18 a 64 años, de manera que a mayor edad presentan un menor porcentaje de cansancio en las escalas de “bastante” y “mucho”, encontrándonos que el 34,4% los adultos de 18-24 años indican la citada sensación, seguido del 31,4% de las personas de 25-44 años y el 30,2% de las personas de 45-64 años.

Asimismo, ante los datos reseñados anteriormente podemos observar que en la escala de sensación “nada”, aunque la relación es directa con la edad, el intervalo de 18-64 años, nos muestra que la sensación de cansancio es mayor en los más jóvenes, aunque no existan diferencias significativas, tal y como indicamos al inicio de este análisis.

Tabla 51 Sensación de cansancio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

Escala de sensación	de	Total	Intervalo de edad				P ^a
			18-24	25-44	45-64	> 64	
Nada		17,7	12,0	18,9	19,0	16,7	,974
Un poco		20,2	25,6	19,6	19,0	19,5	
Moderadamente		29,8	28,0	30,1	31,6	27,0	
Bastante		20,3	24,0	19,1	19,7	21,3	
Mucho		12,1	10,4	12,3	10,5	15,5	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

En relación a la sensación de “animado”, tal y como comentamos en función del género, son los datos con mayor porcentaje de presencia de los valores de “bastante” y “mucho” tiene en todos los intervalos de edad (entre el 52,3% y 56,1% de la población). Tan solo cabe mencionar que en las sensaciones recogidas en las diferentes escalas son muy similares, existiendo diferencias en torno al 2-4 % en la escala de sensación “nada” y “mucho”, siendo las personas de 18-24 años, junto con los mayores de 64 años las que reflejan el mayor porcentaje en la sensación “nada”, así como las que menor porcentaje registran en la sensación “mucho”.

Tabla 52 Sensación de animado de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

Escala de sensación	de	Total	Intervalo de edad				P ^a
			18-24	25-44	45-64	> 64	
Nada		3,3	6,5	2,7	2,4	4,0	,974
Un poco		15,7	14,5	15,7	15,3	17,2	
Moderadamente		25,9	25,8	25,5	26,2	26,4	
Bastante		30,4	30,6	29,9	31,0	30,5	
Mucho		24,7	22,6	26,2	25,2	21,8	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Por último, en cuanto a la sensación de “mal genio” se refiere, los mayores porcentajes recogidos en las escalas “bastante” y “mucho” son contemplados por las personas de 25-44 años (12,3%), seguido de las personas mayores de 65 años (10,4%), así como de los adultos de 18-24 años (9,6%).

Sin embargo, podemos observar cómo el 43,7% de los mayores de 65 años indican que no han tenido esa sensación durante el último año “nada”, junto con el 38,8% de los adultos de 25-44 años.

Tabla 53 Sensación de mal genio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

Escala de sensación	de	Intervalo de edad					P ^a
		Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
Nada		37,8	36,0	38,8	33,7	43,7	,974
Un poco		31,2	36,0	28,3	34,7	28,7	
Moderadamente		20,4	18,4	20,6	22,8	17,2	
Bastante		6,0	4,8	6,6	6,1	5,2	
Mucho		4,6	4,8	5,7	2,7	5,2	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Estado de ánimo durante el último año según ocupación.

Tras analizar los datos obtenidos respecto al estado de ánimo de “intranquilidad” según la ocupación, observamos que el grupo 6 presenta un 38% de dicha sensación “bastante” y “mucho”, así como el grupo 2 con un 36,2% y el grupo 1 con un 35,6%. El grupo 5 es el que presenta los valores más bajos de la presencia “bastante” o “mucho” de intranquilidad con un 28,4%, no existiendo diferencias significativas.

Asimismo, cabe mencionar que aun mostrando los valores más altos en dicha sensación el grupo 6, también tienen valores más altos en la escala de sensación “nunca” con un 32,4%, en este caso seguido por los grupos 1 y 5 (22,9% y 22,8%).

Tabla 54 Sensación de intranquilidad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por ocupación* (n=1002)

Escala de sensación	de	Ocupación						P ^a
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Nada		22,9	17,9	14,4	17,7	22,8	32,4	,218
Un poco		22,9	25,5	32,2	30,6	23,5	15,5	
Moderadamente		18,5	20,4	18,6	19,4	25,3	14,1	
Bastante		21,5	23,4	25,4	19,4	19,8	23,9	
Mucho		14,1	12,8	9,3	12,9	8,6	14,1	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

En cambio, los resultados nos muestran que aun no existiendo diferencias significativas, la sensación de tristeza es mayor (valores de “bastante” y “mucho”) en el grupo 1 (35,6%), grupos 4, 2 y 6 (21%, 20,1%, 19,7% respectivamente), siendo los grupos 3 y 5 los que menor porcentaje contemplan al respecto (15,3% y 14,8%).

Tabla 55 Sensación de tristeza de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por ocupación* (n=1002)

Ocupación								
Escala de sensación	de	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
Nada		22,9	39,5	41,5	35,5	35,8	39,4	
Un poco		22,9	24,9	27,1	27,4	30,2	23,9	
Moderadamente		18,5	15,5	16,1	16,1	19,1	16,9	,589
Bastante		21,5	13,4	11,9	12,9	9,9	14,1	
Mucho		14,1	6,7	3,4	8,1	4,9	5,6	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Ahora bien, cabe resaltar ante la sensación de cansancio, cómo el grupo 4 (parados y/o jubilados) y 6 (estudiantes) son los que mayor cansancio muestran en las escalas de “bastante” y “mucho” (33,9% y 33,8%), aunque no existen diferencias significativas de dicha variable según la ocupación.

Asimismo, cabe destacar que ante la escala “moderadamente” de sensación de cansancio vuelve a ser el grupo 4 el que mayor porcentaje presenta con un 43,5% de la población registrando, en este caso el menor porcentaje, el grupo 6 (19,7%).

Tabla 56 Sensación de cansancio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por ocupación* (n=1002)

Ocupación								
Escala de sensación	de	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
Nada		22,9	16,4	18,6	6,5	17,9	19,7	
Un poco		20,0	20,1	21,2	16,1	17,9	26,8	
Moderadamente		24,4	32,2	27,1	43,5	32,7	19,7	,060
Bastante		15,6	19,8	21,2	24,2	23,5	21,1	
Mucho		17,1	11,6	11,9	9,7	8,0	12,7	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Respecto a la sensación de animado, observamos que el grupo 1 y 2 presentan un 59% y un 58% respectivamente en las escalas más altas de “bastante” y “mucho”, seguido del grupo 5 con un 54,3%. El grupo 6 el que menor porcentaje presenta con un 45% de la población aunque no existen diferencias significativas.

Tabla 57 Sensación de animado de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por ocupación* (n=1002)

Ocupación								
Escala de sensación	de	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
Nada		3,4	2,1	4,3	3,2	1,9	8,5	
Un poco		14,6	15,5	18,8	16,1	15,4	16,9	
Moderadamente		22,9	24,3	29,1	29,0	28,4	29,6	,182
Bastante		28,3	32,2	34,2	32,3	32,7	22,5	
Mucho		30,7	25,8	13,7	19,4	21,6	22,5	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Para finalizar los resultados de dicha variable, indicar que la sensación de mal genio no ha sido sentida en el último año en mayor medida por el grupo 6 (un 47,9% de la población), seguida del grupo 5 (un 41,4%), no mostrando así diferencias significativas a nivel de ocupación. Asimismo, podemos indicar que en los dos valores más altos de la escala ante la citada sensación, nos encontramos al grupo 5 y 3 con un 13% y un 12,8% respectivamente.

Tabla 58 Sensación de mal genio de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año estratificado por ocupación* (n=1002)

Ocupación								
Escala de sensación	de	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	P ^a
Nada		37,7	34,3	35,6	33,9	41,4	47,9	
Un poco		30,9	31,0	34,7	32,3	25,9	31,0	
Moderadamente		21,6	21,9	20,3	21,0	22,8	11,3	,642
Bastante		3,9	8,2	5,9	6,5	6,2	2,8	
Mucho		5,9	4,6	3,4	6,5	3,7	7,0	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sensación: (Nada a mucho); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

2.1.4.2. Número de días de enfermedad durante el último año y días de ausencia por enfermedad en la ocupación habitual

Los días que la población adulta y adulta-mayor han estado enfermos durante los últimos doce meses, presenta una media de 20,44 (DE 58,05) días, siendo 14,46 (53,07) la media de días en los que dicha población se ausentó de su ocupación habitual por razones de enfermedad, lo que representa el 69,32% de estos días.

Número de días de enfermedad durante el último año y días de ausencia por enfermedad en la ocupación habitual según sexo.

No se han obtenido diferencias significativas de esta variable según el sexo, donde las mujeres han estado una media de 21,97 (61,85) días y el hombre 18,71 (53,45) días.

Asimismo, podemos indicar que de los días citados anteriormente, las mujeres se han ausentado de su ocupación habitual el 63,13% de los días y los hombres el 77,28%, no presentando diferencias significativas.

Tabla 59 *Días de enfermedad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por sexo* (n=1002)*

	Sexo		<i>P</i> ^a
	Hombre	Mujer	
Días de enfermedad	18,71 (53,45)	21,97 (61,85)	,364
Días de ausencia por enfermedad	14,46 (53,07)	13,91 (46,21)	,725

Nota: *Valores expresados como Media (DE); *P*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *U-Mann Whitney*

En cambio, sí podemos observar que existen diferencias muy significativas según los intervalos de edad, donde las personas mayores de 64 años indican haber estado enfermos una media de 28,04 (61,44) días, siendo las personas de 25-44 años las que menos días han estado enfermos (15,96 [49,59] días).

Ahora bien, si atendemos a los días que se han ausentado de su ocupación habitual, observamos igualmente que son las personas mayores de 64 años las que más días lo han hecho, con una media de 18,80 (56,29) días, y por el contrario los que menos días lo han hecho son las personas de 25-44 años con una media de 12,16 (47,01) días.

Tabla 60 *Días de enfermedad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por intervalo de edad* (n=1002)*

	Intervalo de edad					<i>P^a</i>
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
Días de enfermedad	20,44 (58,05)	16,35 (38,43)	15,96 (49,59)	23,88 (71,70)	28,04 (61,44)	<,001
Días de ausencia por enfermedad	14,17 (49,52)	12,85 (37,99)	12,16 (47,01)	14,76 (52,85)	18,80 (56,29)	,001

Nota: *Valores expresados como Media (DE); *P^a*: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *Kruskal Wallis*

Si analizamos el porcentaje de días que se han ausentado, según los días que han estado enfermos, observamos que son las personas de 18-24 años las que mayor porcentaje presentan, de manera que se han ausentado el 78,59% de los días que han estado enfermos, a quien le siguen los adultos de 25-44 años, los mayores de 64 años y los adultos de 45-64 años, ausentándose el 76,19% de los días, el 67,04% y el 61,8% respectivamente.

En cuanto a los resultados obtenidos según la ocupación, no observamos diferencias significativas, aunque el grupo 4 es el que más días ha estado enfermo, con una media de 28,39 (76,28) días, y el grupo 6 es el que menos días ha estado enfermo en el último año, presentando una media de 12,25 (24,30) días.

Dichos resultados, muestran a su vez que es el grupo 4 el que más días se ha ausentado de su ocupación (21,32 [67,56] días), así como el grupo 6 el que menos lo ha hecho (5,82 [16,94] días).

Podemos considerar, por tanto, que eso supone que el grupo 4 se ha ausentado el 75,09% de los días que han estado en enfermos, el grupo 6 el 47,51% de los días, aunque (poniendo en relación dichos días), es la población del grupo 3 la que mayor porcentaje presenta, ausentándose el 96,21% de los días que han estado enfermos (18,23 [59,55] días), seguidos por la población del grupo 4, tal y como acabamos de mencionar, así como el grupo 2 (68,2%), grupo 1 (67,25%) y grupo 5 (53,51%).

Tabla 61 *Días de enfermedad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por Ocupación* (n=1002)*

		Ocupación						
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	<i>P</i> ^a
Días de enfermedad	de	14,11 (49,17)	24,03 (60,87)	18,23 (59,55)	28,39 (76,28)	22,22 (60,56)	12,25 (24,30)	,066
Días de ausencia por enfermedad		9,49 (41,53)	16,39 (52,09)	17,54 (60,41)	21,32 (67,56)	11,89 (38,53)	5,82 (16,94)	,086

Nota: *Valores expresados como Media (DE); *P*^a: significación de *p* arrojada desde el test estadístico *Kruskal Wallis*

2.1.4.3. Percepción del estado de salud

El 58,8% de la población tiene una “buena” o “muy buena” percepción de su estado de salud general, frente al 9,6% que lo considera como “muy malo” o “malo” o el 31,7% como normal.

Percepción del estado de salud según sexo.

Los resultados obtenidos sobre la percepción del estado de salud según el sexo nos muestran diferencias significativas, donde el 28,1% de los hombres indican tener un estado muy bueno, frente al 21,1% de las mujeres, así como el 6,8% de los hombres indican tener un estado de salud malo, mientras que lo indican el 10,2% de las mujeres.

Asimismo indicar que la percepción reflejada como buena y muy buena supone el 61,7% de los hombres y el 56,1% de las mujeres.

Tabla 62 *Percepción del estado de salud general de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por sexo* (n=1002)*

		Sexo		
Escala de percepción		Hombre	Mujer	<i>P</i> ^a
Muy malo		0,4	1,5	
Malo		6,8	10,2	
Normal		31,1	32,2	,022
Bueno		33,6	35,0	
Muy Bueno		28,1	21,1	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción del estado de salud en la actualidad (Muy malo a Muy bueno); *P*^a: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Percepción del estado de salud según intervalos de edad.

Dicha percepción presenta diferencias muy significativas según los intervalos de edad, de manera que observamos una relación inversa de la percepción muy buena con respecto a la edad, donde el 38,4% de la población de 18-24 años indica tener dicha percepción, ante el 10,3% de las personas mayores de 65 años.

Asimismo, dicha relación inversa queda patente ante las percepciones buena y muy buena, obteniendo el 76,8% de dichas percepciones los adultos de 18-24 años, el 69,8% las personas de 25-44 años, el 52,5% de las personas de 45-64 años y el 30,4% los mayores de 64 años.

Respecto a la mala percepción de su salud, observamos cómo el 21,8% de los adultos-mayores indican tener una percepción “mala” de su salud, disminuyendo dichos valores cuando más joven es la población, hasta llegar al 3,2% en los adultos de 18-24 años.

Tabla 63 *Percepción del estado de salud general de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por intervalo de edad* (n=1002)*

Escala de percepción	de	Intervalo de edad					P ^a
		Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
Muy malo		1,0	0,8	0,7	1,0	1,7	
Malo		8,6	3,2	4,2	9,2	21,8	
Normal		31,7	19,2	25,3	37,3	46,0	<,001
Bueno		34,4	38,4	39,3	34,2	20,1	
Muy Bueno		24,4	38,4	30,5	18,3	10,3	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción: (Muy malo a Muy bueno); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Percepción del estado de salud según ocupación.

En cuanto a los resultados obtenidos según la ocupación, hemos de resaltar los valores obtenidos en el grupo 6, donde el 43,7% de la población que indica tener una “buena” percepción, junto con el 38% que indica tener una “muy buena” percepción de su salud, constituyendo entre ambos resultados, el 81,7% de la población del citado grupo.

Así pues, existen diferencias muy significativas según la ocupación, siendo la población del grupo 4 la que menores valores presenta en una “buena” y “muy buena” percepción de la salud, con un 33,9% de la población.

En el lado opuesto, es decir, la población que indica tener una “mala” o “muy mala” percepción de su salud, nos encontramos que es el grupo 4 el que destaca con un 19,3% de la población, seguido del grupo 3 (16,1%) y del grupo 5 (14,1%).

Tabla 64 Percepción del estado de salud general de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por ocupación* (n=1002)

Escala de percepción	Ocupación						P ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
Muy malo	0,0	0,9	0,8	4,8	0,6	1,4	
Malo	5,4	7,0	15,3	14,5	13,5	2,8	
Normal	27,8	34,8	28,0	46,8	35,6	14,1	<,001
Bueno	37,6	35,7	22,0	19,4	35,0	43,7	
Muy Bueno	29,3	21,6	33,9	14,5	15,3	38,0	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de percepción: (Muy malo a Muy bueno); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

2.1.4.4. Percepción de su forma física

De forma general podemos decir que la percepción del estado físico es buena en la población de Sevilla, ya que el 47,5% le da una valoración de 4-5 (en una escala 1-5 sobre la consideración de su bienestar físico). Por el contrario el 12,7% tiene valoraciones muy bajas de su estado físico (valores 1-2).

Percepción de su forma física según el sexo.

El 43,7% de los hombres le dan la máxima puntuación a su estado físico (5), frente al 38,9% de las mujeres, no existiendo diferencias significativas a nivel general.

Así pues, ante la escala de 4 y 5 nos encontramos con el 69,8% de los hombres y el 65,3% de las mujeres.

Podemos observar igualmente que, en la escala inferior (1 y 2) de dicha percepción, tenemos el 11,1% de los hombres junto con el 14,1% de las mujeres, mostrando así por tanto la existencia una valoración más positiva.

Tabla 65 *Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por sexo* (n=1002)*

Escala de sentimiento de bienestar físico	Sexo		<i>P^a</i>
	Hombre	Mujer	
1	2,8	6,4	,072
2	8,3	7,7	
3	18,9	20,6	
4	26,1	26,4	
5	43,7	38,9	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sentimiento de bienestar físico: Percepción de ser falso o verdadero este sentimiento en la que 1 es (falso) y 5 (verdadero); *P^a*: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Percepción de su forma física según los intervalos de edad.

Si realizamos dicha comparativa según los intervalos de edad, podemos observar al igual que indicamos en el estado de salud, que una buena percepción de su forma física (valores 4-5), es inversamente proporcional al aumento de la edad, encontrándonos ante los valores de mejor percepción de bienestar físico en el intervalo de 18-24 años (77,6%), para ir descendiendo en el resto de intervalos al 67,4%, 65,3% y 63,8% en la población de 25-44 años, 45-64 y mayores de 64 respectivamente.

Tabla 66 *Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por intervalo de edad* (n=1002)*

Escala de sentimiento de bienestar físico	Intervalo de edad					<i>P^a</i>
	Total	18-24	25-44	45-64	> 64	
1	4,7	1,6	3,4	7,1	5,7	,006
2	8,0	6,4	7,8	8,5	8,6	
3	19,8	14,4	21,3	19,0	21,3	
4	26,3	19,2	26,5	30,3	24,1	
5	41,2	58,4	40,9	35,0	39,7	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sentimiento de bienestar físico: 1 (falso) a 5 (verdadero); *P^a*: significación de *p* arrojada desde el test *chi square*

Así pues, existen diferencias significativas de dicha percepción de la forma física según la edad, donde a su vez podemos comparar cómo en una mala percepción de la forma física, destacan los adultos de 45-64 años, alcanzando el 15,6% de los resultados ante la escala 1 y 2, seguidos del 14,3% de la población mayor de 64 años.

Percepción de su forma física según su ocupación.

En cuanto a dicha variable según la ocupación, indicar que el grupo 6 es el que mejor percepción presenta de su forma física, al igual que ocurrió con la percepción de su estado de salud, no existiendo diferencias significativas con los otros grupos.

Así pues, el 84,5% de la población del grupo 6 percibe su forma física con un valor de 4 y 5 en la escala de sentimiento de bienestar físico, siendo el grupo 5 el que menor porcentaje presenta en los valores indicados (61,1%). Aun así, en esta línea podemos indicar que los grupos que mejor valoran su forma física con un valor “5” son: en primer lugar el grupo 6, seguido de los grupos 1, 2 y 5 tal y como podemos observar en la tabla correspondiente.

Tabla 67 *Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) de la población sevillana adulta y adulta-mayor estratificado por ocupación* (n=1002)*

Escala de sentimiento de bienestar físico	Ocupación						P ^a
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	
1	4,4	3,6	7,6	4,8	6,2	1,4	
2	9,3	6,7	7,6	14,5	8,6	4,2	
3	17,1	21,0	22,0	17,7	24,1	9,9	,302
4	28,3	28,0	23,7	30,6	21,0	28,2	
5	41,0	40,4	39,0	32,3	40,1	56,3	

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de sentimiento de bienestar físico: 1 (falso) a 5 (verdadero); P^a: significación de p arrojada desde el test *chi square*

Ahora bien, si observamos aquellos grupos que menos han valorado su forma física (valores 1 y 2 de la escala), destacan los grupos 4, con un 19,3% de la población y 5, con un 14,8%.

2.2. Correlaciones bivariadas fase I

A continuación, procedemos a realizar una serie de correlaciones entre diferentes variables analizadas previamente, teniendo en cuenta que ante variables dicotómicas (sí-no y hombre-mujer) el “sí” se ha valorado como “1” y el “no” como “2”, así como el “hombre” como “1” y la “mujer” como “2”, tal y como se recogía en el apartado de metodología.

2.2.1. Nivel y cantidad de actividad física-práctica o no práctica actividad física-deportiva

La práctica de AF en el último año presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa de baja magnitud con el nivel bajo de AF (-,164), por lo que muestra a su vez dicha correlación con los METs gastados en AF vigorosa (-,293), debiendo resaltar la correlación significativa ($p < 0,001$) inversa de magnitud media con los METs gastados en AF moderada (-,359).

Tabla 68 Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y la práctica de AF durante el último año en población sevillana adulta y adulta mayor ($n=1002$)

Conducta frente a AF	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Práctica último año	-,164**	-,187**	,056	,089*

Nota: IPAQ: Cuestionario internacional de actividad física; *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

2.2.2. Nivel y cantidad de actividad física-forma de traslado a la ocupación habitual

En el análisis realizado sobre el nivel de actividad y la forma de traslado a la ocupación habitual, observamos que existe una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, con una relación de magnitud baja entre el nivel bajo de actividad física y el traslado en transporte privado (-,122).

Asimismo, nos encontramos con una correlación significativa ($p < 0,05$) de magnitud baja entre el nivel medio de actividad física y el traslado en transporte privado (,088).

Tabla 69 Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y la forma de traslado hacia la ocupación principal de la población sevillana adulta y adulta mayor ($n=1002$)

Forma de transporte	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Transporte a pie o bicicleta	-,006	,034	-,055	,032
Transporte público	,007	-,043	-,047	,021
Transporte privado	-,063	-,122**	,088*	,000

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Del mismo modo, tras analizar la cantidad de actividad física, así como el sedentarismo, con respecto a la forma de traslado a la ocupación habitual, observamos

que existe una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, con una relación de magnitud baja en los minutos de AF de caminar (-,262), así como en los minutos totales (-,230) cuando el traslado se ha realizado a pie o en bicicleta, por lo que también existe una correlación significativa ($p < 0,05$) de magnitud baja en los METs de AF de caminar (-,262) y los METs de AF totales (-,219) con el traslado a pie o en bicicleta.

Tabla 70 *Correlación de Spearman entre la cantidad de actividad física/sedentarismo medido con el cuestionario IPAQ y transporte hacia la ocupación principal en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

Forma de transporte	METs AF vigorosa	METs AF moderada	METs AF caminar	METs AF totales	Minutos AF Vigorosa	Minutos de AF Moderada	Minutos de AF Caminar	Minutos de AF Totales	Minutos totales sentados
Transporte a pie o bicicleta	,015	,028	-,262*	-,219*	,015	,028	-,262**	-,230**	-,016
Transporte público	,056	,011	-,018	,043	,056	,011	-,018	,030	-,023
Transporte privado	-,022	-,055	,111*	,041	-,081*	-,086*	,174**	,097**	,087**

Nota: Según IPAQ METs gastados por realización de actividad física vigorosa, moderada caminar y totales en una semana. Minutos empleados en una semana en la realización de actividad física vigorosa, moderada y totales. Minutos totales empleados en estar sentados en una semana. *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Por otro lado, observamos que existe una correlación significativa ($p < 0,001$) de magnitud baja en los minutos de AF de caminar (,174) y los minutos de AF totales (,097) con el traslado en transporte privado, así como entre los minutos totales sentados y el traslado en transporte privado (,087).

Respecto a los minutos de AF vigorosa y los minutos de AF moderada, presentan una correlación significativa ($p < 0,05$) inversa, de magnitud baja, con el traslado en transporte privado (-,081 y -,086 respectivamente), así como una correlación positiva ($p < 0,05$) y baja de los METs de AF de caminar con el transporte privado (,111).

2.2.3. Nivel y cantidad de actividad física-comportamiento/conducta

Nivel y cantidad de actividad física-grado de importancia de la PAFYD.

Los resultados observados a continuación, nos indican que existe una correlación significativa ($p < 0,001$) de magnitud baja entre la importancia que le dan las personas a la actividad física y las categorías del IPAQ (,200). Así pues, existe una correlación muy significativa ($p < 0,001$) de magnitud baja entre la citada importancia y un nivel

bajo de AF (.175¹), mostrándose del mismo modo dicha correlación de la importancia dada a la AF por las personas con los METs de AF vigorosa y moderada (.218 y .178).

Del mismo modo, existe una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, de magnitud baja, entre la importancia dada a la AF y el nivel alto de AF (-.145), así como con los minutos totales que pasan sentados a la semana (-.232).

Nivel y cantidad de actividad física-intención de seguir practicando

En cuanto a la intención de seguir practicando, igualmente presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa de baja magnitud con el nivel bajo de AF (-.288), así como existe una correlación significativa ($p < 0,001$) de baja magnitud entre la intención de seguir practicando AF y los niveles medio y alto de AF (.116 y .106).

Así pues, atendiendo a los resultados anteriores, la intención de seguir practicando presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) e inversa, de baja magnitud con los METs de AF vigorosa y moderada (-.160 y -.236), y por consecuente con los minutos de AF vigorosa y moderada. Igualmente presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) y positiva de magnitud baja con los METs de AF caminar (.130), así como con los minutos totales que pasan sentados (.232).

Tabla 71 *Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y la conducta frente a la AF en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

Conducta frente a AF	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Autoimportancia AF	,200**	,175**	,004	-,145**
Intención de seguir practicando AF	-,230**	-,288**	,116**	,106**
Intención de Comenzar a practicar AF	-,119**	-,118**	,011	,077*
Abandono de práctica de AF	,024	,002	,028	-,030

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Nivel y cantidad de actividad física-interés por comenzar a practicar.

Respecto a la variable que analiza la intención de comenzar a practicar actividad física presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) e inversa, de baja magnitud, con el nivel bajo de AF (-.118), así como una correlación significativa ($p < 0,05$) de baja magnitud con un nivel alto de AF (.077).

De esta manera, podemos decir que dicha intención de comenzar a practicar presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) de magnitud baja con los minutos totales sentados ($,172$), aunque también presenta una correlación significativa ($p < 0,05$) con los METs de AF de caminar ($,077$), así como una correlación significativa ($p < 0,05$) y negativa de baja magnitud con los METs de AF vigorosa ($-,072$).

Sin embargo, no hemos encontrado correlaciones entre las personas que abandonan la práctica de AF y los niveles y cantidad de AF medidos con el IPAQ según muestra la tabla anterior.

Nivel y cantidad de actividad física- personas de su entorno que practican.

Las correlaciones existentes entre las personas del entorno que practican AF con el nivel y cantidad de AF son las siguientes:

Ante un nivel bajo de AF existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) e inversas, de baja magnitud, con la pareja ($-,100$), los hijos ($-,120$), los hermanos ($-,137$), los compañeros de trabajo o de estudios ($-,146$) y los amigos ($-,182$). Sin embargo, ante un nivel alto de AF existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) de magnitud baja con los amigos ($,124$), los hermanos ($,126$) y los compañeros de trabajo o estudios ($,126$), así como existe una correlación significativa ($p < 0,05$) de magnitud baja del nivel medio de AF con los hijos ($,100$).

Asimismo, existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) y negativas con magnitud baja, entre los METs de AF vigorosa y moderada con los amigos ($-,183$ y $-,140$), así como con los compañeros de trabajo o de estudios ($-,207$ y $-,097$) y el padre, aunque este último expresa una correlación significativa ($p < 0,001$) y negativa con baja magnitud, con los METs de AF vigorosa ($-,147$), y una correlación significativa ($p < 0,05$) y negativa, de baja magnitud con los METs de AF moderada ($-,092$).

Tabla 72 *Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y las personas del entorno de la población sevillana adulta y adulta mayor que practican actividad física (n=1002)*

Personas del entorno que practican AF	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Madre	-,086*	-,066	-,022	,070
Padre	-,069	-,076	,009	,043
Hijos/as	-,057	-,120**	,100**	-,016
Hermanos/as	-,166**	-,137**	-,013	,126**
Pareja	-,080*	-,100**	,038	,038
Amigos	-,187**	-,182**	,017	,124**
Compañero de trabajo/estudios	-,170**	-,146**	-,012	,126**

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

En esta misma línea, si la persona que practica en su entorno es la madre, ésta presenta una correlación significativa ($p < 0,05$) y negativa, de magnitud baja con los METs de AF vigorosa y moderada (-,075 en ambas), así como también presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) y positiva de baja magnitud con los METs de AF caminar (,102).

Así pues, teniendo en cuenta los METs de AF caminar, éstos presentan también correlaciones significativas ($p < 0,001$) de baja magnitud con la pareja (,106), los compañeros de trabajo o de estudios (,109) y los amigos (,121), al igual que la madre, comentada anteriormente, pasando a tener en este caso el padre una correlación positiva ($p < 0,05$) de baja magnitud con los METs de AF caminar (,091).

Por último, señalar que los minutos totales de estar sentados, presentan correlaciones significativas ($p < 0,001$) de baja magnitud con los compañeros de trabajo o de estudios (,094), los amigos (,123), los hermanos (,133) y los hijos (,235); así como con la madre presenta una correlación significativa ($p < 0,05$) de baja magnitud (,078).

2.2.4. Nivel y cantidad de actividad física-salud percibida

Nivel y cantidad de actividad física-estado de salud y de ánimo durante el último año

Ante las citadas variables indicar que sólo existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) de baja magnitud entre la percepción del estado de salud y el nivel bajo de AF (,295), así como existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) y negativas de baja magnitud con el nivel alto de AF (-,201).

Tabla 73 *Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y la salud percibida en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

Sensaciones percibidas	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Percepción salud hoy	,305**	,295**	-,029	-,201**
Intranquilidad	-,029	-,023	-,003	,023
Tristeza	,018	,022	-,008	-,008
Cansancio	-,018	,019	-,047	,038
Animado	-,040	,017	-,068	,065
Mal genio	-,018	-,020	,007	,009

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Ahora bien, al analizar la cantidad de AF, observamos que existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) y de baja magnitud entre la percepción del estado de salud y los METs de los diferentes tipos de AF y por consecuente con los minutos de las diferentes actividades físicas tal y como exponemos a continuación: METs AF caminar (,103), METs AF moderada (,196), METs AF vigorosa (,220), METs AF totales (,186).

Asimismo, existe una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, de magnitud baja, entre los minutos totales sentados y la percepción del estado de salud (-,212), así como con las sensaciones de tristeza (-,098) y cansancio, aunque esta última presenta una correlación significativa inversa (-,076) de una $p < 0,05$.

Nivel y cantidad de actividad física-días de enfermedad

Los días de enfermedad durante el último año, junto con los días en los que la enfermedad impidió asistir a la ocupación habitual presentan una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, de baja magnitud con el nivel bajo de AF.

Tabla 74 *Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y enfermedad en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

Enfermedad	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Días enfermo/a	-,224**	-,195**	-,009	,164**
Días de baja por enfermedad	-,210**	-,196**	,010	,144**

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Sin embargo, ambas variables presentan una correlación significativa ($p < 0,001$) positiva, de magnitud baja, con un nivel alto de AF.

En cuanto a la cantidad de AF, existe una correlación significativa ($p<0,001$) inversa de baja magnitud, entre el número de días de enfermedad y los METs de AF caminar y por consiguiente de los minutos de AF caminar (-,098); así como una correlación significativa ($p<0,05$) inversa de baja magnitud entre los días de enfermedad y los METs y minutos de AF totales (-,085).

En cuanto a los minutos totales sentados, podemos decir que presenta una correlación significativa ($p<0,001$) positiva de baja magnitud, tanto con el número de días de enfermedad (,197), así como los días de ausencia de la ocupación habitual por enfermedad (,169).

2.2.5. Nivel y cantidad de actividad física-características sociodemográficas

Como podemos observar a continuación, existen correlaciones significativas ($p<0,001$), negativas y de magnitud media entre la edad de los sujetos de la población de estudio y las categorías del IPAQ, de manera que un nivel bajo de AF presenta una correlación significativa ($p<0,001$), negativa y de magnitud baja con la edad, así como un nivel alto de AF presenta una correlación significativa ($p<0,001$), positiva y de magnitud baja con la misma.

Asimismo, hemos observado una correlación significativa ($p<0,05$), positiva y de magnitud baja entre el nivel medio de AF y el sexo de la población.

Tabla 75 *Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y enfermedad en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

Características Sociodemográficas	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Sexo	-,041	-,015	-,070*	-,065
Ocupación	-,053	-,056	,008	,031
Edad	-,326**	-,285**	-,005	,238**

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

De esta manera, podemos decir que la edad presenta una correlación significativa ($p<0,001$), negativa y de baja magnitud con los METs de AF vigorosa (-,278), moderada (-,227) y totales (-,100), y por consiguiente, con los minutos de las actividades mencionadas. A su vez también está correlacionada significativamente

($p < 0,05$), de manera positiva y con una magnitud baja, con los minutos totales sentados (,081).

Respecto al sexo, indicar que tiene una correlación significativa ($p < 0,001$), negativa y de baja magnitud con los METs de AF vigorosa y con los minutos de AF vigorosa (-,151), al igual que la presenta la ocupación con los METs de AF vigorosa (-,082), y los METs de AF moderada (-,084), siendo en estos casos significativa con una $p < 0,05$.

Los METs de AF caminar están correlacionados significativamente ($p < 0,05$), de manera positiva y de baja magnitud con la ocupación de los sujetos estudiados (,078).

2.2.6. Características sociodemográficas-practica o no practica actividad físico-deportiva

La práctica de actividad física durante el último año, presenta una correlación significativa ($p < 0,001$), positiva de baja magnitud, con el sexo (,111) y la edad de los sujetos (,116), objeto de estudio.

2.2.7. Características sociodemográficas-estilo de vida

Características sociodemográficas-traslado a su ocupación habitual

En cuanto a la forma en la que se traslada la población a su ocupación habitual, hemos observado que existen correlaciones significativas ($p < 0,001$) inversas, de magnitud baja, entre el transporte a pie o en bicicleta con el sexo, la ocupación y la edad, al igual que presentan dicha correlación el transporte público con el sexo y la ocupación.

En cambio, el transporte privado presenta correlaciones significativas ($p < 0,001$), positivas y de baja magnitud con las tres variables sociodemográficas.

Tabla 76 Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y los estilos de vida (transporte hacia la ocupación principal) en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)

	Transporte a pie o bicicleta	Transporte público	Transporte privado
Sexo	-,102**	-,170**	,236**
Ocupación	-,109**	-,159**	,255**
Edad	-,160**	-,030	,261**

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

2.2.8. Características sociodemográficas-comportamiento hacia la AF

Características sociodemográficas-grado de importancia de la AF.

El grado de importancia dado a la AF presenta una correlación significativa ($p < 0,001$), negativa de baja magnitud, con el sexo (-,084) y la edad de los sujetos estudiados (-,104).

Características sociodemográficas-intención de seguir practicando.

Asimismo, la intención de seguir practicando también muestra una correlación significativa ($p < 0,05$), de baja magnitud, con el sexo (,069) y una correlación significativa ($p < 0,001$) con la edad de los sujetos (,188).

Características sociodemográficas-intención de comenzar a practicar AF.

Sin embargo, la intención de comenzar a practicar AF muestra una correlación significativa ($p < 0,001$) de baja magnitud, sólo con la edad (,253).

Características sociodemográficas-abandono de práctica de AF.

Por último indicar cómo el abandono de práctica de AF está correlacionado significativamente ($p < 0,001$), con una magnitud baja, con la ocupación (,096), así como presenta una correlación significativa ($p < 0,05$) de baja magnitud con el sexo (,088).

Tabla 77 *Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y la conducta frente a la AF en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)*

	Autoimportancia AF	Intención de seguir practicando AF	Intención de comenzar a practicar AF	Abandono de práctica de AF
Sexo	-,084**	,069*	,003	,088*
Ocupación	-,044	,054	-,011	,096**
Edad	-,104**	,188**	,253**	-,004

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

2.2.9. Características sociodemográficas-salud percibida

Características sociodemográficas-estado de salud y estado de ánimo durante el último año

Atendiendo a las características sociodemográfica, hemos de destacar la correlación significativa ($p<0,001$) inversa, de magnitud media existente entre la edad y el estado de salud percibido (-,323).

El sexo, presenta una correlación significativa ($p<0,001$), negativa y de baja magnitud con el citado estado de salud percibido (-,088), al igual que presenta una correlación significativa ($p<0,05$), positiva de magnitud baja con la sensación de cansancio (,074).

Respecto a la ocupación, presenta al igual que el sexo, una correlación significativa ($p<0,05$), negativa y de baja magnitud con el estado de salud percibido (-,065), así como una correlación significativa ($p<0,05$), positiva de magnitud baja con la sensación de cansancio (,072) y de estar animado (,089).

Tabla 78 Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y la salud percibida en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)

Características sociodemográficas	Percepción salud hoy	Sensación de intranquilidad	Sensación de tristeza	Sensación de cansancio	Sensación de estar animado	Sensación de mal genio
Sexo	-,088**	-,003	,015	,074*	,036	-,006
Ocupación	-,065*	,040	,039	,072*	,089**	,011
Edad	-,323**	,010	-,037	-,028	,015	,025

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Características sociodemográficas-días de enfermedad y días de ausencia a la ocupación habitual

La edad y la ocupación, ambas variables, presentan una correlación significativa ($p<0,05$) de baja magnitud con el número de días que estuvieron enfermos en el último año, así como la ocupación, presenta a su vez dicha correlación con el número de días que su ausentaron de su ocupación habitual por enfermedad tal y como podemos apreciar a continuación.

Tabla 79 Correlación de Spearman entre las características sociodemográficas y enfermedad en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)

Características sociodemográficas	Días de Enfermedad	Días de ausencia ocupación por enfermedad
Sexo	,029	,010
Ocupación	,070*	,078*
Edad	,073*	,012

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

2.2.10. Correlaciones entre salud percibida-práctica de AF-comportamiento y estilo de vida

A continuación, exponemos las diferentes correlaciones existentes entre variables de diferentes dimensiones, entre las cuales cabe reseñar la correlación significativa ($p < 0,001$), negativa y de magnitud moderada entre la percepción del estado de salud y el número de días que estuvieron enfermos en el último año (-,331).

Asimismo, dicha percepción del estado de salud presenta a su vez correlaciones significativas ($p < 0,001$) inversas y de magnitud baja con el número de días ausentes en su ocupación habitual por enfermedad (-,274), así como con la práctica de AF en el último año (-,169) y la intención de seguir practicando (-,192). Por último, dicha variable también está correlacionada de manera muy significativa ($p < 0,001$) con baja magnitud, con el grado de importancia que le dan a la AF (,161), así como con el uso del transporte privado para trasladarse a su ocupación habitual (,082).

Por otra parte, las variables que expresan el estado de ánimo de las personas nos indican la existencia de correlaciones significativas ($p < 0,001$), inversas y de baja magnitud entre la sensación de tristeza y el número de días enfermo (-,088), así como la sensación de intranquilidad y el número de días ausentes de la ocupación habitual por enfermedad (-,085). Del mismo modo, existen correlaciones significativas ($p < 0,05$) inversas, de baja magnitud, entre la sensación de tristeza el número de días ausentes de la ocupación habitual por enfermedad (-,078), así como entre la sensación de intranquilidad y el número de días ausentes de la ocupación habitual por enfermedad (-,079).

Tabla 80 *Correlación de Spearman entre la Salud Percibida, la conducta hacia la AF y la práctica de AF (n=1002)*

Percepción de Salud	Días enfermo	Días ausencia ocupación por enfermedad	Autoimportancia AF	Práctica último año
Percepción Salud Hoy	-,331**	-,274**	,161**	-,169**
Intranquilidad	-,079*	-,085**	-,013	-,025
Tristeza	-,088**	-,078*	,034	,012
Cansancio	-,045	-,017	,044	,009
Animado	-,004	,004	,001	,015
Mal genio	-,025	,016	,019	-,013

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Tabla 81 Correlación de Spearman entre la Salud Percibida, la conducta hacia la AF y el estilo de vida (n=1002)

Percepción de Salud	Intención de seguir practicando AF	Intención de Comenzar a practicar AF	Abandono de práctica de AF	Transporte a pie o bicicleta	Transporte público	Transporte privado
Percepción Salud Hoy	-,192**	-,022	-,030	,045	-,047	,082**
Intranquilidad	-,006	,024	,002	,043	-,034	-,008
Tristeza	-,037	,000	,007	,041	-,008	,015
Cansancio	-,014	-,053	,005	,096**	-,023	-,040
Animado	,038	,020	,002	-,013	,033	-,018
Mal genio	,012	,003	,057	,083**	-,006	-,031

Nota: *la correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001

Por último, indicar la correlación significativa ($p < 0,001$) de baja magnitud, entre la sensación de cansancio ($,096$) y mal genio ($,083$) con el uso del transporte a pie o a bicicleta para trasladarse a su ocupación habitual.

2.3. Asociaciones (odd ratio) fase I

2.3.1. Asociaciones entre las diferentes variables del estudio y el nivel de actividad física.

A continuación, presentamos una serie de asociaciones existentes entre variables a través de los Odds Ratios (OR), para intentar conocer la probabilidad de que se dé esa variable en función de un factor, o bien que el factor de exposición sea un protector.

En este sentido, podemos indicar que entre las variables del estilo de vida y el nivel de AF, nos encontramos que las personas que se trasladan a su ocupación habitual en transporte privado están asociadas de manera significativa ($p < 0,001$) a que tengan un nivel bajo de AF con un OR de $,0424$.

En cambio, si analizamos variables de comportamiento con dichos niveles de práctica, observamos que aquellos que tienen intención de seguir practicando actividad física presentan asociaciones significativas con los tres niveles de práctica de AF (nivel bajo y medio $p < 0,001$; nivel alto $p < 0,05$), presentando mayor probabilidad el nivel

medio con un OR de 2,013, aunque el nivel alto muestre una mayor asociación (OR: 2,551).

No obstante, las personas que han practicado AF en los últimos doce meses, presentan una asociación significativa ($p < 0,05$) con el nivel alto con un OR de 1,529, así como también presenta una asociación significativa ($p < 0,001$) con el nivel bajo, con un OR de 0,314, siendo superiores las asociaciones que expondremos a continuación con variables de condición física y salud, aunque las asociaciones comentadas se dan en la misma línea con aquellas personas que quieren comenzar a practicar otra AF con un OR en el nivel alto de 1,434 ($p < 0,05$).

Ante el análisis de variables relacionadas con la condición física y la salud, nos encontramos que sentirse bien físicamente presentan asociaciones significativas ($p < 0,001$) con los tres niveles de práctica de AF, presentando mayor probabilidad el nivel alto con un OR de 4,479, seguido del nivel medio (OR: 4,357).

Asimismo, las personas que no están contentas con su condición física presentan una asociación significativa ($p < 0,001$) con el nivel bajo y alto, siendo mayor en el nivel bajo (OR: 3,486).

Sin embargo, podemos decir que las personas que sí están contentas con su condición física presentan una asociación significativa ($p < 0,001$) con el nivel bajo y medio, siendo mayor en el nivel medio (OR: 3,673).

Tabla 82 Asociación entre las diferentes variables del estudio y el nivel de actividad física
($n=1002$)

DIMENSIÓN	NIVEL BAJO OR (95%IC)	NIVEL MEDIO OR (95%IC)	NIVEL ALTO OR (95%IC)
Estilos de vida			
Traslado en bicicleta o a pie	1,225 (.820 a 1,831) 55	,795 (.599 a 1,054) 44,2	1,164 (.845 a 1,603) 53,8
Traslado en transporte público	1,338 (.840 a 2,131) 57,2	,790 (.561 a 1,111) 44,1	1,126 (.764 a 1,658) 52,9
Traslado en transporte privado	,424**(.260 a ,693) 29,7	1,475* (1,090 a 1,996) 59,6	,999 (.714 a1,398) 49,9
Estado de salud actual			
Muy intranquilo	,800 (.413 a 1,551) 44,4	,978 (.633 a 1,512) 49,4	1,178 (.729 a 1,903) 54
Muy triste	1,286 (.586 a 2,821) 56,2	,936 (.517 a 1,693) 48,3	,921 (.462 a 1,838) 47,9
Muy cansado	1,183 (.656 a 2,134) 54,1	,748 (.489 a1,144) 42,8	1,304 (.815 a 2,086) 56,6
Muy animado	1,118 (.708 a 1,765)	,726*(.526 a 1,003)	1,407 (.983 a

	52,8	40	2,013) 58,4
Muy mal genio	,731 (,255 a 2,097)	1,068 (,546 a 2,087)	1,106 (,529 a
	42,2	51,6	2,312) 52,5
Conducta/comportamiento			
Practica AF últimos 12 meses	,314** (,203 a ,486)	1,260 (,951 a 1,669)	1,529* (1,105 a
	23,9	55,7	2,115) 60,4
Intención seguir practicando	,164** (,103 a ,262)	2,013** (1,326 a	2,551* (1,365 a
	14,1	3,056) 66,8	4,767) 71,8
Comenzar otra AF	,475** (,306 a ,736)	1,049 (,789 a 1,394)	1,434* (1,041 a
	32,2	51,1	1,976) 58,9
Dejado_practicar_AF_5 últimos años	1,011 (,625 a 1,633)	1,129 (,812 a 1,569)	,863 (,594 a 1,253)
	50,3	53	46,3
Razones de práctica de actividad física			
Realiza por diversión	1,606 (,0209 a 12,370) 38,37	,938 (,370 a 237) 51,59	,941 (,356 a 2,484) 51,51
Realiza por relaciones sociales	,831 (,278 a 2,484) 54,61	,964 (,509 a 1,825) 50,91	1,117 (,559 a 2,232) 47,23
Realiza por mantener la línea	1,069 (1,042 a 1,096) 48,33	1,003 (,436 a 2,307) 49,92	,690 (,299 a 1,594) 59,17
Realiza por Salud	,420 (,089 a 1,981) 70,42	1,643 (,542 a 4,980) 37,83	,840 (,254 a 2,781) 54,34
Realiza por desconectar	1,063 (1,037 a 1,090) 48,47	1,141 (,487 a 2,672) 46,70	,607 (,258 a 1,427) 62,27
Realiza por competición	,531 (,255 a 1,105) 65,31	,641* (,429 a ,959) 60,93	2,105** (1,351 a 3,280) 32,20
Realiza por atractivo físico	1,032 (,383 a 2,780) 49,21	,781 (,449 a 1,360) 56,14	1,317 (,721 a 2,405) 43,15
Realiza por carrera deportiva	,848 (,391 a 1,840) 54,11	,711 (,472 a 1,072) 58,44	1,550 * (1,004 a 2,392) 39,21
Condición física			
Contento con condición física	,129 ** (,071 a ,233) 88,57	3,673** (2,015 a 6,695) 21,39	1,482 (,708 a 3,101) 40,29
No contento con condición física	3,486** (1,949 a 6,234) 22,29	1,054 (,778 a 1,429) 48,64	,511** (,367 a ,713) 66,18
Me siento bien físicamente	,067** (,035 a ,130) 93,70	4,357** (2,243 a 8,464) 18,66	4,479** (1,371 a 14,625) 18,25

Nota: OR: Odd ratio; 95%CI: 95% Intervalo de confianza; *: valor de significación de $p < ,05$; **: valor de significación de $p < ,001$; χ^2 p procedente del análisis chi square. % = probabilidad de asociación, calculado como $1/(1+OR)$

2.4. Análisis descriptivo fase II

A continuación, procedemos a analizar de forma descriptiva las variables estudiadas en la fase II, para lo cual compararemos los resultados de dicha fase con los obtenidos por los mismos sujetos de la fase I que practicaban AFYD según variables analizadas por Chacón (2011) y así poder conocer la tendencia que ha tenido el grupo tras el transcurso de los años.

2.4.1. Práctica o no de actividad físico deportiva en los últimos 12 meses

Las personas encuestadas en esta segunda fase nos indican que el 82,8% sigue practicando actividad físico-deportiva en los últimos 12 meses, mientras que el 17,2% no lo ha hecho, aunque como veremos posteriormente, sólo el 4,7% ha abandonado la práctica de AF tras los siete años.

Tabla 83 *Practica o ha practicado durante los últimos doce meses alguna actividad físico-deportiva de la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=64)*

Año 2014		
Motivos	Frecuencia	Porcentaje
SI	53	82,8
No	11	17,2

2.4.2. Tipos de actividades físico deportivas más practicadas.

Las actividades físico-deportivas más practicadas en esta segunda fase son: el footing o jogging con un 29,7% de la población, un 12,5% más que los resultados obtenidos en la primera fase.

En segundo lugar, nos encontramos un porcentaje del 23,4% de la población, quienes practican ciclismo, bicicleta, así como los que indican caminar más de diez minutos. En el caso del ciclismo coinciden en porcentajes con los anteriores resultados, existiendo un incremento de un 6,2% en la práctica de caminar más de diez minutos.

Así pues, parece existir una tendencia de práctica de actividades físico-deportivas más suaves a nivel de intensidad, que le permitan una práctica más regular y durante más tiempo, dado que en el resto de actividades (atletismo, fútbol, fútbol sala, gimnasia deportiva, natación y tenis entre otras), existe un descenso en el porcentaje de la población que lo practican.

Por lo tanto, de las actividades que se practican menos en la segunda fase, cabe mencionar, entre otras, la natación, con un descenso del 10,9%, el fútbol sala con un descenso del 9,4%, así como el fútbol y el tenis con un descenso del 7,8% cada una.

Tabla 84 Tipo de práctica de actividades físico-deportivas de la población sevillana adulta y adulta-mayor * (n=64)

Actividades Físicas practicadas	Año	
	2007	2014
Aeróbico, gimnasia de mantenimiento	10,9	6,3
Atletismo	6,3	1,6
Bailes	4,7	1,6
Baloncesto	4,7	0
Balonmano	3,1	1,6
Boxeo	0	1,6
Caminar (más de 10 minutos)	17,2	23,4
Footing, jogging	17,2	29,7
Ciclismo, bicicleta	23,4	23,4
Fútbol/fútbol 7	15,6	7,8
Fútbol sala	9,4	0
Musculación	9,4	9,4
Senderismo	1,6	1,6
Natación	20,3	9,4
Pádel	4,7	1,6
Tenis	10,9	3,1
Yoga	6,3	1,6
Pilates	0	4,8

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%).

2.4.3. Frecuencia de práctica de la actividad físico-deportiva más realizada

Los resultados obtenidos relativos a la frecuencia de práctica de aquellas actividades físico-deportivas que más frecuentemente son realizadas por la población objeto de estudio en esta fase, nos muestran una tendencia de aumento en la frecuencia mostrada como más alta (más de 2 veces por semana), con un aumento del 6,3%.

Asimismo, ha existido un 12,5% de disminución en la frecuencia de práctica “de una vez al mes a una vez por semana”, así como un 11% en la frecuencia de dos veces por semanas. Ambas disminuciones como consecuencia del menor número de personas que practican en la fase II, tal y como mencionamos anteriormente, así como por el pequeño incremento llevado a cabo en la escala de frecuencia 4.

Dichos resultados, podrían estar en consonancia con la asociación comentada en la fase I entre la intención de seguir practicando y un nivel medio (2,013** (1,326 a 3,056) 66,8) y alto de actividad física (2,551* (1,365 a 4,767) 71,8), dado que aquellas personas que han continuado su práctica lo han hecho incluso aumentando su frecuencia, pudiendo encontrarse según los METs en uno de los tres niveles de AF según las categorías del IPAQ.

Tabla 85 Frecuencia de práctica de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente realiza la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=64 [2007] y n=53 [2014])

Escala de frecuencia	Año	
	2007	2014
1	0,0	0,0
2	17,2	4,7
3	21,9	10,9
4	60,9	67,2

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de frecuencia de practica de AF (1: <1vez al mes, 2: de 1 vez al mes a 1 vez por semana, 3: 2 veces a la semana, 4: más de 2 veces por semana).

2.4.4. Intensidad de práctica de la actividad físico-deportiva más realizada

Respecto a la intensidad de práctica, nos encontramos que a pesar de haber existido un pequeño aumento en la frecuencia de más de dos veces al día, no podemos decir que la intensidad también haya aumentado, puesto que ha existido una disminución del 12,5% en la escala de intensidad “2”, así como de un 3,2% en la escala “3”.

De esta manera podemos indicar la existencia de una tendencia a la disminución de la intensidad, así como que el 90,9% de la personas que han abandonado la práctica de AF tras el estudio en la fase II que indicaron en la fase I realizar actividad física en la escala “1” de intensidad, en el 2014 se ha reducido en un 1,6 el porcentaje de población que practica en esta intensidad 1 con respecto al 2007.

Dichos resultados nos corrobora que las personas que continúan practicando, lo hacen a menor intensidad.

Tabla 86 Intensidad de práctica de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente realiza de la población sevillana adulta y adulta-mayor * (n=64 [2007] y n=53 [2014])

Escala de intensidad	Año	
	2007	2014
1	68,8	67,2
2	25,0	12,5
3	6,3	3,1

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%); Escala de frecuencia de AF practicada (1: puede realizar la AF durante una hora o más sin cansarse, 2: hace aumentar su nivel de respiración y latido del corazón, como caminar rápido, y produce cansancio tras 15 ó 30 minutos, 3: realiza la AF al casi máximo esfuerzo y produce fatiga después de algunos minutos, como correr rápido).

2.4.5. Duración de la práctica de actividad físico-deportiva más realizada

Del mismo modo, podemos observar la tendencia de la disminución de la duración de la actividad físico-deportiva, al igual que la intensidad, de manera que se mantiene el 6,3 % de las personas que lo practican de 15 a 30 minutos y el 10,9% de las personas que lo practican de 30 a 45 minutos, mientras que existe una disminución del 9,4% (2007: 37,5%; 2014: 28,1%) en las personas que lo practican de 45 a 60 minutos y del 7,8% menos, en las personas que lo practican más de una hora.

Tabla 87 Duración de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente practica la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=64 [2007] y n=53 [2014])

Duración	Año	
	2007	2014
De 15 a 30 minutos	6,3	6,3
De 30 a 45 minutos	10,9	10,9
De 45 a 60 minutos	37,5	28,1
Más de 1 hora	45,3	37,5

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%).

2.4.6. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva

Ahora bien, si observamos los motivos de práctica, podemos comprobar algunas pequeñas variaciones en la media de todas de las razones, tales como un pequeño aumento en el año 2014 en las razones de salud (7,28 [2.32]) y por desconectar (6,77 [2.33]), siendo las razones más valoradas junto con mantener la línea (6,19 [2.30]) y por diversión (5,94 [2.55]), a pesar de que hayan disminuido sus valores con respecto a los obtenidos años anteriores.

Tabla 88 *Motivos de práctica de la actividades físico-deportivas de la población sevillana adulta y adulta-mayor * (n=64 [2007] y n=53 [2014])*

Motivos de práctica								
Año	Diversión	Estar con amigos	Mantener la línea	Salud	Desconectar	Afán de competición	Mejorar atractivo físico	Hacer carrera deportiva
2007	6,84 (2.056)	6,55 (2.410)	6,75 (2.211)	7,05 (2.346)	6,59 (2.245)	3,39 (2.729)	5,98 (2.676)	2,41 (2.273)
2014	5,94 (2.553)	4,53 (2.764)	6,19 (2.304)	7,28 (2.324)	6,77 (2.334)	2,58 (2.214)	3,79 (2.844)	1,18 (1.616)

Nota: *Valores expresados como media (DE); Escala de razón por la que realiza actividad física-deportiva durante el último año (1, nada a 9, mucho. 0, no sabe/no contesta).

En cambio, observamos que la razón de mejorar el atractivo físico y estar con amigos son las razones que mayor disminución han sufrido en la media, pasando a ser de 3,79 (2.88) y 4,53 (2.76) respectivamente.

Tabla 89 *Motivos de práctica de la actividades físico-deportivas de la población sevillana adulta y adulta-mayor ordenadas según valoración*

	Orden	2007	2014
Motivos de práctica	1º	Salud	Salud
	2º	Diversión	Desconectar
	3º	Mantener la línea	Mantener la línea
	4º	Desconectar	Diversión
	5º	Estar con amigos	Estar con amigos
	6º	Mejorar atractivo físico	Mejorar atractivo físico
	7º	Afán de competición	Afán de competición
	8º	Hacer carrera deportiva	Hacer carrera deportiva

Así pues, mientras que el orden de razones de mayor a menor valoración en el 2007 eran salud, diversión, mantener la línea, desconectar, estar con amigos, mejorar atractivo físico, afán de competición y hacer carrera deportiva; en el 2014 las razones son salud, desconectar, mantener la línea, diversión, estar con amigos, mejorar atractivo físico, afán de competición y hacer carrera deportiva.

2.4.7. Motivos de abandono de práctica de actividad físico-deportiva

Ante los motivos o razones por las que la población estudiada dejó de practicar actividad física, hemos de indicar que en el año 2007, el 29,7% de los 64 sujetos

analizados para realizar la comparativa, indicaron algunos de los motivos que a continuación describiremos, mientras que en el año 2014 son el 56,3% de los sujetos estudiados, los que indican algún motivo por el que dejaron de practicar actividad física, ya sea de manera intermitente o abandono total en los últimos doce meses.

Así pues, podemos indicar que el principal motivo en ambos años ha sido la “falta de tiempo en el trabajo o en el colegio/estudios”, alcanzando en 2014 el 15,6% en dicha razón.

Tabla 90 *Motivos de abandono de práctica de las actividades físico-deportivas de forma intermitente en los doce meses, de la población sevillana adulta y adulta-mayor * (n=64)*

Motivos de abandono intermitente	Año	
	2007	2014
Porque me da pereza	1,6	1,6
Por problemas de salud	3,1	9,4
Por lesiones	3,1	4,7
Por falta de motivación	3,1	0
Por falta de tiempo en el trabajo o en el colegio/estudios	14,1	15,6
Por falta de tiempo por obligaciones familiares	3,1	12,5
Porque hago otras actividades en mi tiempo de ocio	1,6	0
Porque no hay instalaciones cerca (o las que hay no son apropiadas)	0	1,6
Otros	0	10,9

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%). En el apartado de “otros”, las razones señaladas por los encuestados han sido: por embarazo, por falta de tiempo en general, por enfermedad de un familiar, por periodo vacacional.

Por otro lado, observamos que el segundo motivo más indicado en el 2014, con un 9,4% más de diferencia con respecto al 2007, es “por falta de tiempo por obligaciones familiares”, donde un 12,5% de la población señala dicha razón como motivo de abandono.

A su vez podemos destacar cómo el 10,9% de la población del año 2014, indica “otros” motivos de abandono entre los que destaca el “inicio del periodo vacacional”, entre otros.

Por último, hemos de señalar cómo “por problemas de salud” adquiere un aumento del 6,3% en la fase II, alcanzando dicho motivo el 9,4% de la población que justifica el abandono de la práctica de actividad física en base al mismo, así como dejan de ser motivos de abandono la “falta de motivación” y “porque hago otras actividades en mi tiempo de ocio”.

2.4.8. Percepción del estado físico general

En cuanto a la percepción del estado físico, no existen diferencias significativas entre los resultados de ambos años, aunque tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla, en el año 2014 hay un aumento de un 15,2% en la escala valorada como “normal”, y por consiguiente una disminución en el resto de valores (de un 9,4% en la valoración del estado físico como “buena” y de un 3,1% en la escala “muy buena” y “mala”).

Tabla 91 *Percepción del estado físico general (sentimiento de bienestar físico) de la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=64)*

Escala	Año	
	2007	2014
Muy mala	1,6	0
Mala	10,9	7,8
Normal	25,0	42,2
Buena	42,2	32,8
Muy buena	20,3	17,2

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%).

De esta manera, podemos observar una disminución de la citada percepción en un 12,5% en el año 2014 si valoramos las escalas de “buena” y “muy buena”, dado que ambas suponen el 62,5% de la población en el año 2007 y el 50% de la población el año 2014, aunque en líneas generales no debemos considerar que sea mala, dado que ha existido una disminución de un 4,7% en los valores de “mala” y “muy mala”.

2.4.9. Estado de ánimo

Los resultados obtenidos en el 2014 presenta valores más positivos en líneas generales de los estados de ánimo con respecto a los del 2007, dado que la sensación de animado alcanza una media de 4,25 (0.83), así como el resto de sensaciones negativas disminuyen sus valores medios, entre las que podemos destacar la sensación de intranquilidad, cuya media desciende a un 1,95 (1.03) y la sensación de mal genio, que también desciende a un 1,81 (0.94).

Tabla 92 Estado de ánimo de la población sevillana adulta y adulta-mayor * (n=64)

Año	Estado de ánimo				
	Intranquilo	Triste	Cansado/a	Animado/a	De mal genio
2007	3,02 (1.279)	2,00 (1.168)	2,89 (1.210)	3,89 (0.838)	2,27 (0.996)
2014	1,95 (1.030)	1,80 (1.072)	2,86 (1.258)	4,25 (0.836)	1,81 (0.948)

Nota: *Valores expresados como media (DE); Escala de sensación percibida durante el último año (1, nada a 5, mucho).

2.4.10. Percepción del estado de salud

Los resultados obtenidos respecto al estado de salud en la segunda fase, nos muestra una disminución del 9% en la escala de valoración “muy bueno”, ya que un 15,6% de la población otorga dicho valor y, un aumento de un 9,4% en la valoración “bueno” (el 59,4% de la población). Por tanto en 2014 existe una diferencia de -1,6% con respecto a la fase I en la percepción “buena” o “muy buena” de su estado de salud general.

A su vez, podemos observar un pequeño incremento en la valoración “malo”, alcanzando un 4,7% de la población que indica tener dicha percepción.

Tabla 93 Percepción del estado de salud general de la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=64)

Escala	Año	
	2007	2014
Muy malo	1,6	0
Malo	1,6	4,7
Normal	20,3	20,3
Bueno	50,0	59,4
Muy bueno	26,6	15,6

Nota: *Valores expresados como porcentajes (%).

2.4.11. Práctica de actividad físico deportiva durante los últimos siete años

A continuación, procedemos a analizar una de las variables a estudiar en esta segunda fase para verificar la adherencia a la práctica de actividad física-deportiva tras siete años, donde podemos comprobar que la mayoría de la población encuestada, con un 71,9%, ha dejado de practicar actividad física en algún momento de este periodo de tiempo, o lo que es lo mismo, ha realizado un tipo de práctica intermitente.

Posteriormente también analizaremos el tiempo de dicha interrupción para poder concretar el grado de abandono de dicha práctica.

Así pues, podemos decir que sólo el 23,4% de la población ha seguido realizando actividad físico-deportiva de forma continuada y por otro lado, el 4,7% ha abandonado completamente la AF durante estos siete años.

Tabla 94 Práctica de actividad físico-deportiva transcurrido siete años de la población sevillana adulta y adulta-mayor (n=64)

Tipo de práctica	Frecuencia	Porcentaje
Continuada	15	23,4
Intermitente	46	71,9
Abandono	3	4,7

Nota: *Valores expresados como frecuencia y porcentajes (%)

Práctica de actividad físico deportiva tras siete años según el sexo.

Atendiendo al sexo, hemos de indicar que aunque no existen diferencias significativas, el 28,1% de las mujeres han seguido practicando de forma continuada frente al 18,8% de la población masculina.

Sin embargo, observamos que el 81,3% de los hombres ha abandonado la práctica de AF continuada aunque lo ha hecho de forma intermitente, frente al 62,5% de las mujeres. Sin embargo éstas últimas presentan un 9,4% de abandono total no existente en el caso de los hombres.

Tabla 95 Práctica de actividad físico-deportiva tras siete años de la población sevillana adulta y adulta-mayor (n=64)

Tipo de práctica	Sexo		P^a
	Hombre	Mujer	
Continuada	18,8	28,1	.112
Intermitente	81,3	62,5	
Abandono	-	9,4	

Nota: *Valores expresados como frecuencia y porcentajes (%); p^a : significación de p arrojada desde el test estadístico chi square

2.4.12. Tiempo de interrupción y motivos de la misma

Esta variable hace referencia al periodo de tiempo que las personas han abandonado la práctica de AF. Nos encontramos que el 67,2% de la población ha dejado de practicar durante el periodo de tiempo entre 2007-20014, entre uno y seis meses.

Ante dicha cifra, podemos considerar que son abandonos puntuales que pueden coincidir con circunstancias personales que se den en un momento determinado, como las que se exponen a continuación siguiendo lo indicado por las personas encuestadas: la interrupción de dicha práctica durante el periodo vacacional o por falta de tiempo; de ahí que el 50% de los motivos o razones de la citada interrupción se debe a otras circunstancias no enmarcadas en motivos de salud, económico y/o laboral.

El 15,2% de la población ha interrumpido la AF entre uno y dos años, así como otro 15,2% de la población, entre tres y cuatro años, lo cual nos indica que el 30,4% de la población ha abandonado la práctica entre uno y cuatro años, dentro de los siete años transcurridos.

Tabla 96 *Tiempo de interrupción de la actividad físico-deportiva, tras siete años, de la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=46)*

Año		
Mes/es	Frecuencia	Porcentaje
1	10	21,7
2-6	21	45,5
12-24	7	15,2
36-48	7	15,2
Más de 48	1	2,2

En cuanto a los motivos que han llevado a la población analizada a interrumpir su AF, observamos que el 34,8% de la población lo ha hecho por cuestiones de salud, de los cuales, el 57,1% interrumpió su AF de uno a seis meses.

Tabla 97 Razón de interrupción de la actividad físico-deportiva, tras siete años, de la población sevillana adulta y adulta-mayor* (n=46)

	Año	
Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Salud	16	34,8
Económica	2	4,3
Laboral	5	10,9
Otras circunstancias	23	50,0

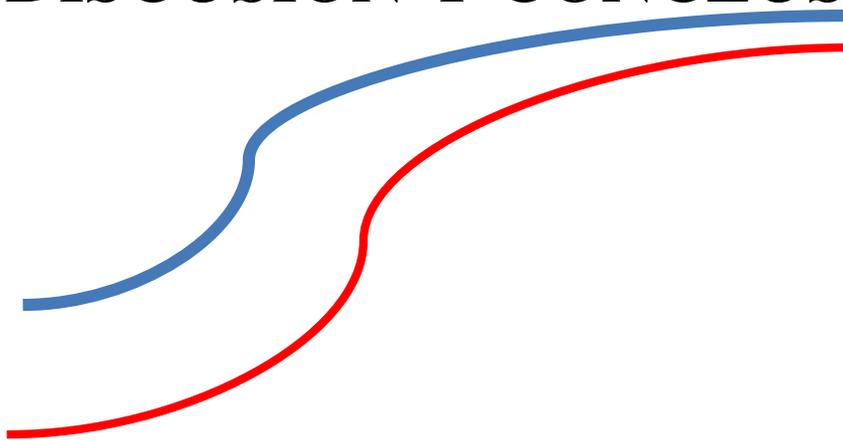
Nota: En el apartado de “otras circunstancias”, las razones señaladas por los encuestados han sido por falta de tiempo en general, por periodo vacacional, por enfermedad de un familiar, por ser madre.

Asimismo nos encontramos que el 10,9% de la población ha interrumpido su práctica de AF, por motivos laborales, de los cuales el 60% interrumpió su actividad de uno a seis meses.

Respecto al 50% de la población que indica como razón de la interrupción de la práctica “otras circunstancias”, las más especificadas son: “por vacaciones” y “por falta de tiempo”.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



1. Discusión

En el presente capítulo realizaremos una comparación de los resultados obtenidos en nuestro estudio con los reflejados en otras investigaciones, algunas de las cuales han sido recogidas en el Capítulo I del presente trabajo como antecedentes de investigación.

Asimismo, contrastaremos y discutiremos los resultados obtenidos, teniendo en cuenta que nuestro estudio se enmarca y se desarrolla en la población adulta y adulta mayor de Sevilla, por lo que no pretendemos sobredimensionar los resultados, sino discutir la coherencia y las contradicciones fundamentales de los datos obtenidos.

1.1. Dimensión: Práctica de AFYD y sedentarismo

En relación a la discusión sobre los resultados obtenidos mediante el IPAQ sobre el nivel de AF, debemos tener en cuenta las limitaciones propias de este instrumento, comentadas en el Capítulo II, que apuntan al sesgo de recordar la AF realizada por los sujetos (Kriska & Caspersen, 1997), así como la tendencia de sobreestimación de la AF.

Así pues, el presente estudio nos indica que la población analizada es predominantemente activa (nivel de AF medio y alto), un 86,7% de la población, los resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez-Romo et al. (2011) y Ruiz, De Vicente, & Vegara (2012).

De esta manera, uno de los hallazgos del presente estudio nos indica que el 13,3% de la población no alcanza los niveles recomendados por la O.M.S. (2010) relativos a la actividad física, dado que el porcentaje señalado realizan una actividad física, que según el IPAQ se categoriza como de nivel bajo de AF, puesto que: no realizan al menos 3 días o más de actividad vigorosa de al menos 20 minutos, o 5 días o más de actividad moderada o caminar al menos 30 minutos por día, o 5 o más días de combinación de caminar, intensidad moderada o vigorosa llegando al menos a 600 METs a la semana. Dicha recomendación viene a simplificarse de manera similar en la realización de 150 minutos a la semana de actividad aeróbica de intensidad moderada (3-6 METs), o 75 minutos por semana de actividad vigorosa (> 6 METs), o equivalente.

Nuestros resultados sobre el nivel de práctica de la población adulta y adulta mayor son bastantes inferiores a los obtenidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-12, tanto a nivel nacional como autonómico, dichos resultados se encuentran veintiocho puntos porcentuales por debajo de los obtenidos en la población andaluza y veinte puntos porcentuales por debajo de la media nacional.

Se puede observar según nuestros resultados, que seis de cada siete adultos cumple las recomendaciones mínimas de actividad física, frente a dos de cada tres a nivel nacional y cuatro de cada cinco adultos residentes en la Comunidad de Madrid, según el estudio de Rodríguez et al., (2011).

Así pues, nuestro estudio no se acerca a los valores indicados en las estimaciones internacionales, donde el 31% de la población mundial y el 35% de la población Europea no contempla las recomendaciones o directrices de práctica marcadas por la O.M.S. (Hallal et al., 2012).

Del mismo modo, no hemos encontrado diferencias significativas según el sexo en el citado nivel de AF, al igual que los resultados obtenidos en la ENSE 2011-12 y por Rodríguez-Romo et al., (2011), aunque en nuestro estudio son las mujeres las que cumplen dichas recomendaciones con una frecuencia ligeramente mayor que los hombres, al contrario que en los estudios reseñados.

En cambio, aun no existiendo diferencias significativas en los grupos de 18 a 29 y de 40 a 59 años en el estudio nacional (ENSE 2011-12), nosotros tampoco encontramos diferencias significativas en las personas de 18-44 años, pero existe un aumento importante de los adultos que no cumplen las recomendaciones mínimas de actividad física a medida que avanzamos en la edad (a partir de los 44 años).

En esta línea, podemos indicar según nuestros resultados que a medida que aumenta la edad de la población, la actividad física más intensa va sustituyéndose por una actividad moderada o baja, al igual que muestran otros estudios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Meseguer, Galán, Herruzo, Zorrilla & Rodríguez-Artalejo, 2009; Elizondo-Armendáriz, Guillén & Aguinaga, 2005 y Martínez-González et al., 2001). Debemos tener en cuenta que los tres últimos estudios

citados hacen referencia a la AF realizada en el tiempo libre, mientras que en nuestro estudio hace referencia a la AF realizada en casa, en el trabajo y en tiempo libre conjuntamente, por lo que no tenemos la posibilidad de extraer datos de forma individual, tal y como hace el Cuestionario Mundial de Actividad Física (GPAQ).

Aunque nos hubiera gustado comparar los resultados obtenidos por el GPAQ con los de la EESE 2009, estos últimos no son asimilables a los obtenidos por el IPAQ, dado que se pregunta por el tiempo “total” de práctica de AF en los últimos siete días, en lugar del tiempo “habitual” en un día tipo, y no pregunta por el tiempo que pasa sentado.

Cabe indicar que, según nuestro trabajo, el nivel de actividad física está relacionado con la práctica o no de AF, el grado de importancia que le dan a la misma, la percepción de su salud, los días de enfermedad y días de baja por enfermedad, así como la edad anteriormente comentada, estos datos coinciden parcialmente con los obtenidos en el estudio sobre la población de Gipuzkoa (Arribas, Gil de Montes & Arruza, 2011), donde establecen una estrecha relación del nivel de AF con la percepción que tienen las personas de su capacidad física, su autoconcepto físico y los indicadores de salud, así como han constatado la relación entre el nivel de sedentarismo y el número de días de enfermedad junto con el número de bajas laborales.

En este sentido, nuestro estudio presenta una relación del nivel bajo de AF con las personas que no practican, que menos importancia le dan a la AF, que tienen una peor percepción de su salud, que están más días enfermos, que no tienen intención por comenzar a practicar AF y los que tienen mayor edad, siendo esta última relación la que coincide con el estudio de Serón, Muñoz, & Lanás (2010).

Asimismo, podemos indicar que la práctica de AF tras el transcurso de los siete años nos muestra una tendencia de continuidad en la práctica, aunque haya existido un pequeño porcentaje de abandono, y aunque no podemos constatar la tasa de inactividad de toda la población analizada en la primera fase, dados los porcentajes de práctica transcurridos siete años, intuimos que los niveles de inactividad se mantienen estables. Dichos resultados podemos compararlos con el estudio de (Pérez-Ríos et al., 2015), donde tras analizar la práctica de AF en el periodo de 2007-2011 la prevalencia de inactividad física en el tiempo libre se mantuvo estable, siendo más inactivas las

mujeres, de hecho en nuestro estudio el pequeño porcentaje de abandono existente son mujeres en su totalidad.

Por otro lado, si tenemos en cuenta los resultados obtenidos relativos al sedentarismo teniendo en cuenta los minutos en los que la población permanece sentada, éstos nos indican a nivel general que la población presenta a su vez una conducta sedentaria (CS), entendiendo por ella que los sujetos permanecen más de 6 horas sentados al día.

Dicha conducta sedentaria la hemos hallado tanto en hombres como en mujeres, siendo superior en nuestro estudio en los hombres, al igual que en el estudio de Arribas, Gil de Montes & Arruza (2011) y Ruiz, De Vicente, & Vegara (2012), aunque en este último se obtiene que las mujeres no superaban las seis horas sentadas al día, por lo que no reflejan una conducta sedentaria. No obstante, existen otros estudios en los que se refleja una mayor prevalencia en la falta de actividad física y conductas sedentarias en las mujeres (Lavielle-Sotomayor, Pineda-Aquino, Jáuregui-Jiménez, & Castillo-Trejo, 2014; Perula de Torres et al., 1998; Eaton, Nafziger, Strogatz, & Pearson, 1994; Bauman, Owen, & Rushworth, 1990), pudiendo corresponderse con los estereotipos y creencias socioculturales, el grado de motivación y tiempo invertido en su práctica según lo expuesto por García, Matute, Tifner, Gallizo, & Gil-Lacruz (2007).

Así pues, aunque en nuestro estudio encontramos esa conducta sedentaria a nivel general y en ambos sexos, podemos indicar que atendiendo a los intervalos de edad, son los adultos de 18-24 años junto con los mayores de 64 años los que presentan dicha CS, al igual que en el estudio de Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011), aunque en su estudio atendiendo a los minutos sentados entre semana en primer lugar permanecen más tiempo sentado los adultos de 18-24 años, seguidos de los mayores de 64 años, al contrario de lo que obtenemos en nuestra investigación. También en la población de Gipuzkoa (investigación de 2011 citada anteriormente) el tramo de 25-44 años parece ser el que menos tiempo permanece sentado, mientras que en el nuestro son las personas de 45-64 años.

Igualmente dichos hallazgos coinciden con los de la ENSE 2011-12, donde los jóvenes (15-24 años) son los que con mayor frecuencia pasaban sentados la mayor parte del día (61,8%), junto con las personas de 65 y más años, en cuyo caso presentan diferente proporción entre hombres y mujeres (65,4% hombres-36,8% mujeres), a

diferencia de los resultados obtenidos en estudios previos en los que se relaciona directamente un estilo de vida sedentario con una mayor edad (Eliazondo, Guillén & Aguinaga, 2005; Osler, Clausen, Visen, & Jensen, 2001; Bauman, Owen, & Rushworth, 1990).

Por tanto podemos concluir que nuestros resultados sobre el nivel de sedentarismo en función del género y la edad (mayor en las mujeres que en los hombres y mayor a medida que aumenta la edad de la población) coincide con los extraídos de los estudios aportados por la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2013); Eurobarómetro (Comisión Europea, 2010), Encuesta de Hábitos deportivos de los españoles (García Ferrando & Llopis, 2010).

Dichos hallazgos nos preocupan en una doble visión. La primera es que atendiendo a los riesgos mencionados anteriormente, exista una tendencia a que los más jóvenes sean cada vez más sedentarios (diferentes factores como son la globalización, la modernización y el aumento exponencial del uso de tecnologías están contribuyendo a que permanecer más tiempo sentados desde edades más tempranas), y que por consiguiente aumente el riesgo de mortalidad. Al mismo tiempo, existe la posibilidad de que este aumento del sedentarismo, unido a otros factores, pueda reducir la esperanza de vida de la población aunque actualmente el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E., 2015) realice una proyección de la esperanza de vida al nacimiento hasta el año 2063 superior a los noventa años de vida en ambos sexos.

La segunda hace referencia a que teniendo en cuenta que las personas mayores de 64 años son las que mayor tiempo permanecen sentadas, junto a que son las que mayor porcentaje reflejan de un nivel bajo de AF, hacen que el riesgo de mortalidad sea mucho mayor. Así pues, ante ambos hallazgos se deberían implementar algunos cambios en la conducta para la mejora de la salud, puesto que se ha evidenciado que existen beneficios para la salud al disminuir el tiempo que se permanece sentados e interponiendo entre las actividades sedentes pequeños momentos de bipedestación y actividad física (Healy et al., 2008 y Garber et al., 2011).

Atendiendo a que la salud puede verse afectada por la actividad física y por la conducta sedentaria, debemos tratar cada conducta de manera independiente, por un lado los beneficios de una actividad física regular y por otro el riesgo de estar mucho

tiempo sentado (Ekblom-Bak, Hellénius & Ekblom, 2010). Una muestra de ello es cómo la población de 18-24 años de nuestro estudio no muestra un elevado porcentaje de nivel bajo de AF, mientras que sí muestra una conducta sedentaria ya que el estudiar (una de las actividades predominantes en este grupo de edad) es una de las ocupaciones más sedentarias, al igual que los resultados obtenidos por Arribas, Gil de Montes & Arruza (2011).

1.2. Dimensión: Estilo de vida

Si observamos los resultados obtenidos sobre la percepción que tienen las personas sobre la cantidad de actividad física realizada en la ocupación habitual así como el tipo de transporte utilizado para ir a dicha ocupación es para el 51% una actividad moderada y la forma de traslado más a pie o en bicicleta (para el 45,8%). Estos datos, junto con la práctica de AF, y por tanto el mantener un estilo de vida activo, puede considerarse como un aspecto positivo en relación con la salud de la población. Según el estudio de Alonso et al. (2012) la actividad física realizada en el tiempo de trabajo se ha incrementado desde 1987 al 2006, siendo este incremento mayor en mujeres que en hombres.

Las actividades denominadas como “Actividad física cotidiana” por Bouchard, Shepard, Sutton y Mcpherson (1990), las que se realizan en el ámbito laboral, actividades del hogar y desplazamientos realizados en la vida habitual, pueden influir, según la tarea a realizar, “positiva o negativamente sobre la salud del sujeto” (Fuentes, 2014, p. 11).

Atendiendo a la percepción de la población sobre la actividad física que realizan en su ocupación habitual, observamos que el grupo cuya ocupación es en búsqueda de su primer empleo tienen una conducta sedentaria (atendiendo a los minutos que permanecen sentados) y perciben una baja actividad en su ocupación a la vez que contemplan CS. Lo mismo ocurre, pero en el sentido inverso con el grupo de directores, técnicos y empresarios, quienes perciben una alta actividad en su ocupación habitual, mientras que el resto de grupos presentan de manera independiente un grado de percepción de actividad física en su ocupación diferente a las horas que indican permanecer sentados, lo cual pone de manifiesto que hay que tratar de manera

independiente la realización de AF y el tiempo que permanece una persona sentada (Ekblom-Bak, Hellénus & Ekblom, 2010).

Así pues, debemos tener en cuenta determinantes de un estilo de vida activo tales como la actividad física que se realiza en la ocupación diaria y la forma de traslado a la misma.

De esta manera, podemos indicar que el grupo de situación previa a su primer empleo, percibe que un alto porcentaje de dicha población considera su estilo de vida en comparación con los dos años anteriores más activo, mientras que presenta una CS, así como el grupo de directores, técnicos y empresarios perciben su estilo de vida más activo, cuando hemos indicado que percibe una alta actividad en su ocupación y sin CS.

Por otro lado, el grupo que se dedica a sus labores es el que considera su estilo de vida menos activo, coincidiendo con los mayores de 64 años, de manera que podemos estimar que se corrobora que la edad es una variable que incide de forma inversa en el nivel de actividad física, la percepción de cantidad de AF y por tanto con la percepción de su estilo de vida hace dos años.

Por lo tanto consideramos que en los trabajos más sedentarios, tal y como pueden ser los administrativos, otra opción sería aumentar el tiempo de AF en su tiempo libre, optar por medidas más activas relacionadas con el entorno laboral (traslado en bicicleta, uso de escaleras) (Ruiz, De Vicente, & Vegara, 2012), así como las medidas de intervención indicadas anteriormente.

Atendiendo a la forma en como se traslada la población a su ocupación habitual, nuestro estudio indica que el 45,8% de la población se traslada a su ocupación habitual a pie o en bicicleta habitualmente, el 32,3% en algunas ocasiones y el 22% (casi) nunca, estos resultados son similares a los de Gipuzkoa, donde de forma habitual lo utiliza el 57% y el 21% en algunas ocasiones. En este mismo sentido ambos estudios contemplan diferencias significativas según el sexo, siendo las mujeres quienes más lo utilizan, también a partir de los 45 años es más habitual trasladarse en bicicleta o a pie, a pesar de que en nuestro estudio contemplemos un nivel bajo de AF en el 11,2% de la población de 45-64 años y el 36,9% a los 65 o más años.

En este sentido, consideramos que el tipo de ocupación también puede determinar la forma de traslado habitual a la ocupación, puesto que el grupo que actualmente no trabaja, junto a las personas que se dedican a las actividades del hogar, son los que más se trasladan a pie o bicicleta, entorno al 60% (catorce puntos porcentuales menos que Gipuzkoa), seguidos del grupo de situación previa a su primer empleo (47,9%) coincidiendo los resultados en ambos estudios.

En cambio, el transporte público es más utilizado en la población de Sevilla que en Gipuzkoa, dado que en esta última no lo usa (casi) nunca el 57,1% de los guipuzcoanos, frente al 39,3% en Sevilla. Asimismo, en ambos estudios es más habitual su uso en mujeres que en hombres, así como más habitual en la población de 18-24 años, aunque en Sevilla también destacan en su uso los mayores de 64 años.

Así pues, respecto al uso del transporte público y privado, ambos estudios (Sevilla-Gipuzkoa) presentan la misma tendencia de uso según ocupación, aunque el uso del transporte público, en Sevilla, es utilizado habitualmente por entre un 20-30%, mientras que en Gipuzkoa es entorno a un 10% y, en el caso del uso del transporte privado, es el grupo de directores, técnicos y empresarios es el que más uso realiza de dicho transporte, y el grupo de actividades del hogar el que menos uso hace del mismo.

En el caso del traslado en transporte privado, ambos estudios presentan la misma tendencia relativa al mayor uso en las edades de 25-44 años con predominio de su uso por parte del hombre, y descenso de su uso habitual a partir de los 45 años alcanzando su valor mínimo en los 65 y más años. Cabe indicar que en nuestro estudio el uso habitual del transporte privado supera en nueve puntos porcentuales los obtenidos en Gipuzkoa.

El que la población adulta de Sevilla utilice mayoritariamente como forma de traslado habitual a pie o en bicicleta, sobre todo de esta última, puede deberse, según las aportaciones de Marqués, Hernández, Calvo, & García-Cebrián (2015) a características de la propia ciudad: distancias cortas, desarrollo del carril bici desde 2006 (con 12 kilómetros, 77 kms. en 2007 y 120 kms. en 2010) lo que ha supuesto un incremento del número de ciclistas por punto de observación desde 330 en 2006 hasta 1057 en 2008. No obstante, las personas mayores de 65 años apenas utilizan la bicicleta, tan solo el

4,2% de la población en días laborales y el 5,8% en días festivos, según el informe de SIGMADOS (SIGMA DOS S.A., 2015).

En cuanto al uso del transporte público, donde es mayor el uso en los más jóvenes y en las personas adultas mayores, puede estar relacionado, por un lado con el nivel socioeconómico y por otro, con la gratuidad del uso de los autobuses Tussam de Sevilla para mayores de 65 años, como único transporte público en la ciudad en aquel momento. Así como también podemos considerar que el uso del transporte privado es más habitual en ocupaciones con un nivel socioeconómico más alto., por lo que es consecuencia del estatus socioeconómico, dado que a un nivel socioeconómico bajo se asocia con un estilo de vida sedentario (Mensink, Loose, & Oomen, 1997; Bauman, Owen, & Rushworth, 1990).

Atendiendo a lo expuesto por Márquez (2006), la utilización de medios de transporte tanto público como privados también producen una reducción del gasto energético en las personas al reducir la actividad física, de ahí que sea mucho más apropiado desde el punto de vista de la salud, utilizar como forma de desplazamiento el caminar o montar en bicicleta, conducta que, tal y como hemos expuesto sobre los resultados en Sevilla, se está incrementando en estos últimos años.

Con respecto a la autopercepción sobre el estilo de vida encontramos diferencias en función de la ocupación habitual, de esta forma podemos indicar que el grupo de situación previa a su primer empleo, percibe su estilo de vida, en comparación con los dos años anteriores, más activo, aunque presenta una conducta sedentaria. También el grupo de directores, técnicos y empresarios perciben su estilo de vida como más activo, indicando, a su vez, que percibe una alta actividad en su ocupación y no tienen una CS.

Por otro lado, el grupo que se dedica a las actividades del hogar es el que considera su estilo de vida menos activo, en este mismo sentido, Márquez (2006) expone que las actividades domésticas en la actualidad exigen un esfuerzo físico menor que otras actividades laborales por causa de la existencia de electrodomésticos.

También los mayores de 64 años perciben un estilo de vida menos activo de manera que podemos estimar que se corrobora que la edad es una variable que incide de forma inversa en el nivel de actividad física, la percepción de cantidad de AF y por tanto con la percepción de su estilo de vida en comparación con los dos años anteriores.

Por lo tanto consideramos que en los trabajos más sedentarios, tal y como pueden ser los administrativos, otra opción sería aumentar el tiempo de AF en su tiempo libre, optar por medidas más activas relacionadas con el entorno laboral (traslado en bicicleta, uso de escaleras) (Ruiz, De Vicente, & Vegara, 2012), así como las medidas de intervención indicadas anteriormente.

1.3. Dimensión: Comportamiento y adherencia

Las personas que mayor importancia le dan a la AF presentan un bajo porcentaje de nivel bajo de AF, así como presentan un nivel alto de AF, lo cual nos muestra que existe conciencia sobre los beneficios e importancia de la práctica de AF, pero no existe dicha conciencia a nivel de los riesgos que conlleva el sedentarismo, por lo que consideramos que debe existir una intervención en esta línea, incorporándose incluso como recomendación en las guías de actividad física la importancia de reducir el tiempo que permanecemos sentados durante las horas laborales y de ocio.

De hecho, un estudio nos muestra que interrumpir con dos minutos cada veinte minutos de tiempo que permanecemos sentados, a través de AF (caminar) de leve a moderada intensidad, demuestra un metabolismo de la glucosa más efectivo, disminuyendo la glucemia posprandial (glucosa en sangre después de la comida) y los niveles de insulina en sujetos con sobrepeso u obesidad (Dunstan et al., 2012).

En esta línea, tal y como hemos comentado anteriormente sobre la relación del nivel bajo de actividad física con otras variables (ausencia de práctica, menor grado de importancia de la AF, no tienen intención por comenzar a practicar AF, peor percepción de salud y más días de enfermedad), nos encontramos que una baja participación en actividades deportivas, junto con un menor interés en practicar AF y un número elevado de horas sentado son predictores significativos de la obesidad (Martínez-González et al., 2001), por lo que aunque en nuestro estudio no hayamos analizado el índice de masa corporal (IMC), consideramos de suma importancia tenerlo en cuenta dados los riesgos existentes de tener una CS a los que le añadiríamos los riesgos existentes al ser obesos.

Asimismo, otra propuesta de intervención en esta línea son utilizar escritorios elevados para estar de pie o regulables en altura (ergotron), escritorios con cintas de correr (walkstation) o máquinas para pedalear sentados, así como aplicaciones que nos

avisan de que llevamos demasiado tiempo sentados (garmin vivofit, iwatch, stand, polar loop, polar M400, etc.), ya existentes, y más aun teniendo en cuenta que según la ocupación analizada, los empleados de oficina y servicios, así como los obreros cualificados son los que mayor tiempo emplean en posición sedente, después de las personas que han trabajado pero que no lo hace actualmente. Otro de los grupos que presentan una CS comentado anteriormente, son aquellos en situación previa a su primer empleo como son los estudiantes, por lo que podría resultar interesante y productivo el desarrollo de las intervenciones comentadas en los grupos mencionados.

Atendiendo al tipo de ocupación de la población observamos que el grupo de personas menos sedentes (minutos totales en los que permanecen sentados a la semana) y que no presentan una CS, son las personas que se dedican a las actividades del hogar, seguidas del grupo que contempla los agricultores y obreros no cualificados, así como el grupo de directores, técnicos y empresarios, sin embargo en el estudio de Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011), los más sedentes son los que se encuentran en situación previa al primer empleo y, los menos sedentes el grupo de agricultores y obreros no cualificados, teniendo en cuenta que dichos resultados hacen referencia al tiempo que permanecen sentados entre semana.

Los resultados de nuestro estudio nos indican que la mitad de la población tiene interés por comenzar alguna (otra) actividad no existiendo diferencias según el sexo, aunque sí atendiendo a los intervalos de edad, por lo que nuestros resultados indican un mayor interés por comenzar una práctica de actividad física que los expresados por Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011), quienes sí presentaban diferencias según el sexo y edad.

No obstante, atendiendo a la edad, aunque nuestros porcentajes son mayores que en el estudio de Gipuzkoa, ambos presentan la misma tendencia en la que son las personas de 25-44 años las que mayor interés presentan por practicar AF, seguido de las personas de 18-24 años, finalizando con un menor interés a medida que avanzamos en la edad.

Asimismo, si tenemos en cuenta las personas que indican que no tienen interés por comenzar alguna (otra) actividad, nos encontramos que nuestros datos coinciden con los obtenidos por el Observatorio del Deporte de Sevilla (2008), aunque en su

estudio preguntan exactamente “la intención de volver a la práctica deportiva”, por lo que parten de que ha existido un abandono de la práctica deportiva. Ahora bien, presentan la misma tendencia señalada anteriormente al analizar la edad, de manera que son las personas mayores de 65 años las que menor interés muestran en iniciar la práctica de alguna u otra actividad física.

Ante la intención de seguir practicando, nuestros resultados nos indican que casi un 60% de la población tiene intención de seguir (puntuación mayor o igual a 6 en la escala), no existiendo diferencias según el sexo, pero vuelve a reflejarse una tendencia de disminución de la intención, inversa a la edad, encontrándonos que el 54% de la población mayor de 64 años no tiene intención de seguir practicando ante una escala menor e igual que 4. Asimismo, a nivel de ocupación destaca el grupo de situación previa a su primer empleo, quienes presentan una mayor intención de seguir practicando, mientras que el grupo que trabajaba pero no lo hace actualmente, presenta menos intención de hacerlo.

Según nuestros resultados observamos que existe una relación entre las personas que presentan un nivel bajo de AF y la falta de intención para comenzar alguna (otra) actividad, por lo que dado su nivel de práctica no presentan interés ni motivación para comenzar.

Del mismo modo, hemos hallado relaciones entre la edad y la intención de seguir practicando, tal y como hemos descrito, de manera que a medida que las personas tienen más edad, menos intención muestran, así como, una relación entre el sexo y dicha intención, siendo las mujeres las que mayor intención de seguir presentan.

También nuestro estudio nos muestra que aquellas personas que presentan un nivel bajo, medio y alto de AF presentan una asociación con dicha intención de seguir practicando, de manera que existe una probabilidad dos veces mayor de que la persona que tenga intención de seguir practicando lo haga a un nivel medio ($OR=2,013$) y en menor probabilidad, existe una probabilidad casi tres veces mayor de que la persona que tenga intención de seguir practicando lo haga a un nivel alto ($OR=2,551$). Por último, también existe dicha probabilidad ante una práctica de nivel bajo de AF, aunque con muy poca probabilidad ($OR=,164$).

De esta manera, los resultados anteriormente mencionados coinciden con lo aportado en otros estudios en los que se considera que la intencionalidad de practicar actividad físico-deportiva es un determinante psicológico, cognitivo y emocional, dado que es lo que más se asocia con una práctica adecuada de AF, junto a otros determinantes como la competencia física percibida, el disfrute con la actividad, las expectativas de beneficios al practicar, así como la percepción de los mismos, el autoconcepto global y físico, así como el bienestar emocional y psicológico (McCarthy, Jones, & Clark-Carter, 2008; Moreno, Sicilia, González-Cutre, & Cervelló, 2006; Papaioannou, Bebetos, Theodorakis, Christodoulidis, & Kouli, 2006; Leslie et al., 1999; Kemer & Grossman, 1998 y Rodgers & Gauvin, 1998).

Asimismo, otros estudios nos revelan que la actividad física moderada y vigorosa se predice a través de las actitudes, y que la actividad vigorosa se predice a través del disfrute y de la autoeficacia o competencia (Bungum, Dowda, Weston, Trost, & Pate, 2000), por lo que podemos decir que también coincide con nuestro estudio, dado que los niveles de práctica están asociados a la intención de continuar practicando.

Llegados a este punto, podríamos haber ahondado más atendiendo al comportamiento y al estilo de vida de la población si hubiéramos descrito su hábito de práctica previo, dado que tal y como indicamos en el Capítulo I, se ha demostrado que la predicción de modelos activos en el estilo de vida adulto pudiera hacerse a través de la participación deportiva durante la niñez y adolescencia, ya que estimula el interés y la participación para los periodos de vida posteriores (Matos, 2004; Kraut, Melamed, Gofer, & Fromm, 2003; Dennison et al., 1988; Powel & Dysinger, 1987; Sánchez Barrera, 1995; Dishman & Dum, 1988, y Sneyder & Spreitzer, 1983, citados por Sánchez Bañuelos, 1996; Van Reusel et al., 1990, y Telama y et al., 1994, citados por Pierón, Telama, Almond, & Carreiro da Costa, 1997; Dishman, 1995, Scnurr, 1990, y Willis, 1992, citados por García Montes, 1997), aunque por otra parte, según Casimiro Andújar (1999), otros autores indican que existen muchas variables socioculturales que influyen en la vida de la persona, por lo que habrá periodos de mayor y menor práctica durante la edad adulta.

Asimismo, Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011) nos indican en su estudio, que aunque no se puede establecer una relación causal entre historia deportiva y práctica adulta, se puede afirmar que existe una asociación entre ambas, al igual que en nuestro

estudio existe entre las personas que practicaban en 2007 y continúa practicando en 2014, aunque no nos encontremos ante las conductas dadas en adolescentes.

A partir de los resultados obtenidos en la segunda fase de nuestra investigación, podemos afirmar que existe una continuidad en la práctica de actividad físico-deportiva atendiendo a su práctica previa (2007), tras el transcurso de siete años en sus correspondientes edades, donde ocho de cada diez personas practican AF durante los últimos doce meses, así como durante los siete años transcurridos; además, dos de cada diez personas han practicado de forma continuada y siete de cada diez han practicado de forma intermitente.

Atendiendo a dichos hallazgos, nuestros resultados nos indican que las personas que señalan practicar de forma intermitente y teniendo en cuenta el tiempo que han dejado de practicar temporalmente entre uno y cuatro años, nos hace suponer que el 30,4% de la población al haber abandonado durante el tiempo indicado, se ha encontrado en un proceso de recaída dentro del modelo psicológico de los estados de cambio (Prochaska & Velicer, 1997), pudiendo estimar que la tendencia de dichos sujetos es de haberse encontrado en un estadio de acción (periodo de acción inferior a seis meses).

Sin embargo, también nos atrevemos a estimar que el 67,2% de la población indicada anteriormente, que había interrumpido su práctica entre uno y seis meses, igualmente se habrá encontrado en procesos de recaída, aunque dado el tiempo de interrupción, estimamos la tendencia de que dichos sujetos se hayan encontrado en un estadio de mantenimiento (práctica consolidada durante más de seis meses y regularmente hasta dos años), donde el tiempo de mantenimiento de la actividad superaría el de los dos años marcando como regular en el citado estadio, teniendo en cuenta además que de la citada población, el 66,6 % indica otros motivos por los que interrumpe la actividad, siendo los mismos por vacaciones o por falta de tiempo, tal y como analizaremos.

De esta manera, y aunque no hemos desarrollado ninguna intervención, así como desconocemos si han sido partícipes alguna de las personas que practicaban actividad física, podemos indicar que atendiendo a Conn, Hafdahi, & Mehr (2011), las intervenciones de actividad física producen aumentos moderados en el comportamiento

de la actividad física (estadísticamente significativos), lo cual podría mejorar aún más la participación en las mismas consiguiendo disminuir aún más el pequeño abandono existente, debiéndose considerar cada etapa de cambio ante las intervenciones para fomentar la actividad física Herazo, Hernández & Domínguez (2012).

Del mismo modo Conn, Hafdahi, & Mehr (2011), indican que las intervenciones conductuales parecen ser más efectivas que las cognitivas, lo que nos señala que para conseguir un aumento de la práctica de actividad física debemos enfatizar componentes conductuales tales como el autocontrol, estímulos para aumentar la actividad física, las recompensas y la fijación de objetivos de comportamiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta los motivos de práctica o no práctica en la segunda fase, los motivos más importantes de continuidad de la práctica para los adultos de Sevilla encuestados en 2014 son el primer lugar la salud, seguido del “desconectar” y mantener la línea. La salud también fue motivo destacado por la mayoría de la población en 2007 (Chacón, 2011).

Estos resultados coinciden con la mayoría de estudios que se han realizado sobre motivos de práctica como el realizado por la Comisión Europea (2010): la salud (61%), mejorar la condición física (41%); López y Rebollo (2002); Martínez del Castillo, García, Graupera, Jiménez-Beatty, Martín y Pouso (2002), señalan la salud como el primer motivo, además de la diversión y la posibilidad de relacionarse con los demás. En este mismo sentido Mora, Araya y Ozols (2004) describen más el principal motivo de práctica la salud indicando los principales beneficios en este ámbito como es “el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores”.

Muy interesante son las aportaciones de Blázquez y Feu (2012) en las que señalan que la salud es el principal motivo de práctica y, además, de adherencia a la práctica

Por otro lado la causa de abandono o no práctica obtenido en la presente tesis en la fase II (encuestación en 2014) es, la “falta de tiempo en el trabajo o en el colegio/estudios”, siendo la misma causa que la indicada en 2007.

Este principal motivo, coincide igualmente con los resultados obtenidos en el Eurobarómetro, sobre población de la Unión Europea (Comisión Europea, 2010),

población española (García Ferrando & Llopis, 2010) y poblaciones específicas (Fuentes, 2014; Rodríguez, Poned & Garrido, 2009; Alarcón, 2008, entre otros).

1.4. Dimensión: Salud percibida

Por otro lado, en nuestro estudio indicamos que una buena percepción de la salud está relacionado con un nivel alto de actividad física y viceversa, coincidiendo con el estudio de Gipuzkoa, así como hemos constatado la relación del sedentarismo con una peor percepción de la salud (-0,78; $p < 0,001$) tal y como señalan otros estudios (García, Matute, Tifner, Gallizo, & Gil-Lacruz, 2007; Hallal, Victoria, Wells, & Lima, 2003). Asimismo se consideran predictores del estado de salud en adolescentes la falta de actividad física y conductas sedentarias, dado que los adolescentes se perciben así mismos con un mejor estado de salud, cuando desarrollan un nivel de actividad física adecuado y llevan a cabo menos conductas sedentarias (Lavielle-Sotomayor, Pineda-Aquino, Jáuregui-Jiménez, & Castillo-Trejo, 2014; Nuviala et al., 2009).

De esta manera, nuestro estudio nos indica que seis de cada diez personas de la población de Sevilla, perciben su salud como buena o muy buena, mientras que la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 (EESA) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015) muestra a siete de cada diez españoles; la ENSE del 2011-12 muestra un 75,3%, 5,3 puntos por encima, por lo que presenta una tendencia de mejora de la percepción de salud a lo largo de los años.

En este sentido, observamos en nuestro estudio que existe una relación inversa de la percepción de la salud con la edad, donde las personas más mayores perciben peor su salud, así como también muestra relación con el sexo, siendo los hombres los que mejor perciben su salud. Dichas relaciones coinciden con las formuladas en la EESA del 2009, donde en todos los grupos de edad los hombres indican tener mejor salud que las mujeres, acentuándose dicha valoración positiva del estado de salud con la edad.

No obstante, hemos de indicar que nuestros resultados presentan valores inferiores a los constatados en la ENSE 2011-12, pues nos encontramos que los hombres presentan una percepción de su salud buena o muy buena casi dieciocho puntos porcentuales por debajo, así como la mujer presenta 15 puntos porcentuales menos tras el paso de los años.

Dicha mejora a lo largo de los años, puede ser consecuencia del aumento de la participación en las actividades físico-deportivas, dado que en nuestro estudio hemos constatado la relación existente entre las personas que perciben su salud de manera positiva con aquellas que practican AF. De hecho, partimos de que el 50,8% de la población estudiada ha practicado AF Chacón (2011), mientras que los datos del Eurobarómetro (Comisión Europea, 2015) nos indica seis años después a nivel europeo, siete puntos porcentuales por encima (58%), es decir un aumento de la práctica, haciendo referencia estos últimos a una frecuencia de práctica de pocas veces, con cierta regularidad y regularmente. Dicho aumento de la práctica podemos traducirlo, tal y como indicamos anteriormente, con una mejora de la percepción de la salud dado los beneficios que reporta la misma.

Ahora bien, si analizamos los porcentajes tras el transcurso de los años, los resultados de práctica de AF expuestos por Chacón (2011) son inferiores en comparación con los obtenidos en el Eurobarómetro (Comisión Europea, 2015) a nivel nacional, pues éstos muestran cinco puntos porcentuales por encima del indicado en el Eurobarómetro del 2013 (56%), mientras que si los comparamos con los resultados del 2009 (54%), eran un 3% superior. En este caso según los datos del Eurobarómetro, la tendencia ha sido de aumento de práctica y por tanto disminución de la inactividad física, lo cual nos hace interpretar la tendencia de mejora de la percepción de la salud a lo largo de los años, contrastado con nuestros resultados.

Asimismo, atendiendo a la ocupación observamos que los que peor valoración tienen de su salud son el grupo de personas que ha trabajado pero no lo hace actualmente, por lo que, al igual que la ENSE 2011-12 el nivel socioeconómico muestra una clara relación con la salud percibida, de manera que a menor escala social, menor es la valoración positiva, aunque en nuestro estudio no realizamos una valoración según una escala social directamente, sí podemos hacer dicha relación de forma indirecta atendiendo a el tipo de ocupación principal. Del mismo modo, dadas las circunstancias socioeconómicas del país, podemos indicar cómo a lo largo de los años (1987-2012) la valoración de la salud ha tenido una valoración positiva pero con tendencia descendente hasta el 2006 (70%) y un aumento en 2012 (75,3%) (Comisión Europea, 2015).

Por otro lado, indicamos que además de las relaciones entre la percepción de la salud y la práctica de AF, hemos hallado relaciones de la percepción de la salud con la

intención de seguir practicando, el grado de importancia dado a la AF, así como una relación inversa con los días de enfermedad, de manera que a mejor percepción de la salud, menos días han estado enfermos.

Según lo expuesto por Gutiérrez (2000) sobre la relación entre la actividad física y el estilo de vida de los sujetos, la AF tiene un efecto positivo sobre la salud, fundamentalmente en los aspectos mentales, sociales y físicos de las personas.

Igualmente indicar que hemos hallado relaciones negativas entre las personas que presentan un nivel bajo de AF y el número de días que han estado enfermos y que por tanto se han ausentado de su ocupación por la misma, coincidiendo con los resultados de Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011). También hemos observado relaciones entre la edad, un nivel alto de AF, el número de días que han estado enfermos en los últimos doce meses, y por tanto, también con el número de ausencias a su ocupación laboral, pudiendo justificarse por un lado que la edad es una de las principales variables que explica la relación entre actividad y bienestar tal y como exponen Arribas, Gil de Montes y Arruza (2011), así como con la probabilidad de lesionarse que tienen los sujetos más activos (Carlson et al., 2006), sin tener por qué existir una correlación entre los días que ha podido estar enfermo o lesionado con la adherencia o no a la práctica físico-deportiva (Flores, Ruiz, & García, 2009).

Mendoza y Urbina (2013) consideran que una AF de nivel vigoroso está asociada a una buena autopercepción del estado de salud en ambos sexos y sobre todo en mujeres, existiendo diferencias significativas entre el sexo, la PAFYD y la percepción de salud.

Sin embargo, ante los hallazgos de otras investigaciones que relacionan el estado de ánimo con la actividad física (Biddle, 2000), tales como la existencia de un estado de ánimo positivo, reducción de la depresión, con menor tensión, menor fatiga, menor confusión y más vigor, nuestro estudio presenta relaciones entre los minutos de caminar AF y la tristeza, el cansancio y el mal genio, pero no hemos obtenido relaciones entre las sensaciones percibidas y los diferentes niveles de AF.

Estudios de Pierón (2007) indican que el sedentarismo está relacionado con el bienestar psicológico, mientras que nuestro trabajo nos ofrece una relación negativa de los minutos totales sentados con la tristeza y el cansancio.

Según lo expuesto por Arruza, Arribas, Gil de Montes, Irazusta, Romero y Cecchini (2008); Ramírez, Viciano y Suárez (2004) Lawlor & Hopker (2001), la práctica físico-deportiva parece tener un efecto positivo sobre la salud mental en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés (por el aumento de la serotonina con el ejercicio) y produce una sensación de bienestar y relajación. Tiene un efecto analgésico al inhibir las fibras nerviosas que transmiten el dolor y por tanto puede lograr un estado de euforia. Así como una mayor relajación y mejor estado de ánimo (Herrera, 2008).

Atendiendo a los trabajos de Cecchini (Cecchini, Echevarría y Méndez, 2003; Cecchini, Méndez y Muñiz, 2003), la percepción del estado físico y las sensaciones positivas del estado de ánimo son mayores en los hombres que las mujeres, mientras que ellas tienen mayores sensaciones negativas que los hombres, así como en función de la edad, Moyano y Ramos (2007) especifican en un estudio sobre población chilena de entre 17 y 77 años, que las personas más jóvenes presentaban niveles menores de felicidad y satisfacción que las personas mayores.

Los resultados obtenidos sobre percepción de sensaciones y nivel de práctica de AF, no coinciden con los encontrados por Arribas, Gil de Montes, & Arruza (2011), quienes indican que las personas con un alto nivel de AF experimentan intranquilidad en menor medida que los de un bajo nivel de AF, así como el grupo de nivel medio y bajo de AF experimentan mayor mal genio que el grupo de alto nivel de AF, pudiendo justificarse en que el ejercicio tiene efectos solo a corto plazo, así como para que exista un efecto a largo plazo debe haber un estilo de vida activo (Márquez & González, 2013).

Ahora bien, si atendemos a la frecuencia de práctica, tras los siete años, nuestros resultados nos indican que ha existido un aumento de la misma, por lo que estimamos que debe existir una mejor percepción de la salud, así como puede ser consecuencia de una adherencia a la práctica en relación con lo expuesto en el estudio de Ruiz-Pérez, Ramón-Otero, Palomo-Nieto, Ruiz-Amengual & Navia-Manzano (2014), en el que la frecuencia de práctica de actividades física fuera del centro escolar

y la percepción de una buena salud, predecían en las chicas la intención de ser activas en el futuro. En cuanto a los chicos participantes fueron tres las variables que predecían de forma significativa su intención de ser activos: la autopercepción de competencia deportiva, la autopercepción de la salud y la pertenencia a un club deportivo. Asimismo, atendiendo a la edad, los resultados mostraron que para los más jóvenes (11-12 años) fueron la autopercepción de la salud y la pertenencia a un club deportivo, mientras que para los escolares de 13-14 años solo fue la autopercepción de forma física y para los mayores de 15-16 años fue la autopercepción de la salud.

Atendiendo a la edad de la población, los resultados del trabajo de Ruiz-Pérez et al. (2014) mostraron que dentro de las variables que pueden predecir el ser o no activos, para los escolares de 13-14 años solo influye la autopercepción de forma física y para los mayores de 15-16 años fue la autopercepción de la salud.

De esta manera, consideramos que la percepción de salud, junto con la percepción de la forma física, son dos factores que predicen la intencionalidad de práctica en un 8,6%.

Según el modelo de Goñi (2006) del autoconcepto físico queda definido por la autopercepción sobre la habilidad física, atractivo físico, fuerza y condición física; esta última variable en nuestro trabajo ha sido analizada mediante el concepto de forma física.

En nuestro estudio también indicamos la existencia de asociaciones de las personas que tienen un nivel bajo, medio y alto de AF con el sentirse bien físicamente, siendo casi 4,5 veces más probable que practique a un nivel medio o a un nivel alto de AF al sentirse bien físicamente. Asimismo, un nivel medio de AF está asociado con estar contento con su condición física, de manera que también existe una probabilidad casi cuatro veces mayor que la persona que esté contenta con su condición física practique a un nivel medio. Asimismo, podemos decir que si los motivos por los que practica la persona son por competición, igualmente existe una probabilidad dos veces mayor de que practique a un nivel alto, así como si lo hace por hacer carrera deportiva, aunque en este caso la probabilidad es algo inferior.

Sin embargo, las personas que no practican actividad física, que no están contentos con su condición física o las que menos utilizan el transporte privado, tienen mayor probabilidad de que practiquen a un nivel bajo de AF.

2. Conclusiones

A continuación presentaremos las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos a modo de resumen.

Objetivo 1: Conocer el nivel y la cantidad de actividad física/sedentarismo en la población sevillana adulta y adulta mayor.

Podemos concluir que seis de cada siete personas de la población adulta y adulta mayor de la población de Sevilla atiende a las recomendaciones de práctica saludable, con unos niveles de práctica más acentuados a nivel medio.

En cuanto al tiempo que permanecemos sentados, existe una conducta sedentaria en la población general.

Así pues, atendiendo a dichas conclusiones, concluimos a su vez que debemos tratar de manera independiente la práctica de actividad física y el sedentarismo, dado que tal y como mostramos en los resultados, podemos tener un buen nivel de práctica de AF, pero tener una conducta sedentaria.

Objetivo 2: Describir el estilo de vida de la población sevillana adulta y adulta mayor.

Dentro de los factores que pueden determinar si las personas tienen o no un estilo de vida activo, además de la práctica de AF, la forma de traslado a su ocupación habitual determina que la población adulta y adulta mayor de Sevilla lo hace mayoritariamente a pie o en bicicleta (forma activa de desplazamiento), seguido de otras formas no activas como son el transporte público y del transporte privado.

A su vez, una de cada cuatro personas adultas de Sevilla percibe su estilo de vida como más activo en relación a años anteriores, teniendo en cuenta que la actividad física

realizada en la ocupación habitual, sólo es contemplada en un nivel alto, por una de cada tres personas.

Objetivo 3: Examinar el comportamiento y la adherencia de la población objeto de estudio de Sevilla hacia la actividad física.

La mitad de la población de Sevilla muestra interés por comenzar alguna (otra) actividad física, así como tiene interés en seguir practicando, de hecho cuatro de cada cinco personas no muestran limitación alguna para practicar actividad física y le dan importancia a la práctica de actividad física, a pesar de que dos de cada cinco personas abandonan la práctica de actividad física.

Objetivo 4: Describir la salud percibida por la población adulta y adulta mayor de Sevilla.

Respecto a la percepción de sensaciones, concluimos que la mitad de la población se siente animada, así como tiene una buena percepción de su salud, aunque una de cada tres personas se siente intranquila (bastante o mucho).

Asimismo tres de cada cuatro personas perciben su estado físico general con niveles de cuatro y cinco (como si fuera bueno y muy bueno), por lo que perciben algo peor su salud con respecto al estado físico. Prueba de ello son los veinte días de media de enfermedad que presenta la población en un año, con la consecuente ausencia en su ocupación habitual.

Objetivo 5: Establecer las diferencias existentes en la práctica de AFYD y sedentarismo según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.

Entre los diferentes niveles de práctica existen pequeñas diferencias según el sexo, predominando la mujer en un nivel medio de AF y el hombre en un nivel alto de AF y con diferencias más significativas a nivel de edad y de ocupación.

A nivel de edad, son las personas mayores de 44 años las que menos atienden dichas recomendaciones, con un porcentaje más elevado en las personas mayores de 64 años como consecuencia de que a medida que avanzamos en la edad disminuimos la

categoría del nivel de las actividades, pasando de un nivel alto hasta un nivel bajo en el máximo intervalo de edad contemplado.

En cuanto a la ocupación, concluimos que una de cada cuatro personas del grupo que ha trabajado pero que no lo hace actualmente, no atienden las recomendaciones de práctica, así como las personas que más se ajustan a las recomendaciones de práctica son las personas sin ingresos previo a su primer empleo (nueve de cada diez).

Respecto a las personas que presentan una conducta sedentaria, indicar que se da en ambos sexos, siendo superior en los hombres. El intervalo de edad con mayor porcentaje de sedentarismo es el de 18-24 años y mayores de 64 años.

En base a lo expuesto, podemos deducir que las personas no tienen conciencia del nivel de riesgo que implica el sedentarismo o no le dan la suficiente importancia, por lo que debería hacerse intervenciones específicas para tratar de incrementar la actividad en toda la población y preferentemente en los más jóvenes, que son los que mayor tendencia tienen a aumentar el sedentarismo, con las graves consecuencias que ello conlleva si tenemos en cuenta que con el aumento de la edad se va reduciendo el nivel de práctica de AF. Ejemplo de estas intervenciones podría ser la incorporación de recomendaciones en las guías de actividad física que informen sobre la importancia de reducir el tiempo que permanecemos sentados durante las horas laborales y de ocio.

Objetivo 6: Establecer las diferencias existentes en los estilos de vida según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.

El traslado a pie o en bicicleta, así como el transporte público es más utilizado por mujeres y por personas de 18-24 años, así como por las más mayores (más de 64 años). En cambio el transporte privado es más utilizado por los hombres y en las edades comprendidas de 25 y 64 años. Respecto al uso del transporte según la ocupación, el transporte privado se da en ocupaciones con un estatus más alto.

Respecto a la percepción del estilo de vida como más activo en relación a años anteriores, es superior dicha percepción en la mujer y en las personas más jóvenes, así como la actividad física realizada en la ocupación habitual no presenta diferencias según el sexo y la edad, aunque sí según la ocupación.

Según la ocupación son los grupos de personas que han trabajado pero no lo hacen actualmente, junto con los directores, técnicos y empresarios los que más actividad física perciben en su ocupación (valores de 7 a 9), siendo el grupo de agricultores y obreros no cualificados los que más valoran la actividad realizada con el máximo valor (9).

Objetivo 7: Establecer las diferencias existentes en el comportamiento y adherencia según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.

La muestra de interés por comenzar alguna (otra) actividad física, así como en seguir practicando por parte la población de Sevilla es independiente del sexo, aunque se muestra en mayor nivel en los primeros intervalos de edad.

Así pues, concluimos que dicha población podría estimarse que se encuentra en una etapa de contemplación para iniciar a practicar actividad física o de preparación, de manera que de forma no regular comienza a practicar.

Asimismo, a través del interés presentado podemos considerar la posibilidad de estudiar las nuevas tendencias de actividades físico-deportivas que puede practicar la población.

Objetivo 8: Establecer las diferencias existentes en la salud percibida según el género, intervalo de edad y ocupación principal de la población adulta y adulta mayor.

En cuanto a la percepción del estado de ánimo, los hombres presentan mayor sensación de intranquilidad y cansancio, así como presentan más días de ausencia por enfermedad en su ocupación habitual, en cuya variable destacan los adultos mayores y las personas pertenecientes al grupo 4. Sin embargo son los hombres los que perciben mejor su estado de salud y su estado físico, así como son los de menor edad y del grupo 6.

Respecto a la mujer, presenta mayor sensación de mal genio y más días de enfermedad, en cuya variable destacan igualmente los adultos mayores y las personas pertenecientes al grupo 4.

Asimismo, son las personas de 18-44 años y los pertenecientes al grupo 6 los que mayor nivel de intranquilidad presentan, siendo las personas de 25-44 años y los pertenecientes al grupo 1 los que mayor nivel de tristeza tienen. En cambio, las personas de 25-64 años y los pertenecientes al grupo 1 y 2 son los que se encuentran más animados, así como los mayores de 64 años los que presentan en mayor nivel mal genio y cansancio, destacando esta última sensación en el grupo 4 y 6.

Objetivo 9: Conocer las relaciones existentes entre el nivel y la cantidad de actividad física/sedentarismo con los estilos de vida de la población sevillana adulta.

Podemos concluir que existe relación entre el nivel de práctica y el uso del transporte privado para trasladarse a la ocupación habitual, de manera que las personas que presentan un nivel bajo se trasladan en transporte privado. Sin embargo, también existe dicha relación pero con los minutos que pasan sentados, de manera que aquellos que más tiempo pasan sentados no es por el uso del transporte privado, por lo que habría que analizar dónde pasan el tiempo sedente para poder intentar mejorar dicho hábito.

Asimismo, al existir una relación del uso del transporte privado con los minutos de AF, podemos concluir que se verifica el tratamiento independiente que hay que darle a la actividad física y el sedentarismo, puesto que las personas que practican más minutos de AF vigorosa y moderada también usan el transporte privado, considerado un transporte en el que pasan minutos sentados, aunque las personas que más caminan, son las que no usan dicho transporte. No obstante, también podríamos interpretar que las personas que usan el transporte privado, intentan compensar dicha inactividad y tiempo sedente con hacer una práctica de AF vigorosa o moderada.

Objetivo 10: Identificar las relaciones existentes entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo y el comportamiento y la adherencia hacia la actividad física.

Los diferentes niveles de actividad física, presentan una relación con el grado de importancia que le dan a la misma, la intención de comenzar alguna (otra) actividad, la intención de seguir practicando, de manera que a mayor nivel de AF mayor importancia le dan a la AF, así como a un nivel bajo de AF presentan interés por comenzar e intención de seguir practicando.

Objetivo 11: Comprobar si existe correlación entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo y la salud percibida.

Los diferentes niveles de actividad física, presentan una relación con la percepción de su salud, los días de enfermedad y días de baja por enfermedad, de manera que las personas que presentan un nivel bajo de AF perciben su salud y más días pasan enfermos y de baja en su ocupación, aunque ocurre lo mismo con las personas que presentan un nivel alto, posiblemente como consecuencia de lesiones.

Objetivo 12. Describir las relaciones existentes entre el nivel y cantidad de actividad física/sedentarismo en función de las características sociodemográficas

Los diferentes niveles de actividad física, presentan una relación con el sexo y la edad comentados previamente en objetivos anteriores, tal y como que a mayor edad las personas presentan un nivel bajo de AF y las mujeres son las que se corresponden con un nivel medio de AF. No obstante, también existe una relación del nivel alto de AF con las personas de más edad.

Objetivo 13: Conocer el grado de adherencia a la práctica de actividad física y deporte de la población sevillana adulta.

Asimismo constatamos que ocho de cada diez personas de la población de Sevilla que indicaba practicar actividad física en el 2007, practica actividad físico-deportiva durante los últimos doce meses en el 2014, así como casi la totalidad de las mismas ha continuado practicando durante siete años, destacando que una de cada cuatro personas lo ha hecho de forma continuada, existiendo un aumento de práctica en actividades físicas aeróbicas donde tres de cada diez personas practican footing y dos de cada diez personas practican actividades como caminar (más de diez minutos) y ciclismo, bicicleta. Igualmente indicamos que una de cada diez personas practica natación o musculación.

Objetivo 14: Conocer las características de la actividad física practicada tras siete años por la población que practicaba anteriormente.

En este sentido, se ha registrado un aumento en la frecuencia de práctica de la actividad físico-deportiva, donde dos de cada tres personas llevan a cabo una práctica de

más de dos veces por semana, considerándose como lo óptimo a nivel de recomendaciones de frecuencia de práctica, aunque se desarrolle durante menos tiempo y a menor intensidad.

Objetivo 15: Describir los motivos de práctica de actividad física y la salud percibida por la población de Sevilla tras el transcurso de siete años.

Los motivos de práctica de la población de Sevilla en el 2014 están en marcados principalmente en motivos de salud, desconexión y mantener la línea, pasando la diversión a ser el cuarto motivo, cuando anteriormente constituía el segundo motivo de la misma población. Asimismo, los motivos de abandono de manera intermitente son por motivos de prioridades, entendiéndose por ello la falta de tiempo principalmente, así como por razones de salud.

La percepción del estado físico general de la población de Sevilla transcurridos siete años, es considerado como normal por cuatro de cada diez personas, aunque una de cada dos personas considere su estado físico general como bueno o muy bueno, así como resalta un estado de ánimo más positivo destacando el estar animado y disminuyendo las sensaciones más negativas como intranquilo, triste, cansado, y de mal genio.

No obstante, a pesar de la continuidad en la práctica y de aumentar la frecuencia de la misma, la percepción de la salud, aunque sigue siendo positiva ya que 3 de cada 4 personas la consideran buena o muy buena, ha experimentado un pequeño descenso.

Objetivo 16: Establecer asociaciones entre las diferentes variables y el nivel de actividad física.

Las asociaciones encontradas con el nivel de actividad física son relativas al traslado en transporte privado con el nivel bajo, así como con la práctica de AF en los últimos doce meses, la intención de seguir practicando, la intención de comenzar otra AF, la percepción de sentirse bien físicamente y el hecho de estar contento o no con su condición física.

En cambio el nivel medio se asocia con la intención de seguir practicando, el realizar AF por competición, la percepción de sentirse bien físicamente y el hecho de estar contento con su condición física.

Por último, el nivel alto concluimos que queda asociado con la práctica de AF en los últimos doce meses, la intención de seguir practicando, la intención de comenzar otra AF, la percepción de sentirse bien físicamente, el hecho de estar contento o no con su condición física, así como realizar AF por competición y por carrera deportiva.

Para finalizar este apartado, como conclusión al objetivo general podemos decir que la población de Sevilla presenta unos hábitos y estilos de vida aceptables dado el alto porcentaje de personas que atienden las recomendaciones de práctica de actividad física, sin embargo se caracteriza por tener una conducta sedentaria que supera las seis horas al día. Asimismo, debemos indicar que presentan una continuidad en la práctica de actividad física, a pesar de que puntualmente o temporalmente haya interrupciones motivadas por falta de tiempo o periodos vacacionales entre otras menos frecuentes.

3. Limitaciones

Entre las principales limitaciones que nos hemos encontrado en el desarrollo de la investigación destacamos las siguientes:

Ante la recogida de datos previamente definida en el diseño de la primera fase, donde el procedimiento consistía en la aproximación domiciliaria, tuvo que desecharse tras la negativa de las personas seleccionadas para recibir a los encuestadores, a pesar de que éstos estaban identificados. Asimismo, en la segunda fase tuvimos que recurrir a contactar telefónicamente con las mismas personas, lo cual nos ha limitado la comparativa a una muestra más reducida tras el paso de siete años.

En la segunda fase se tomó la decisión de reducir el cuestionario con objeto de facilitar la encuesta telefónica pero al mismo tiempo no se pudo obtener información sobre algunas de las variables determinadas en fases anteriores.

A pesar de la validez y fiabilidad indicada en diferentes estudios de ámbito nacional e internacional del cuestionario IPAQ, a la hora de interpretar los resultados

del mismo debemos tener en cuenta que se sobreestima los niveles de actividad física global, así como presenta el sesgo de tener que recordar la actividad física realizada.

Dada la muestra del estudio en la fase I, no hemos podido desarrollar una recogida de datos más precisa y fiable sobre los niveles de AF realizada como puede ser a través del uso del acelerómetro, el cual nos habría permitido trabajar con datos más objetivos e incluso haber podido contrastar los datos con los obtenidos en el cuestionario.

Asimismo, en relación al instrumento utilizado y la heterogeneidad del mismo al intentar abordar diferentes dimensiones sin que fuese excesivamente largo, no hemos podido establecer relaciones causales, impidiéndonos conocer qué variable, circunstancias o factores inciden en la misma para poder establecer líneas de actuación que permitan mejorar el problema de investigación en cuestión.

Otra de las limitaciones encontradas a la hora de comparar nuestros resultados con otros estudios respecto al sedentarismo, es que la mayoría de los estudios entienden por sedentarismo el hecho de no practicar actividad física en base a las recomendaciones que existen al respecto que es entendido en nuestro estudio como inactividad física y, sin embargo, entendemos por sedentarismo a la actividad que realizamos sentados o reclinados estando despiertos y que utiliza muy poca energía.

4. Prospectivas de futuro

Atendiendo a las diferentes limitaciones, así como las inquietudes del doctorando en la investigación, consideramos de interés plantear futuras líneas de investigación que mejoren el conocimiento de los hábitos de práctica, así como de los niveles de práctica, analizando otros comportamientos del estilo de vida, como la alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, horas de sueño, así como el índice de masa corporal (IMC), dada la problemática directa de la obesidad en la sociedad de hoy en día.

Consideramos de interés la puesta en marcha de un sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles, que nos permita estimar la distribución y evolución de la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento y práctica preventiva en la Comunidad de Andalucía. Esto

nos permitiría establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de salud, pudiendo evaluar los efectos de las intervenciones de la salud pública.

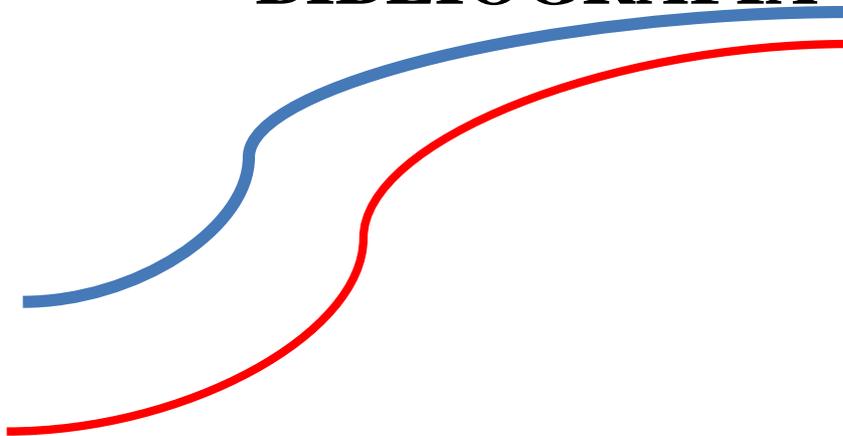
Dado el carácter preventivo y educativo que debemos adoptar ante la problemática de la obesidad y el sedentarismo, consideramos igualmente de interés diseñar estudios longitudinales con una planificación de estrategias de prevención y promoción de salud en mujeres durante el embarazo y el postparto, con el fin de reducir riesgos tanto en la madre como en el bebé, así como transmitir hábitos saludables en dicho periodo. De hecho algunos estudios sugieren que los hijos de madres que realizan actividad física durante el embarazo son más activos y hacen más deporte.

Por otro lado, planteamos complementar con estudios cualitativos el conocimiento sobre los factores de riesgos e intereses de la población para la mejora de la salud en sus diferentes dimensiones (física, psicológica y afectiva).

Otra de las líneas de trabajo sería la realización de estudios que analicen la influencia de cambios del equipamiento en la ocupación habitual, así como en los centros docentes que permitan reducir el tiempo de estado sedente en niños y adultos y al mismo tiempo, evaluar su efecto tanto a nivel cognitivo como en la salud.

Igualmente consideramos de interés establecer con instrumentos más objetivos la cantidad de actividad física y de sedentarismo, distinguiendo si son actividades realizadas en su tiempo libre o en su ocupación habitual.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutric. (10 de Octubre de 2014). *Programa Perseo*. Obtenido de <http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/es/index.shtml>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A Theory of Planned Behaviour. En J. Kuhl & J. Beckmann, *Action-control: From cognition to behaviour* (págs. 11-39). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Álamo, J. (2001). *Análisis del deporte escolar en la isla de Gran Canaria. Hacia un modelo de deporte escolar*. (Tesis Doctoral). Universidad de las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria.
- Alarcón, P. (2008). *Mujer y deporte: la actividad física y el deporte en las mujeres andaluzas*. Junta de Andalucía, Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.
- Aldaz, J. (2009). *La práctica de actividad física y deportiva (PAFYD) de la población adulta de Guipuzcoa como hábito líquido*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. Donostia.
- Alfermann, D., Lee, M. J. & Wuerth, S. (2005). perceived leadership behavior and motivational climate as antecedents of adolescent athletes' skill development. *Athletic Insight: the Online Journal of Sport Psychology*, 7 (2).
- Almagro, B. J. (2013a). *Factores motivacionales relacionados con la adherencia a la práctica deportiva competitiva en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Huelva: Huelva.
- Almagro, B. J., Rebollo, J. A., Pérez-Aranda, A. & Paramio, A. (2013) b. La motivación hacia el ejercicio físico en personas adultas y mayores. En *XIV Congreso Internacional sobre la Psicología del Deporte*. Pontevedra.
- Alonso, C. Palacios, D., Hernández, V. Carrasco, P., Jiménez, R. & Fernández de las Peñas, C. (2012). Tendencias en la práctica de actividad física en el tiempo libre y el trabajo en la población española trabajadora, 1987-2006. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, volumen 26, número 3.

- Ames, C. (1992). Achievement goals, motivational climate and motivational process. En G. C. Roberts, *Motivation in Sport and Exercise* (pp. 161-176). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Arráez, J. & Romero, C. (2002). Didáctica de la Educación Física. En L. Rico & D. Madrid, *Fundamentos didácticos de las áreas curriculares* (pp. 99-151). Madrid: Síntesis.
- Arribas, S. (2004). *La Práctica de la Actividad Física y el Deporte (PAFYD) en escolares de 15-18 años de Gipuzcoa: creencias sobre su utilidad y relación con la orientación motivacional, diversión y satisfacción*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. Donostia.
- Arribas, S., Gil de Montes, L. & Arruza, J.A. (2006). *La práctica de actividad física y deporte de la población adulta de Gipuzkoa*.
- Arribas, S., Gil de Montes, L. & Arruza, A. (2011). *Panorámica de la práctica física y deportiva en Gipuzcoa*. Gipuzcoa: Universidad del País Vasco.
- Arribas, S., Gil de Montes, L., Arruza, J., Aldaz, J. & Irazusta, S. (2008). Actividad físico-deportiva que realizan los jóvenes de Guipúzcoa. En S. Arribas & J. Aldaz, *Hábitos, estilos de vida y salud relacionados con la actividad física y deporte* (pp. 79-98). Donostia: Argitalpen.
- Arruza, J, Arribas, S. & Gil de Montes, L. (2007). *Hábitos de Práctica Deportiva: Análisis de las relaciones entre el sedentarismo y la salud psicofísica*. Conferencia presentada en la II Convención Internacional de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. I. S. C. F. MANUEL FAJARDO. AFIDE. La Habana.
- Arruza, J. A., Aldaz, J., Arribas, S. & Gil de Montes, L. (2009). *Hábitos de práctica de actividad física y deportiva de las mujeres adultas guipuzcoanas en la sociedad contemporánea*. Donostia: KirolBegi. Observatorio del deporte de Guipuzcoa.
- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil de Montes, L., Irazusta, S., Romero, S. & Cecchini, J.A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la*

- Aznar, S. (2001). Adherencia a la actividad física. En M. Latiesa, P. Martos & J. L. Paniza, *Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI* (pp. 83-92). Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Balaguer, I., Pastor, Y. & Moreno, Y. (1999). Algunas características de los estilos de los adolescentes. *Revista valenciana de estudios autonómicos*, 26, 33-56.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bassuk, S. & Manson, J. (2003). Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: how much is good enough? *Exerc Sport Sci Rev* , 176-181.
- Bauman, A., Owen, N. & Rushworth, R. (1990). Recent trends and socio-demographic determinants of exercise participation in Australia. *Community Health Study* , 14, 19-26.
- Biddle, S. H. (2000). Emotion, mood and physical activity. En S. H. Biddle, K. R. Fox & S. H. Boutcher, *Physical activity and physiological well-being* (págs. 63-87). Nueva York: Routledge.
- Biddle, S. J. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Blázquez, A. & Feu, S. (2012). Motivación en actividad física mantenimiento en mujeres de municipios pequeños. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, volumen 12 (47), 571-588.
- Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía. (3 de agosto de 2015). *Proyecto de Ley del Deporte de Andalucía*. Obtenido de <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=104634>
- Booth, M. L. (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(2), 114-120.

- Booth, M. L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O. & Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine* , 31 (1), 15-22.
- Bouchard, C. Shepard, R. R. Stephens, T., Sutton, J. & McPherson, B. (1990). *Exercise Fitness and Health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Blair, S. & Haskell, W. (2007). Why study Physical Activity and Health? En C. Bouchard, S. Blair & W. Haskell, *Physical Activity and Health* (pp. 3-19). Champaign: Human Kinetics.
- Brownson, R. C., Eyler, A. A., King, A. C., Brown, D. R., Shyu, Y. L.. & Sallis, J. F. (2000). Patterns and correlates of physical activity among US women 40 years and older. *American Journal of Public Health* , 90 (2), 264-270.
- Buendía, L. (1998). Técnicas e instrumentos de recogida de datos. En M. P. Colás Bravo & L. Buendía Eisman, *Investigación educativa* (pp. 201-248). Sevilla: Alfar.
- Buendía, L. (2012). La investigación por encuesta. En L. Buendía Eisman, M. P. Colás Bravo, & F. Hernández Pina, *Métodos de Investigación en Psicopedagogía* (pp. 119-155). Madrid: McGraw-Hill.
- Bungum, T., Dowda, M., Weston, A., Trost, S. G., & Pate, R. R. (2000). Correlates of physical activity in male and female youth. *Pediatric Exercise Science*, 12, 71-79.
- Bunton, R., Nettleton, S. & Burrows, R. (1995). *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge.
- Burton, N. W. & Turrell, G. (2000). Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Preventive Medicine* , 31 (6), 673-681.
- Cagigal, J. (1957). *Hombres y deporte*. Madrid: Taurus.
- Callaghan, P., Eves, F., Norman, P., Chang, M. & Lung, C. (2002). Applying the transtheoretical model of change to exercise in young Chinese people. *British Journal of Health Psychology* , 7 (3), 267-282.

- Cameron, A., Welborn, T., Zimmet, P., Dunstan, D., Owen, N. & Salmon, J. (2003). Overweight and obesity in Australia: the 1999-2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Medical Journal of Australia*, 178, 427-432.
- Cantera, M. A. (1997). *Niveles de actividad física en la adolescencia. Estudio realizado en la población escolar de Teruel*. (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- Carlson, S. A., Hootman, J. M., Powell, K. E., Macera, C. A., Heath, G. W., Gilchrist, J., Kohl, H. W. (2006). Self-reported injury and physical activity levels: United States 2000 to 2002. *Annals of Epidemiology*, 16(9), 712-719.
- Carratalá, E. (2004). *Análisis de la teoría de las metas de logro y de la autodeterminación en los planes de especialización deportiva de la Generalitat Valenciana*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia.
- Carta Europea del Deporte. (1992). *Recomendación NºR (92) 13 del Comité de Ministros de los Estados miembros sobre la Carta Europea del Deporte. Adaptada en el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 1992*.
- Cashmore, E. (2002). *Sport psychology; the key concepts*. London: Routledge.
- Casimiro, A. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, desde final de primaria (12 años) hasta final de secundaria obligatoria (16 años)*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical exercise: Definitions and distinctions for health related research. *Public Health Reports*, 126-130.
- Cea D'Ancona, M. (1998). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cecchini, J. A., Echevarría, L. M. & Méndez, A. (2003). *Intensidad de la motivación hacia el deporte en la edad escolar*. Oviedo: Universidad de Oviedo. Vicerrectorado de Extensión Universitaria.

- Cecchini, J. A., González, C., López Prado, J. & Brustad, R. J. (2005). Relación del clima motivacional percibido con la orientación de meta, la motivación intrínseca y las opiniones y conductas de fair play. *Revista Mexicana de Psicología* , 22, 469-479.
- Cecchini, J. A., González, C., Méndez, A., Fernández-Río, J., Contreras, O. & Romero, S. (2008). Metas sociales y de logro, persistencia-esfuerzo e intenciones de práctica deportiva en el alumnado de Educación Física. *Psicothema* , 20, 260-265.
- Cecchini, J. A., Méndez, A. & Muñiz J. (2003). *Motivos de participación de los jóvenes en el deporte*. Oviedo: Universidad de Oviedo. Vicerrectorado de Extensión Universitaria.
- Centro de Estudios Sociosanitarios. (10 de Octubre de 2014). *MOVI2*. Obtenido de <http://www3.uclm.es/proyectosCESS/movi2/public/>
- Cervelló, E. (2006). Una aproximación social cognitiva al estudio de la motivación en el ámbito de la Actividad Física y el Deporte. En M. A. González, A. Sánchez & A. Areces, *Actas del VI Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte* (págs. 32-39). La Coruña: Consejería de Cultura y Deporte de ña Xunta de Galicia.
- Chacón, F. (2011). *Hábitos de Práctica de Actividad Físico-Deportiva de la Población Adulta de Sevilla*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Sevilla.
- Chatzisarantis, N. L. & Hagger, M. S. (2007). The moral worth of sport reconsidered: Contributions of recreational sport and competitive sport to life aspirations and psychological well-being. *Journal of Sports Sciences* , 25, 1047-1056.
- Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., Biddle, S. J., Smith, B. & Wang, C. K. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport and physical education contexts. *Journal of Sport and Exercise Psychology* , 25, 284-306.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioural Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

- Colás, M. (1992). Los métodos de investigación en educación. En M. Colás Bravo & L. Buendía Eisman, *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás, M. (1998). Los métodos descriptivos. En M. Colás Bravo & L. Buendía Eisman, *Investigación educativa* (págs. 176-200). Sevilla: Ediciones Alfar.
- Comisión Europea. (21 de Agosto de 2015). *Sport and Physical Activity 2013*. Obtenido de Special Eurobarometer 412: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
- Comisión Europea. (28 de Mayo de 2015). *Comunicado de prensa*. Obtenido de El Eurobarómetro sobre el deporte revela un grado elevado de inactividad en la UE: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_es.htm
- COMPASS. (1999). *Sports participation in Europe. A joint CONI, UK Sport, Sport England initiative (Contributor- Statistical analysis)*.
- Conferencia de Ministros Europeos. (1975). *Carta Europea del Deporte para Todos*. Bruselas: Conferencia de Ministros.
- Conn, V., Hafdahi, A. & Mehr, D. (2011). Interventions to Increase Physical Activity Among Healthy Adults: Meta-Analysis of Outcomes. *American Public Health Association* , 4, 751-758.
- Consejería de Salud. (10 de Octubre de 2014). *Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008*. Obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf
- Consejo de Europa. (1992). *Carta Europea del Deporte*. Rodas: Consejo de Europa.
- Coumeya, K. S., Bobick, T. M. & Schinke, R. J. (1999). Does the theory of planned behavior mediate the relation between personality and exercise behavior? *Basic and Applied Social Psychology* , 21 (4), 317-324.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., . . . Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395.

- Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landesá, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(3), 175-183.
- De Abajo, S. & Márquez, S. (2013). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. En R. Márquez & N. Garatachea, *Actividad física y salud* (págs. 3-13). Madrid: Díaz de Santos.
- De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, volumen 12, 285-292.
- De la Cruz Sánchez, E. & Pino Ortega, J. (11 de Agosto de 2015). *Estudio sobre los determinantes y correlatos de la actividad física*. Obtenido de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6618/1/ESTUDIOS%20SOBRE%20LOS%20DETERMINANTES%20Y%20CORRELATOS%20DE%20LA%20ACTIVIDAD%20F%20C%20SICA.pdf>
- De Marées, H. (2003). *Sportphysiologie*. Köln: Sportverlag Strauss.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. En L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology* (Vol. 13, pp. 39-80). New York: Academic Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. En R. Dienstbier, *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation*, volumen 38, pps. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology* , 48, 182-185.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. En A. W. Kruglanski, P. A. Van Lange, & E. T. Higgins, *Handbook of theories social psychology* (Vol. 1, págs. 416-437). London: SAGE.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Press.
- Deflandre, A., Lorant, J., Gavarry, O. & Falgaurette, G. (2001). Determinants of physical activity and physical and sports activities in French school children. *Perceptual and Motor Skills* , 92 (2), 399-414.
- Delgado, M. & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: Inde.
- Delgado, M., Tercedor, P., & Soto, V. M. (6 de Noviembre de 2008). *Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ). Versiones Corta y Larga*. Obtenido de IPAQ: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/IPAQ_Guia_Traducida.pdf
- Devís, J. & Peiró, C. (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: Inde.
- Devís, J. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde.
- Dishman, R. K. & Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. En C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 214-238). Champaign: Human Kinetics.
- Dishman, R. K. (1990). Determinants of participation in physical activity. En C. Bouchard, *Exercise, fitness and health: A consensus of current knowledge* (pp. 75-101). Champaign: Human Kinetics.
- Dishman, R. K. (1994). *Exercise adherence*. Champaign: Human Kinetic.

- Domínguez-Berjón, M., Borrell, C., Nebot, M. & Plasencia, A. (1998). La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gaceta Sanitaria* , 12, 100-109.
- Dosil, J. (2008). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw Hill.
- Duda, J. L. (2001). Goal perspectives and their implications for health-related outcomes in the physical domain. En F. Cury, P. Sarrazin & F. P. Famose, *Advances in motivation theories in the sport domain* (págs. 129-182). París: Presses Universitaires de France.
- Dunstan, D. W., Kingwell, B. A., Larsen, R., Healy, G. N., Cerin, E., Hamilton, M. T., Owen, N. (2012). Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses. *Diabetes Care*, 35(5), 976-983.
- Eaton, C., Nafziger, A., Strogatz, D. & Pearson, T. (1994). Self reported physical activity in a rural county: A New York County Health Census. *American Journal of Public Health* , 84, 29-32.
- Ekblom-Bak, E., Hellénus, M.-L., & Ekblom, B. (2010). Are we facing a new paradigm of inactivity physiology? *British Journal of Sports Medicine*, 44, 834-835.
- Elizondo-Armendáriz, J. J., Guillén, F., & Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años en Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 559-567.
- Elliot, A. J. & McGregor, H. A. (2001). A 2 x 2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology* , 80, 501-519.
- Elliot, A. J. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational Psychologist* , 34, 169-189.
- Elliot, A. J., Murayama, K. & Pekrun, R. (2011). A 3x2 achievement goal model. *Journal of Educational Psychology* , 103 (3), 632.

- Elosua, R. (2005). Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. *Revista Española de Cardiología*, 58, 887-890.
- Epping, J. N., Lee, S. M., Brown, D. R., Lankford, T. J., Cook, R. & Brownson, R. C. (20 de Agosto de 2015). *Individually-adapted health behavior change interventions successful in various settings, with diverse populations*. Obtenido de Human Kinetics: <http://www.humankinetics.com/excerpts/excerpts/individually-adapted-health-behavior-change-interventions-successful-in-various-settings-with-diverse-populations>
- Esnaola, I., Infante, G. Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20 (2), 413-427.
- European Commission (2010). *Summary Health Determinants*. Special Eurobarometer 329
- Eyler, A. A., Blanck, H. M., Gittelsohn, J., Karpyn, A., McKenzie, T. L., Partington, S. et al. (2015). Physical Activity and Food Environment Assessments. Implications for Practice. *American Journal of Preventive Medicine* , 48 (5), 639-645.
- Fernández, E. J., Almagro, B. J. & Sáenz-López, P. (2015). Predicción de la intención de seguir siendo físicamente activos en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología* , 15 (1), 275-285.
- Ferrand, R., Nasarre, S., Hautier, C. & Bonnefoy, M. (2012). Aging and well-being in french older adults regularly practicing physical activity: a self-determination perspective. *Journal of Aging and Physical Activity* , 20 (2), 215-230.
- Ferreira, I., Van der Horst, K., Wendel-Vos, W., Kremers, S., Van Lenthe, F. & Drug, J. (2007). Environmental correlates of physical activity in youth. A review and update. *Obesity reviews* , 8 (2), 129-154.
- Flores, G., Ruiz, F. & García, M. E. (2009). Relación de algunos correlatos biológicos y demográficos con la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. El

caso de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 5(14), 59-80.

Frederick, C. M. & Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 124-147.

Frederick, C. M. & Ryan, R. M. (1995). Self-determination in sport: A review using cognitive evaluation theory. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 5-23.

Fuentes, P. (2014). *Estado de salud percibido, autoconcepto físico y metas personales en mujeres físicamente activas*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. Cáceres.

Gallego, J., Aliaga, P. & Granizo, C. (2014). Promoción de la salud y educación para la salud en los centros educativos. En A. M. Palmar, *Métodos educativos en salud* (pp. 153-174). Barcelona: Elsevier España S.L.

Garber, C., Blissmer, B., Deschenes, M., Franklin, B., Lamonte, M., Lee, I., Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334-1359.

García Ferrando, M. & Llopis, R. (2011). *Encuesta sobre los hábitos deportivos en España. Ideal democrático y bienestar personal*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte*. Madrid: Alianza Deporte.

García Ferrando, M. (2010). La encuesta. En M. García, J. Ibáñez & F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.

- García Montes, M. (1997). *Actitudes y comportamiento de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada.
- García Montes, M. E., Ruiz, F. & Piéron, M. (2009). *Actividad física y estilos de vida saludables*. Sevilla: Wanceulen.
- García, A. W., Broda, M., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J. & Ronis, D. L. (1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior. *Journal of School Health* , 65 (6), 213-219.
- García, E., Rodríguez, P. L., Sánchez, C. & López, P. A. (2012). Tiempo de ocio y práctica físico-deportiva en escolares (10-12 años) de la región de Murcia (España): diferencias en función del género. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 11(22), 155-168.
- García, M. (2000). La encuesta. En M. García, J. Ibáñez & F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. (págs. 141-170). Madrid: Alianza.
- García, T. (2004). *La motivación y su importancia en el entrenamiento con jóvenes deportistas*. Madrid: CV Ciencias del Deporte.
- García, Y., Matute, S., Tifner, S., Gallizo, M. E., & Gil-Lacruz, M. (2007). Sedentarismo y percepción de salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(28), 344-358.
- García-Calvo, T., Cervelló, E., Jiménez, R., Iglesias, D. & Moreno-Murcia, D. (2010). Using self-determination theory to explain sport persistence and dropout in adolescent athletes. *Spanish Journal of Psychology* , 13, 677-684.
- Gavilán, I., Palenzuela, S. M., Pérula, L. A., Fernández, J. A., Pérula, C. & Jiménez, C. (2013). Actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida. *Medicina de Familia Andalucía* , 2, 138-160.

- Generelo, E. (1998). Educación Física y Calidad de Vida. En J. Martínez del Castillo, *Deporte y calidad de vida. Investigación social y deporte n° 4* (pp. 309-331). Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Gobierno Vasco. (21 de Agosto de 2015). *Historial de la Encuestas de Salud*. Obtenido de http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud_historial/es_escav/histor
- Godin, G. (1994). Social-cognitive models. En R. K. Dishman, *Advances in exercise adherence* (pp. 113-136). Champaign: Human Kinetics.
- Godin, G., Anderson, D., Lambert, L. D. & Desharnais, R. (2005). Identifying factors associated with regular physical activity in leisure time among Canadian adolescents. *American Journal of Health Promotion* , 20, 20-27.
- González, A. (2014). Características técnicas de los instrumentos de medida desde la teoría clásica de los tests. Fiabilidad y validez. En C. Martínez Mediano, *Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos* (pp. 213-240). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez, A, (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)*. Madrid: EOS.
- Goudas, M., Biddle, S., Fox, K. & Underwood, M. (1995). It ain't what you do, it's the way you do it! Teaching style affects children's motivation in track and field lessons. *The Sport Psychologist* , 9, 254-264.
- Guillermain, B. (1955). *Le sport et la <<educación>>*. París: P.U.F.
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R., Mack, D. E., Wilson, P. M. & Zumbo, B. D. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of self-determination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise* , 15, 19-29.
- Gutiérrez, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física*. 77, 5-14.

- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W. & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*(380), 247-257.
- Hallal, P. C., Victoria, C. G., Wells, J. C. & Lima, R. C. (2003). Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(11), 1894-1900.
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B. et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 39 (8), 1423-1434.
- Hayes, C. & Kriska, A. (2008). Role of physical activity in diabetes management and prevention. *Journal of the American Dietetic Association* , 108 (4 Suppl 1), S19-23.
- Hayes, S.; Crocker, P. & Kowalsky, K. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evolution of physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*. 22 (1), 1-14.
- Healy, G. N., Dunstan, D. W., Salmon, J., Cerin, E., Shaw, J. E., Zimmel, P. Z., & Owen, N. (2008). Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes Care*, 31(4), 661-666.
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Hellin, P., Moreno, J.A. & Rodríguez, P.L. (2004). Motivos de práctica físico-deportiva en la región de Murcia. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, volumen 4, número 1 y 2.
- Herazo, Y., Hernández, J. & Domínguez, R. (2012). Etapas de cambio y niveles de actividad física en estudiantes universitarios de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte* , 28 (2), 2998-318.

- Hernández, F. (2012). Conceptualización del proceso de la investigación educativa. En L. Buendía Eisman, M. Colás Bravo, & F. Hernández Pina, *Métodos de Investigación en Psicopedagogía* (págs. 1-60). Madrid: McGraw-Hill.
- Hernández, J. L. & Velázquez, R. (2007). *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben, y qué opinan*. Barcelona: Graó.
- Hernández, R. S., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, H. (2008). Efecto del ejercicio físico en la producción de los neurotransmisores cerebrales y su relación en la prevención de adicciones. <http://www.uantof.cl/semda/Original%20trabajo%20congresoMauricioHerrera.htm>.
- Instituto Municipal de Deportes (2007). *Hábitos y actitudes de los sevillanos en edad escolar ante el deporte*. Sevilla: Instituto Municipal de Deportes.
- Infante, G., Goñi, A. & Villarroel, J. (2011). Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte*. 20 (2), 429-444.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Esperanza de vida: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- International Physical Activity Questionnaire. (21 de Agosto de 2015). *Downloadable questionnaires*. Obtenido de https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links
- IPAQ. (3 de Julio de 2013). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*. Obtenido de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFPbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWwRIZTM>

- Irwin, M. (2009). Physical activity interventions for cancer survivors. *British Journal of Sports Medicine* , 43 (1), 32-38.
- Iso-Ahola, S. E. & St. Clair, B. (2000). Toward a theory of exercise motivation. *Quest* , 52, 131-147.
- Jiménez, A. (2009). Recomendaciones básicas en la prescripción de actividad física orientada hacia la salud. En S. Márquez & N. Garatachea, *Actividad física y salud* (pp. 279-296). Madrid: Díaz de Santos.
- Jiménez, R., Cervelló, E., García, T., Santos-Rosa, F. J. & Iglesias, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 7 (2), 385-401.
- Junta de Extremadura (2009). *Plan Integral para la actividad física y el deporte de Extremadura 2009-2016*. Mérida: Consejería de los Jóvenes y el Deporte. Dirección General de Deporte.
- Kahn, E., Ramsey, L., Brownson, R., Heath, G., Howze, E., Powell, K. et al. (2002). The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine* , 4S (22), 73-107.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin* , 22, 80-87.
- Kemer, M. S. & Grossman, A. H. (1998). Attitudinal, social, and practical correlates to fitness behavior: A test of the theory of planned behavior. *Perceptual and Motor Skills* , 87 (3), 1139-1154.
- King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyler, A. A., Sallis, J. F. & Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psychology* , 19 (4), 354-364.
- Klomsten, A.; Skaalvik, E. & Espnes, G. (2004). Physical self-concept and sport: do gender differences still exist? *Sex Roles*. 50, 119-127.

- Koesther, R., Losier, G. F., Vallerand, R. J. & Carducci, D. (1996). Identified and introjected forms of political internalization: Extending self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1025-1036.
- Kraut, A., Melamed, S., Gofer, R., & Froom, P. (2003). Effect of school age sports on leisure time physical activity in adults: The CORDIS Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(12), 2038-2042.
- Kriska, A. M., & Caspersen, C. J. (1997). Introduction to a collection of physical activity questionnaires. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 6S, 5-9.
- Landry, J. B. & Solmon, M. (2002). Self-determination theory as an organizing framework to investigate women's physical activity behaviour. *Quest*, 54, 332-354.
- Latiessa, M. (2000). Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En M. García Ferrando, J. Ibáñez & F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 409-443). Madrid: Alianza Editorial.
- Lavielle-Sotomayor, P., Pineda-Aquino, V., Jáuregui-Jiménez, O. & Castillo-Trejo, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Revista de salud pública*, 16(2), 161-172.
- Lee, P. H., Macfarlane, D. J., Lam, T. H., & Stewart, S. M. (2011). Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 115.
- León-Latre, M., Moreno-Franco, B., Andrés-Esteban, E. M., Ledesma, M., Laclaustra, M., Alcalde, V. & Casasnovas, J. A. (2014). Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. *Revista Española de Cardiología*, 67(6), 449-455.
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J. F. & Lo, S. K. (1999). Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28 (1), 20-27.

- Lim, B. S. & Wang, C. K. (2009). Perceived autonomy support, behavioural regulations in physical education and physical activity intention. *Psychology of Sport and Exercise* , 10, 52-60.
- López-Cózar, R y Rebollo, S. (2002). La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la calidad de vida y la práctica deportiva realizada. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*. 53.<http://efdeportes.com/>
- Lowery, S. E., Kurpius, S. E., Befort, C., Blanks, E. H., Sollenberg, S., Nicpon, M. F. et al. (2005). Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students. *Journal of College Student Development* , 46 (6), 612-623.
- Luis de Cos, I. (2014). *Entorno social y predicción de la práctica de actividad física y deporte en población adolescente*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. Donostia.
- Mandigo, J. L. & Holt, N. L. (2000). Putting Theory Into Practice: How Cognitive Evaluation Theory Can Help Us Better Understand How To Motivate Children In Physical Activity Enviroments. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance* , 71 (1), 44-49.
- Marcos, F. M., Sánchez-Miguel, P. A., Sánchez-Oliva, D., Amado, D. & García, T. (2013). El liderazgo y el clima motivacional del entrenador como antecedentes de la cohesión y el rol percibido en futbolistas semiprofesionales. *Revista de Psicología del Deporte* , 22 (2), 361-370.
- Marcos, P. J., Orquín, F. J., Belando, N., & Moreno, J. A. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte* , 14 (3), 149-156.
- Marcus, B. & Simkin, L. (1994). The transtheoretical model: a review of applications to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 26, 1400-1404.
- Marcus, B., Banspach, S., Lefebvre, R., Rossi, J., Carleton, R. & Abrams, D. (1992). Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion* , 6, 424-429.

- Marks, D. (1996). Health psychology in context. *Journal of Health Psychology*, 1, 7-21.
- Marqués, R., Hernández, V., Calvo, M. & García-Cebrián, J. A. (30 de septiembre de 2015). *Velo-City Global 2012*. Obtenido de Sevilla: a successful experience of promotion of urban cycling in the south of Europe (SIBUS): http://issuu.com/vicentehernandezherrador/docs/presentacion_velocity/18
- Márquez, S. (2004). Adherencia al ejercicio físico: determinantes, modelos y estrategias de mantenimiento. *Domus*. 11/12, 93-116.
- Márquez, S., & González, R. (2013). Actividad física y bienestar subjetivo. En S. Márquez, & N. Garatachea, *Actividad física y salud* (págs. 71-98). Madrid: Díaz de Santos.
- Márquez, S., Rodríguez, J. y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: Beneficios de la actividad física. *Actividad física y salud Apunts 2006*. 83, 12-24.
- Márquez, S., Vives, L. & Garcés, E. (2013). Adherencia y abandono en la actividad física y deportiva. En S. Márquez & N. Garatachea, *Actividad física y salud* (pp. 225-238). Madrid: Díaz de Santos.
- Marshall, S. & Biddle, S. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (4), 229-246.
- Martín, M., Barripedro, M. I., Martínez, J., Jiménez-Beatty, J. & Rivero-Herráiz, A. (2014). Diferencia de género en los hábitos de la población adulta en la Comunidad de Madrid. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 38(10), 319-335.
- Martínez del Castillo, J.; García, S.; Graupera, J. L.; Jiménez-Beatty, J. E.; Martín, M. y Pouso, J. F. (2002). Hábitos y actitudes de las mujeres mayores en programas de actividad física en sociedades urbanas. *Habilidad Motriz*. 20, 5-12.
- Martínez del Castillo, J.; Martín, M.; Hierro, D., Jiménez-Beatty, J. y González, M. (2008). Barreras a la actividad física en las Mujeres adultas y alternativas de conciliación. *Actividad física y deporte: Ciencia y Profesión*. (9), 12-24.

- Martínez-Gómez, D., Eisenmann, J. C., Gómez-Martínez, S., Veses, A., Marcos, A. & Veiga, O. L. (2010). Sedentarismo, adiposidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Estudio AFINOS. *Revista Española de Cardiología*, 63, 277-285.
- Martínez-González, M. A., Varo, J. J., Santol, J. L., De Irala, J., Gibney, M., Keamey, J. et al. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 33 (7), 1142-1146.
- Martínez-González, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., De Irala, J., Gibney, M., & Kearney, M. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the Europe Union. *Medicine & Sciences in Sports & Excercise*, 33(7), 1142-1146.
- Matos, M. G. (2004). *Comunicação, gestao de conflictos e saúde na escola*. Cruz Quebrada: Facultad de Motricidad Humana. FHM.
- McCarthy, P., Jones, M. & Clark-Carter, D. (2008). Understanding enjoyment in youth sport: a developmental perspective. *Psychology of Sport and Exercise* , 9 (2), 142-156.
- Mendoza, D. y Urbina, A. (2013). Actividad física en el tiempo libre y autopercepción del estado de salud en Colombia. *Apunts. Educación Física y Deporte*. 48 (177), 3-9.
- Mendoza, R., Sagrera, M. & Batista, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: C.S.I.C.
- Mensink, D., Loose, N. & Oomen, C. (1997). Physical activity and its association with other lifestyle factors. *European Journal of Epidemiology* , 13, 771-778.
- Meseguer, C. M., Galán, I., Herruzo, R., Zorrilla, B., & Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Actividad física de tiempo libre en un país mediterráneo del sur de Europa: adherencia a las recomendaciones y factores asociados. *Revista Española de Cardiología*, 62(10), 1125-1133.
- Miller, Y. & Dunstan, D. (2004). The effectiveness of physical activity interventions for the treatment of everweight and obesity and type 2 diabetes. *J Sci Med Sport* , 52-59.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (10 de Octubre de 2014). *Estrategia NAOS*. Obtenido de Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad: <http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/web/observatorio/observatorio.shtml>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (5 de Agosto de 2015). *Encuesta Europea de Salud en España 2009*. Obtenido de Principales resultados. Instituto de Información Sanitaria mayo 2011: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (5 de Agosto de 2015). *Encuesta Europea de Salud en España 2009*. Obtenido de Principales resultados. Instituto de Información Sanitaria mayo 2011: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf

Ministerio de Sanidad, S. S. (10 de Diciembre de 2014). *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición*. Obtenido de Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores: <http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/web/indicadores/indicadores.shtml>

Ministerio de Sanidad, S. S. (15 de Diciembre de 2014). *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición*. Obtenido de Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto de mínimo de indicadores: http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/8_Porccentaje_adultos_practican_alguna_actividad_fisico_deportiva.pdf

Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio. Serie Informes monográficos n° 4*. Madrid.

Ministerio de Sanidad, S. S. (2015). *Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid.

- Mora, M., Araya, A. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, Vol. 1, nº 1 (2004) <http://www.revistas.una.ac.cr/mhsalud>
- Moreno , J. A., Cervelló, E. & González-Cutre, D. (2007). Analizando la motivación en el deporte: un estudio a través de la teoría de la autodeterminación. *Apuntes de Psicología* , 25 (1), 35-51.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M. C., Ramos, P. & Rivera, F. (2006). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. *Summary of the Study Health Behaviour in School Agel Children*.
- Moreno, J. & Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físicodeportiva: fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte* , 6 (2), 39-54.
- Moreno, J. A., González-Cutre, D. & Cervelló, E. (2008). Motivación y salud en la práctica físico-deportiva: diferencia según el consumo de alcohol y tabaco. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 8 (2), 483-494.
- Moreno, J. A., González-Cutre, D. & Ruiz, M. (2009). Self-determined motivation and physical education importance. *Human Movement* , 10, 5-11.
- Moreno, J. A., Sicilia, A., González-Cutre, D. & Cervelló, E. (2006). Creencias implícitas de habilidad en la actividad física y el deporte. *Motricidad. European Journal of Human Movement* , 17, 55-68.
- Moreno, J., Cervelló, E. & Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 8 (1), 171-183.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena en la región del Maule. *Revista Universum*. 22 (2).

- Mullineaux, D., Barnes, C. & Barnes, E. (2001). Factors affecting the likelihood to engage in adequate physical activity to promote health. *Journal of Sports Science* , 19, 279-88.
- Muñoz, A. (4 de Mayo de 2015). *Prevalencia del ejercicio físico y su relación con variables sociodemográficas y conductas de salud en escolares de Córdoba del curso 2005-2006*. Obtenido de Universidad Internacional de Andalucía 2013: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2511/0453_Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1
- Muñoz, D. (2015). *Insatisfacción corporal y práctica de actividad física y deporte en adolescentes de Gipuzcoa*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- Muñoz, J. & Delgado, M. (2010). *Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física*. Consejería de Salud: Junta de Andalucía.
- Navarro, M., Ruiz, J., Brito, E. & Navarro, R. (2010). Salud y actividad física. Efectos positivos y contraindicaciones de la actividad física en la salud y la calidad de vida. *Canarias Médica y Quirúrgica* , 7 (21), 4-13.
- Nicholls, J. G. (1984). Achievement Motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice and performance. *Psychological Review* , 9, 328-346.
- Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ntoumanis, N. (2001). A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology* , 71, 225-242.
- Nuviala, A., Grao, A., Fernández, A., Alda, O., Burges, J. A. & Jaume, A. (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 9(36), 414-430.
- Nuviala, A., Murguía, D., Fernández, A., Ruiz, F. & García, M. E. (2009). Tipologías de ocupación del tiempo libre de los adolescentes españoles. El caso de

- participantes en actividades físicas organizadas. *Journal of Human Sport and Exercise*, 4(1), 31-43.
- Observatorio del Deporte de Sevilla. (2005). *Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte*. Sevilla: Instituto Municipal de Deportes.
- Observatorio del Deporte de Sevilla. (2008). *Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte 2008*. Sevilla: Instituto Municipal de Deportes.
- Observatorio del Deporte Andaluz. (2012). *Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte. 2012*. Empresa Pública para la Gestión del Turismo y del Deporte en Andalucía. S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido de <http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>
- Organización Mundial para la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud. (11 de febrero de 2013). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de Actividad física: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de mayo de 2015). *Informe sobre la salud en el mundo*. Obtenido de Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de Agosto de 2015). *Centro de prensa*. Obtenido de Actividad física. Nota descriptiva nº 384. Febrero de 2014: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de Agosto de 2015). *68ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.3 del orden del día provisional*. Obtenido de Actualización sobre la Comisión para acabar con la obesidad infantil. A 68/10: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_10-sp.pdf
- Orrit, X. (2012). Actividad física y ocio. *El tren de la salud. Revista para la promoción de la salud. Ocio saludable*, 4, 5-9.

- Osler, M., Clausen, J., Visen, K. & Jensen, G. (2001). Social influences and low leisure-time physical activity in young Danish adults. *European Journal of Public Health*, 11, 130-134.
- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38, 105-113.
- Padilla, J., González, A. & Pérez, C. (1998). Elaboración del cuestionario. En A. Rojas, J. Fernández, & C. Pérez, *Investigar mediante encuestas: aspectos teóricos y prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Papaioannou, A., Bebetos, E., Theodorakis, Y., Christodoulidis, T. & Kouli, O. (2006). Casual relationships of sport and exercise involvement with goal orientations, perceived competence and intrinsic motivation in physical education: A longitudinal study. *Journal of Sport Sciences*, 24 (4), 367-382.
- Parlebás, P. (1988). *Elementos de sociología del deporte*. Málaga: Unisport.
- Patel, A., Bernstein, L., Deka, A., Feigelson, H., Campbell, T., Gapstur, S. & Thun, M. J. (2010). Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology*, 172, 419-429.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallernad, R. J., Tuson, K. M., Brière, N. M. & Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17, 35-53.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. I métodos*. Madrid: La muralla.
- Perula, L. Á., LLuch, C., Ruiz, R., Espejo, J., Tapia, G. & Mengual, P. (1998). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas en escolares cordobeses. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 233-244.
- Perula, L., Lluch, C., Ruiz, R., Espejo, J., Tapia, G. & Mengual, P. (1998). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos

de vida en escolares cordobeses. *Revista Española de Salud Pública* , 72, 233-244.

Pierón, M. (2007). Factores determinantes en la inactividad físico-deportiva en jóvenes y adolescentes. En F. Ruiz, J. P. Juan, V. Valenzuela & et al., *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. 15-67). Badajoz: FEADDEF y AMEFEX.

Pierón, M., Telama, R., Almond, L. & Carreiro da Costa, F. (1997). Lifestyle of young europeans: comparative study. En J. Walkuski, S. Wright & T. Kwang, *World conference on teaching coaching and fitness need in physical education and the sport sciences*. (pp. 403-415). Singapore: Proceeding AIESEP.

Población, A. (2006). *Análisis, valoración y plan de intervención orientado hacia la práctica de la actividad física y deporte (pafyd), del alumnado de los centros de educación especial de Cantabria*. (Tesis doctoral). UPV/EHU. Donostia.

Powel, K., Thompson, P. & Caspersen, C. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu Rev Public Health* , 253-287.

Prince, S. A., Adamo, K. B., Hamel, M. E., Hardt, J., Connor Gorber, S., & Tremblay, M. (2008). A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 56.

Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* , 12 (1), 38-48.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice* , 19 (3), 276-288.

Programa Fifty-Fifty. (10 de Octubre de 2014). Obtenido de <http://www.programafiftyfifty.org/index.php?page=recurso&sec=1>

- Pulver, A. E., Bartko, J. J., & McGrath, J. A. (1988). The power of analysis: statistical perspectives. Part 1. *Psychiatry Research*, 23(3), 295-299.
- Quadrilatero, J. & Hoffman-Goetz, L. (2003). Physical activity and colon cancer. A systematic review of potential mechanisms. *J Sports Med Phys Fitness* , 121-138.
- Ramírez, W.; Vinaccia, S. & Suárez, G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*. 18, 67-75.
- Roberts, G. C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals and motivational processes. En G. C. Roberts, *Advances in motivation in sport and exercise* (pp. 1-50). Champaign: Human Kinetics Book.
- Rodgers, W. M. & Gauvin, L. (1998). Heterogeneity of incentives for physical activity and self-efficacy in highly active and moderately active women exercisers. *Journal of Applied Social Psychology* , 28 (11), 1016-1029.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, R.; Poned, P. y Garrido, M. (2009). Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26 (3), 244-254.
- Rodríguez-Romo, G., Cordente, C. A., Mayorga, J. I., Garrido-Muñoz, M., Macías, R., Lucía, A. & Ruiz, J. R. (2011). Influencia de determinantes socio-demográficos en la adherencia a las recomendaciones de actividad física en personas de entre 15 y 74 años de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 351-362.
- Romero, S. (1997). *El Fenómeno de las Escuelas Deportivas Municipales. Nuevos Modelos y Necesidades de Cambio*. Sevilla: Instituto Municipal de Deportes.
- Romero, S. (2001). *Formación Deportiva: Nuevos retos en educación*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones.
- Romero, S. (2002). *Formación deportiva en Andalucía: diagnóstico y evaluación*. Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte.

- Ruiz, F. (2000). Hacia una mejora de la calidad de vida a través de la práctica de actividades físico-deportivo-recreativas. Nuevos retos para la escuela del siglo XXI. En *Actas del IV Congreso Internacional de la Enseñanza de la Educación Física y el Deporte Escolar* (págs. 88-109). Santander: ADEF Cantabria.
- Ruiz, F. & García Montes, M. E. (2005). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Universidad de Almería.
- Ruiz, F., García Montes, M. & Casado, C. (2002). Métodos de investigación en actividad físico deportiva. En F. Ruiz, M. E. García Montes & C. Casado, *Investigación en actividad físico-deportiva. Métodos, técnicas e instrumentos de recogida de datos* (págs. 41-90). Granada: Ananada Publishers.
- Ruiz, F.; Gracia, M. & Díaz, A. (2007). Análisis de las motivaciones de práctica de actividad física y abandono deportivo en la ciudad de la Habana (Cuba). *Anales de Psicología*. Vol. 23, 1 (junio), 152-166.
- Ruiz, G., De Vicente, E. & Vegara, J. (2012). Comportamiento sedentario y niveles de actividad física en una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios. *Journal os Sport and Health Research*, 4(1), 83-92.
- Ruiz-Pérez, L. M., Ramón-Otero, I., Palomo-Nieto, M., Ruiz-Amengual, A., & Navia-Manzano, J. A. (2014). La intención de practicar en el futuro en escolares adolescentes. *Kronos*, 13(2), 1-13.
- Rütten, A., Vuillemin, A., Ooijendijk, W. T., Schena, F., Sjöstrom, M., Stahl, T. & Ziemainz, H. (Jun de 2003). Physical activity monitoring in Europe. The European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) approach and indicator testing. *Public Health Nutrition*, 6(4), 377-384.
- Ryan, A. M., Williams, G. C., Patrick, H. & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology* , 6, 107-124.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology* , 25, 54-67.

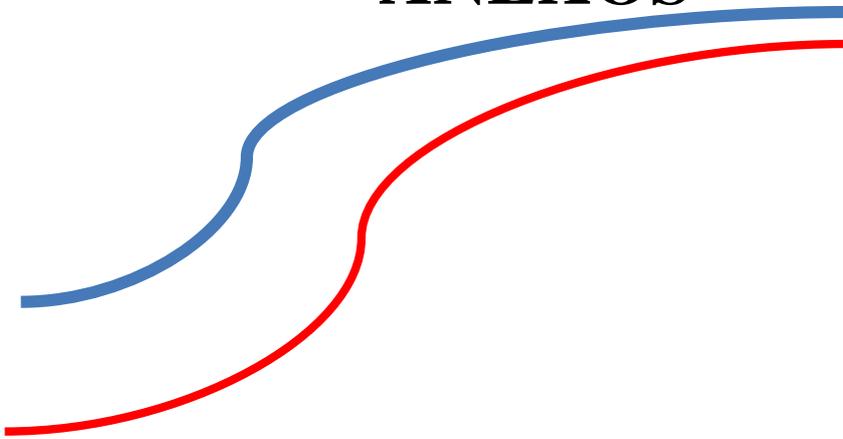
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* , 55 (1), 68-78.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality* , 63, 397-427.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Lepes, D. D., Rubio, N. & Sheldon, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology* , 28, 335-354.
- Salguero, A., González-Boto, R., Tuero, C. & Márquez, S. (2004). Relationship between perceived physical ability and sport participation motives in young competitive swimmers. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* , 44, 294-299.
- Salkind, N.J. (1999). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- Salleras, L. (1985). *Educación Sanitaria: principios y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K. & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health* , 27, 297-322.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J. & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine ans Sciences in Sports and Exercise* , 32, 963-975.
- Sallis, J. F., Simons-Morton, B. G., Stone, E., Corbin, C. B., Epstein, L. H., Faucette, N. et al. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 24 (6 Suppl), S248-257.
- Salselas, V., González-Boto, R., Tuero, C. & Márquez, S. (2007). The relationship of sources of motivation to level of practice in young Portuguese swimmers. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* , 47, 228-233.
- Sánchez Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Sanz, E. (2005). *La práctica físico-deportiva de tiempo libre en universitarios: Análisis y propuestas de mejora*. Universidad de la Rioja.
- Sebire, S. J., Standage, M. & Vansteenkiste, M. (2011). Predicting objectively assessed physical activity from the content and regulation of exercise goals: Evidence for a mediational model. *Journal of Sport & Exercise Psychology* , 33, 175-197.
- Serdà i Ferrer, B.-C., del Valle, A. & Marcos-Gragera, R. (2012). La Adherencia al Ejercicio Físico en un Grupo con Cáncer de Próstata: un Modelo Integrado para la Mejora de la Calidad de Vida. *Psychosocial Intervention* , 20 (10), 1-12.
- Serón, P., Muñoz, S., & Lanas, F. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *Revista médica de Chile*, 138, 1232-1239.
- Serra, J. R., Generelo, E. & Zaragoza, J. (2011). Estado de cambio y su relación con los niveles de actividad física en población adolescente. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* , 11 (42), 298-309.
- Shahyad, S., Pakdaman, S. & Shokri, O. (2015). Prediction of Body Image Dissatisfaction from Self-esteem, Thin-ideal Internalization and Appearance-related Social Comparison. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* , 3 (2), 65-69.
- Shephard, R. (1994). *Aerobic fitness & health*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Sierra Bravo, R. (1992). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (2007). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Thomson.
- SIGMA DOS S.A. (30 de septiembre de 2015). *Cuantificación de bicicletas en los itinerarios de la nueva red de vías ciclistas de Sevilla*. Obtenido de Informe de resultados, julio 2007: <https://svqenbici.files.wordpress.com/2012/04/investigacion-uso-bicicletas-jul-2007.pdf>

- Smith, M. (2004). *Parental influences on the physical activity behavior of children of various ethnic backgrounds*. (Tesina de "Master os Science"). Universidad de Carolina del Norte. EE.UU.
- Stamatakis, E., Hamer, M., & Dunstan, D. (2011). Screen-Based Entertainment Time, All-Cause Mortality, and Cardiovascular Events: Population-Based Study with Ongoing Mortality and Hospital Events Follow-Up. *Journal of the American College of Cardiology*, 57, 292-299.
- Standage, M., Duda, J. L. & Ntoumanis, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict phsycial activity intentions. *Journal of Educational Psychology* , 95 (1), 97-110.
- Standage, M., Duda, J. L. & Ntoumanis, N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology* , 75 (3), 411-433.
- Taylor, S.J. & Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidos.
- Tessier, D., Smith, N., Tzioumakis, Y., Questes, E., Sarrazin, P., Papaioannou, A. et al. (2013). Comparing the objective motivational climate created by grassroots soccer coaches in England, Greece and France. *International Journal of Sport and Exercise Psychology* , 11, 365-383.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F. & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 34 (12), 1996-2001.
- Tuero, C. & Márquez, S. (2009). Estilos de vida y actividad física. En S. Márquez & N. Garatachea, *Actividad Física y Salud* (pp. 35-50). Madrid: Díaz de Santos.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. www.health.gov/paguidelines.

- Van Poppel, M. N., Chinapaw, M. J., Mokkink, L. B., van Mechelen, W., & Terwee, C. B. (2010). Physical activity questionnaires for adults: a systematic review of measurement properties. *Sports Medicine*, 40, 565-600.
- Vansteenkiste, M., Lens, W. & Deci, E. L. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational Psychologist*, 41, 19-31.
- Vaquero-Cristóbal, R., Isorna, M. & Ruiz, C. (2013). Situación actual del consumo de tabaco y su relación con la práctica físico-deportiva en España. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131-148.
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (2007). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Weiss, M. R. & Bressan, E. S. (1985). Relating instructional theory to children's psychosocial development. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 34-36.
- Weiss, M. R. & Chaumeton, N. (1992). Motivational orientatio in sport. En T. S. Horn, *Advances in sport psychology* (págs. 61-69). Champaign: Human Kinetics.
- WHO World Health Survey . (21 de Agosto de 2015). *Health statistics and information systems 2002-2004*. Obtenido de <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>
- Williams, N., Hendry, M., France, B., Lewis, R. & Wilkinson, C. (2007). Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *British Journal of General Practice*, 57 (545), 979-986.
- Winkler, E. A., Gardiner, P. A., Clark, B. K., Matthews, C. E., Owen, N. & Healy, G. N. (2012). Identifying sedentary time using automated estimates of accelerometer wear time. *British Journal of Sports Medicine*, 46, 436-442.

ANEXOS



ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DE PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA

RUTA: <input type="text"/>	ENCUESTADOR: <input type="text"/>	CÓDIGO MUNICIPIO: <input type="text"/>
DISTRITO: <input type="text"/>	SECCIÓN: <input type="text"/>	Nº ENCUESTA: <input type="text"/>

Esta encuesta está diseñada para obtener información sobre el tipo de actividad física y deportiva que se realiza en Sevilla.

Su finalidad es mejorar la oferta deportiva y hacerla más accesible a todas las personas.

Entendemos por actividad físico-deportiva toda aquella actividad física que se da mediante la participación organizada o libre, y que tiene como objetivo expresar o mejorar la forma física y mental, divertirse en tu tiempo libre, crear nuevas relaciones u obtener resultados competitivos.

1.- ¿Practica o ha practicado durante los últimos 12 meses alguna actividad físico-deportiva?. No importa que sea muy poco frecuente. *Subrayar que no importa que sea poco frecuente*

- Sí 1
- No 2

2.- ¿Ha dejado de practicar alguna actividad físico-deportiva durante los últimos 5 años?

- Sí 1
- No 2

3.- ¿Qué grado de importancia tiene actualmente para usted practicar actividades físico-deportivas? Indique el grado de importancia en una escala de 1 a 9, significando 1= en absoluto importante para mí y 9= muy importante para mí.

En absoluto importante								Muy importante
1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.- ¿Le gustaría comenzar a realizar alguna (otra) actividad físico-deportiva?

- Sí 1
- No 2
- Ns/Nc 99

5.- ¿Cómo considera su forma física en la actualidad? *Leer las respuestas*

- Muy mala 1
- Buena 4
- Mala 2
- Muy buena 5
- Normal 3

6.- ¿El tipo o cantidad de actividad físico-deportiva que actualmente puede hacer está limitada a causa de alguna enfermedad, lesión o minusvalía? *Si no responde leer las respuestas*

- No 1
- Sí, por un tipo de enfermedad temporal 2
- Sí, por una enfermedad larga o crónica 3
- Sí, por una lesión temporal 4

- Sí, por una lesión permanente o minusvalía 5

7.- Indíqueme cuáles de las siguientes personas practican alguna actividad físico-deportiva. Contésteme sí o no por cada opción. Leer respuestas

	NO practican	SI practican	Nada					Mucho
1. Madre	2	1 →	1	2	3	4	5	
2. Padre	2	1 →	1	2	3	4	5	
3. Hijos/as	2	1 →	1	2	3	4	5	
4. Hermanos/as	2	1 →	1	2	3	4	5	
5. Pareja	2	1 →	1	2	3	4	5	
6. Amigos/as	2	1 →	1	2	3	4	5	
7. Compañeros/as de trabajo/estudios	2	1 →	1	2	3	4	5	

8.- Durante el último año, ¿en qué medida se traslada a realizar sus tareas diarias (escuela, universidad, trabajo, otros...) de la siguiente forma? Contésteme cada opción señalando si nunca, a veces o siempre. Marcar la opción.

	(Casi) nunca	A veces	(Casi) siempre
1. A pie / en bici	1	2	3
2. En transporte público (autobús, tres...)	1	2	3
3. En transporte privado (coche, moto...)	1	2	3

9.- ¿En el último año, en qué medida realiza usted actividad física durante su ocupación habitual y diaria? Contésteme en una escala de 1 a 9, en la que 1= nada y 9= mucho.

Nada								Mucho
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria (EN CASA, EN EL TRABAJO, EN EL TIEMPO LIBRE). Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los ÚLTIMOS 7 DÍAS. TENGA EN CUENTA TAMBIÉN LAS ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. Por favor, responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa

10.- Piense acerca de todas aquellas actividades **vigorosas** que realizó en los **últimos 7 días**. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal. Piense solamente en esas actividades que realizó por lo menos 10 minutos continuos.

Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días ha realizado actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta?

- Ninguna actividad física vigorosa 0 → **(PASAR A LA PREGUNTA 12)**
- día(s) por semana

11.- ¿Cuánto tiempo en total le suele llevar realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días?

horas y minutos por día

Ns/Nc

99

12.- Piense en aquellas actividades **moderadas** que realizó en los **últimos 7 días**. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hacen respirar algo más fuerte de lo normal. Piense solamente en esas actividades que realizó por lo menos 10 minutos continuos.

Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días ha realizado actividades físicas moderadas como cargar cosas ligeras, pedalear en bici a paso regular, o juego de dobles en tenis? Sin incluir caminatas

- Ninguna actividad física moderada 0 → **(PASAR A LA PREGUNTA 14)**
- día(s) por semana

13.- Usualmente, ¿Cuánto tiempo le dedica a hacer actividades físicas moderadas en uno de esos días?

horas y minutos por día Ns/Nc 99

14.- Piense acerca del tiempo que le dedicó a caminar en los **últimos 7 días**. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier paseo que hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días caminó por al menos 10 minutos continuos?

- No caminé 0 → **(PASAR A LA PREGUNTA 17)**
- días por semana

15.- Usualmente, ¿Cuánto tiempo pasa caminando uno de esos días?

horas y minutos por día Ns/Nc 99

16.- ¿Con qué intensidad caminó usted uno de esos días?

- A paso lento 1
- A paso moderado 2
- A paso rápido 3

17.- La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció **sentado/a** en los **últimos 7 días**. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado/a en un escritorio, visitando amigos/as, leyendo o permanecer sentado o acostado/a mirando la televisión (no incluya las horas que duerme)

Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día entre semana?

horas y minutos por día Ns/Nc 99

18.- ¿Y en un día de fin de semana?

horas y minutos por día Ns/Nc 99

19.- Comparando con los dos años anteriores, diría usted que en la actualidad tiene una vida...Leer respuestas

- Menos activa 1
- Igualmente activa 2
- Más activa 3

20.- ¿En qué medida tiene la intención de seguir practicando algún tipo de actividad físico-deportiva? Contésteme en una escala de 1 a 9, en la que 1= poco y 9= mucho.

Poco									Mucho
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

A continuación, le hacemos unas preguntas sobre su estado general de salud

21.- Por favor, contésteme en qué medida tuvo las siguientes sensaciones durante el último año. Contésteme con una opción de las siguientes: 1= nada, 2= un poco, 3= moderadamente, 4= bastante y 5= mucho. Marcar un número en cada casilla

	Nada	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Mucho
1. Intranquilo/a	1	2	3	4	5
2. Triste	1	2	3	4	5
3. Cansado/a	1	2	3	4	5
4. Animado/a	1	2	3	4	5
5. De mal genio	1	2	3	4	5

22.- ¿Cuántos días estuvo usted enfermo/a durante los últimos 12 meses?

- Ninguno 0
- días
- Ns/Nc 99

23.- ¿Cuántos días durante el año pasado algún tipo de enfermedad le impidió asistir a sus tareas/ ocupaciones habituales: trabajo, estudios...?

- Ninguno 0
- días
- Ns/Nc 99

24.- En general, ¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Leer las respuestas

- Muy malo 1 • Malo 2 • Normal 3
- Bueno 4 • Muy bueno 5

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DE PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA

Nombre: _____

Fecha: _____ **Tiempo:** _____ **Distrito:** _____

Esta encuesta está diseñada para obtener información sobre el tipo de actividad física y deportiva que se realiza en Sevilla.

Su finalidad es mejorar la oferta deportiva y hacerla más accesible a todas las personas.

Entendemos por actividad físico-deportiva toda aquella actividad física que se da mediante la participación organizada o libre, y que tiene como objetivo expresar o mejorar la forma física y mental, divertirse en tu tiempo libre, crear nuevas relaciones u obtener resultados competitivos.

1.- ¿Sigue practicando durante estos últimos 12 meses alguna actividad físico-deportiva?. No importa que sea muy poco frecuente. Subrayar que no importa que sea poco frecuente

- Sí 1
- No 2 → **(PASAR A PREGUNTA 6)**

Todas las preguntas que le vamos a formular a continuación hacen referencia a la actividad físico-deportiva que usted ha realizado durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

2.- ¿Qué actividad físico-deportiva ha practicado usted con mayor frecuencia en el último año?. Apuntar respuesta en la casilla 1 de la tabla.

¿Y con qué frecuencia? Marcar la respuesta con una cruz en la tabla al lado de la casilla 1. Si no sabe responder ayudar diciendo las repuestas posibles

¿Practica otro tipo de actividades físico-deportivas? ¿Cuáles?. Apuntar en las casillas 2, 3, 4 y 5 si fuera necesario

¿Y con qué frecuencia? **Seguir el mismo procedimiento que**

Actividades físico-deportivas	FRECUENCIA			
	Menos de 1 vez al mes	De 1 vez al mes a 1 vez por semana	2 veces a la semana	Más de 2 veces a la semana
	1-11 veces/año	12-59 veces/año	60-119 veces/año	120 veces o más/año
1.- _____ () () ()	1	2	3	4
2.- _____ () () ()	1	2	3	4
3.- _____ () () ()	1	2	3	4
4.- _____ () () ()	1	2	3	4
5.- _____ () () ()	1	2	3	4

3.-¿Con qué intensidad o esfuerzo ha practicado la actividad físico-deportiva que más frecuentemente realiza?. Mencionar la primera actividad apuntada. Elija una respuesta de las tres opciones que le voy a dar. Leer respuestas enteras y marcar con una cruz la opción elegida. (MOSTRAR CARTÓN Nº 2)

- Puede realizar la actividad durante una hora o más sin cansarse 1
- La actividad hace aumentar su nivel de respiración y latido de corazón, como caminar rápido, y produce cansancio tras 15 o 30 minutos 2
- Realiza la actividad al casi máximo esfuerzo y produce fatiga después de algunos minutos, como correr rápido. 3

4- ¿Cuál es la duración de la actividad físico-deportiva que más frecuentemente practica? (MOSTRAR CARTÓN N° 3)

- De 5 a 15 minutos 1
- De 15 a 30 minutos 2
- De 30 a 45 minutos 3
- De 45 a 60 minutos 4
- Más de 1 hora 5

5.- A continuación le presentamos diferentes razones por las que las personas realizan sus actividades físico-deportivas. Indique en qué medida cada razón se aplica a su caso en una escala de 1= nada a 9= mucho. Durante el último año, usted practica actividades físico-deportivas por diversión, 1 nada y 9 mucho... Seguir leyendo.

	Nada									Mucho	NS/NC
1. Por diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
2. Por estar con amigos/as , con otra gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
3. Por mantener la línea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
4. Por motivos de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
5. Por desconectar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
6. Por afán de competición	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
7. Por mejorar su atractivo físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
8. Por hacer carrera deportiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
9. Otros (<i>especificar</i>):	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	

6.- ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de practicar la actividad físico-deportiva?

	De forma intermitente en los 12 meses
	Dejó de practicar
1. Porque no quiero/ no me gusta	<input type="checkbox"/>
2. Porque me aburre	<input type="checkbox"/>
3. Porque me da pereza	<input type="checkbox"/>
4. Por problemas de salud	<input type="checkbox"/>
5. Por lesiones	<input type="checkbox"/>
6. Por algún tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/>
7. Por falta de motivación	<input type="checkbox"/>
8. Por falta de tiempo en el trabajo o en el colegio/estudios	<input type="checkbox"/>
9. Por falta de tiempo por obligaciones familiares	<input type="checkbox"/>
10. Porque hago otras actividades en mi tiempo de ocio	<input type="checkbox"/>
11. Por que es demasiado caro	<input type="checkbox"/>
12. Porque no hay instalaciones cerca (o las que hay no son apropiadas)	<input type="checkbox"/>
13. Porque no hay entrenadores/ personal cualificado	<input type="checkbox"/>
14. Porque no tengo las habilidades que se necesitan	<input type="checkbox"/>
15. Porque no tengo información sobre qué actividad físico-deportiva o cómo practicarla	<input type="checkbox"/>
16. Otros (<i>especificar</i>):	<input type="checkbox"/>

7.- ¿Cómo considera su forma física en la actualidad? Leer las respuestas

- Muy mala 1
- Buena 4
- Mala 2
- Muy buena 5
- Normal 3

8.- Por favor, contésteme en qué medida tuvo las siguientes sensaciones durante el último año.

Contésteme con una opción de las siguientes: 1= nada, 2= un poco, 3= moderadamente, 4= bastante y 5= mucho. Marcar un número en cada casilla

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Bastante	Mucho
1. Intranquilo/a	1	2	3	4	5
2. Triste	1	2	3	4	5
3. Cansado/a	1	2	3	4	5
4. Animado/a	1	2	3	4	5
5. De mal genio	1	2	3	4	5

9.- En general, ¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Leer las respuestas

- Muy malo 1
- Bueno 4
- Malo 2
- Muy bueno 5
- Normal 3

Preguntas en relación a los últimos 7 años

10.- ¿Ha seguido practicando actividad físico-deportiva de forma continuada, intermitente, o por el contrario ha dejado de practicar durante los últimos siete años?

Continuada___ Intermitente___ Abandono___
(Si contesta continuada, pasar a la pregunta 13)

11.- ¿Durante cuánto tiempo ha interrumpido su actividad físico-deportiva?

___ años ___ meses

12.- ¿Cuál es la razón principal por la que interrumpió o abandonó la práctica de actividad física-deportiva?

Salud___ Económica___ Laboral___ Otras circunstancias:_____

13.- ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente?. Leer las respuestas

- Trabaja 1
- Jubilado/a o pensionista (anteriormente trabajando) 2
- Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores...) 3
- Parado/a y ha trabajado antes 4
- Parado/a y busca su primer empleo 5
- Estudiante 6
- Sus labores 7
- Otros (*especificar*)_____ 8

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN