

Universidad de Alcalá
Departamento de Psicopedagogía y Educación Física



**Salud, condición física, dependencia funcional y
competencia motriz y corporal percibidas en las
personas mayores en España**

TESIS DOCTORAL

AUTOR:

José Carlos Calero Cano
Licenciado en CC. De la Actividad Física y del Deporte

DIRECTORES:

Dr. D. Manuel Hernández Vázquez
Dra. Dña. María Espada Mateos

Alcalá de Henares, 2011

Universidad de Alcalá
Departamento de Psicopedagogía y Educación Física



**Salud, condición física, dependencia funcional y
competencia motriz y corporal percibidas en las
personas mayores en España**

TESIS DOCTORAL

AUTOR:

José Carlos Calero Cano
Licenciado en CC. De la Actividad Física y del Deporte

DIRECTORES:

Dr. D. Manuel Hernández Vázquez
Dra. Dña. María Espada Mateos

Alcalá de Henares, 2011

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido realizado dentro del Proyecto Coordinado de I+D+i DEP2005-00161-C03-00 “Incidencia del envejecimiento de la población en las infraestructuras, la gestión deportiva, y las barreras para la práctica del deporte para todos en las personas mayores en España”, y en concreto su subproyecto DEP2005-00161-C03-01 “Investigación prospectiva sobre la influencia del envejecimiento demográfico en las infraestructuras, las necesidades y las barreras percibidas para la práctica del deporte para todos en las personas mayores en España”. Por ello deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todos los miembros del equipo investigador, entre los que se encuentran mis directores de tesis, y los doctores Jesús Martínez del Castillo, María Martín Rodríguez, y José Emilio Jiménez-Beatty Navarro, por haberme dado la oportunidad de participar en el proyecto y por su constante apoyo y orientación en la realización de la presente tesis.

A Jesús y a Manolo, por ser dos excelentes personas, por apoyarme en todo momento, por creer siempre en mí, por ayudarme a creer en la justicia y porque sin ellos la realización de esta tesis no habría sido posible. A Manolo, por estar ahí siempre que se le necesita, por su ánimo, por su apoyo, por su comprensión y por todo el tiempo que ha invertido en esta tesis. A Jesús, por todo lo que me ha enseñado y me sigue enseñando, por transmitirme que todo el mundo merece una oportunidad, por su altruismo, por cada uno de los minutos, horas y días que me ha dedicado, por animarme en los momentos más difíciles y porque no sé si algún día podré llegar a agradecerle todo lo que ha hecho por mí.

A mi familia, a mis tíos, primos y abuelos, por preocuparse siempre por mí y por su cariño. A mis padres, por los valores que me han transmitido, por hacer todo lo posible para que nos realizásemos como personas y por luchar siempre para darnos lo mejor. A mi hermana mayor, Chelo, por cuidar siempre de mí. A mis hermanos pequeños, Hugo y Luna y a mis sobrinas, Sara y Carolina, por el cariño que siempre me dan y por todos los momentos que no he podido pasar con ellos.

A todos mis amigos, especialmente a David y Borja por estar siempre a mi lado.

A la familia de María por animarme y por preocuparse siempre por mí.

A María, por comprenderme en todo momento, por sus ánimos, por su gran ayuda, por su apoyo, por su amor, por los fines de semana y vacaciones que no he podido dedicarle y porque sin ella tampoco habría sido posible esta tesis.

Muchas gracias a todos.

RESUMEN

Actualmente estamos asistiendo a un lento e inexorable proceso de envejecimiento demográfico de la población, no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional, especialmente en los países desarrollados (Weinert y Timiras, 2003; Pühse, 2003; Merino, 2007; Giannakouris, 2008; Del Barrio y Abellán, 2009 y Castillo, 2009). Por ello, las personas mayores conforman un grupo poblacional de excepcional interés en el campo de la investigación. De hecho, es uno de los ámbitos en el que políticos, instituciones, científicos, profesionales de la sanidad, de la actividad física y el deporte, etc. muestran un elevado interés. En este sentido, son numerosos los congresos, jornadas científicas, estudios e investigaciones que centran su atención en las personas mayores, y más concretamente en los aspectos que relacionan a este grupo poblacional con la actividad física y el deporte.

Asimismo, existen multitud de estudios que muestran los beneficios que la actividad física y el deporte pueden aportar a las personas mayores, no sólo en el plano físico, sino también en los planos psicológico, afectivo y social (Malbut-Shennan y Young, 1991; Ortega, 1992; Salvador et al., 1995; Wark, 1996; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair y Brodney, 1999; Blain et al., 2000; Stearns et al., 2000; Holt et al., 2001; Laurin, et al., 2001; Maceira, 2001; National Institutes of Health, 2001; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Chodzko-Zajko, 2002; Strawbridge et al., 2002; Sagiv, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Castillo, 2007, 2009; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007; Lemmens et al., 2008; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Krejza, 2009 y Santin-Medeiros y Garatachea, 2010).

No obstante, y a pesar de la gran valoración que las personas mayores proporcionan a la actividad física (CIS, 2010), no se puede obviar que el índice de inactividad en esta población es muy elevado, aspecto que ha sido expuesto por diferentes autores (Tokarski, 1991; National Institutes of Health, 2001; Chodzko-Zajko, 2002; OMS, 2002; Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; García-Ferrando, 2006; Martínez del Castillo et al., 2006; Nelson et al., 2007; Troiano et al., 2008; Castillo, 2007, 2009; Castejón y Abellán, 2009; Rubio, 2009 y CIS, 2010).

Al respecto, diversas investigaciones (Allmer, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; Baert et al., 2011 y Martínez del Castillo, Martín, Santacruz, Espada y Jiménez-Beatty, 2011) recogen las posibles barreras por las que las personas mayores no presentan un mayor índice de participación en actividades físicas y deportivas,

encontrándose entre los motivos que exponen estas personas aspectos relacionados con la salud, la baja condición física, la dependencia para realizar ciertas cosas y la baja competencia motriz y corporal. En este sentido, es importante conocer la percepción de las personas mayores sobre estas variables con el fin de establecer futuros planes de actuación.

Asimismo, Schwartzmann (2003), Fernández-Mayoralas et al. (2007) y Castejón y Abellán (2009) señalan la importancia de incorporar a las investigaciones científicas la percepción subjetiva de las personas para predecir futuras situaciones y necesidades, así como para servir de base para diseñar y evaluar programas de intervención.

Sin embargo, no se ha llevado a cabo todavía ningún estudio representativo del conjunto de las personas mayores en España que permita conocer como perciben su salud, su condición física, su competencia motriz y corporal y si tienen o no dependencia funcional. Tampoco ha sido realizada ninguna investigación que estudie las citadas variables según los tipos de demanda definidos por Jiménez-Beatty (2002), ni que relacione todo ello con las variables sociodemográficas, los hábitos de pasear, las actividades practicadas o deseadas, la frecuencia de práctica realizada o esperada y la práctica o el deseo de ésta en presencia de un profesor o profesora. Todos estos aspectos son abordados en profundidad en la presente tesis doctoral.

Esta investigación ha sido realizada dentro del Proyecto Coordinado de I+D+i DEP2005-00161-C03-00 “Incidencia del envejecimiento de la población en las infraestructuras, la gestión deportiva, y las barreras para la práctica del deporte para todos en las personas mayores en España”, y este proyecto se ha realizado de acuerdo con las líneas de investigación del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica.

La población objeto de estudio es el conjunto de personas mayores de 65 años cumplidos o más empadronadas en España. El tamaño de la muestra real final estuvo compuesta por 933 personas y para su cálculo se consideraron varios aspectos: la población era infinita; se recurre en la varianza poblacional al supuesto más desfavorable donde “P” y “Q” son iguales, con el 50% cada uno y el intervalo de confianza es del 95.5%, con un margen de error del $\pm 3.08\%$.

El análisis de datos ha sido efectuado tras ser tabulados y mecanizados éstos informáticamente. Se ha realizado un análisis descriptivo univariable y bivariable y un análisis inferencial a través de tablas de contingencia que incluyen el valor de Chi-

cuadrado de Pearson y su significación, así como el coeficiente de correlación Phi. Todo ello empleando el paquete de programas SPSS para WINDOWS (V 15.0).

Entre las conclusiones más relevantes se ha obtenido que la mayoría de las personas mayores en España afirman sentirse bastante o muy satisfechas con su estado de salud, aunque existe un elevado número de personas que afirman estar algo o nada satisfechas con el mismo. Además, se ha encontrado que a pesar de que más de la mitad de las personas mayores perciben su condición física como buena o muy buena, existen muchas personas que la perciben como algo deficiente o mala. Por otra parte, se ha obtenido que la inmensa mayoría de las personas mayores no necesitan ayuda para realizar las tareas cotidianas, es decir, no tienen dependencia funcional.

Finalmente, se ha comprobado que las personas que realizan actividad física o deporte perciben mejor su estado de salud, creen que tienen un mayor nivel de condición física, mayor grado de competencia motriz y corporal y además, presentan menor dependencia funcional que las personas inactivas. A pesar de ello, se ha encontrado un elevado porcentaje de personas que no practican actividad física o deporte.

ABSTRACT

Currently we are witnessing a slow and inexorable process of demographic aging of the population, not only nationally but also internationally, and especially in developed countries (Weinert and Timiras, 2003; Pühse, 2003; Merino, 2007; Giannakouris, 2008; Del Barrio and Abellán, 2009 and Castillo). Therefore, the elderly make up a population group of particular interest in the field of research. This is in fact, one of the areas in which politicians, institutions, scientists, health professionals, physical activity and sport professionals, etc are showing a high interest. In this regard, there are numerous conferences, scientific seminars, studies and research that focus on the elderly, and more specifically on issues that relate this population group to physical activity and sport.

Also, there are plenty of studies that show the benefits that physical activity and sport can bring to older people, not only on the physical plane, but also on the psychological, emotional and social. (Malbut-Shennan and Young, 1991; Ortega, 1992; Salvador et al., 1995; Wark, 1996; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair and Brodney, 1999; Blain et al., 2000; Stearns et al., 2000; Holt et al., 2001; Laurin, et al., 2001; Maceira, 2001; National Institutes of Health, 2001; Thune and Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Chodzko-Zajko, 2002; Strawbridge et al., 2002; Sagiv, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Denk and Pache, 2003; Pühse, 2003; Castillo, 2007, 2009; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007; Lemmens et al., 2008; Castañeda, Campos and Garrido, 2009; Krejza, 2009 and Santin-Medeiros and Garatachea, 2010).

Nevertheless and despite the great value that older people provide to physical activity (CIS, 2010), the fact that the rate of inactivity in this population is very high cannot be ignored, something that has been discussed by different authors (Tokarski, 1991; National Institutes of Health, 2001; Chodzko-Zajko, 2002; OMS, 2002; Martínez del Castillo and Jiménez-Beatty, 2002; Allmer, 2003; Denk and Pache, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; García-Ferrando, 2006; Martínez del Castillo et al., 2006; Nelson et al., 2007; Troiano et al., 2008; Castillo, 2007, 2009; Castejón and Abellán, 2009; Rubio, 2009 and CIS, 2010).

In this regard, various studies (Allmer, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; Baert et al., 2011 and Martínez del Castillo, Martín, Santacruz, Espada and Jiménez-Beatty, 2011) enumerate the potential barriers impeding older people to show a higher rate of participation in physical activities and sports, being among the reasons given by these people health issues, poor physical condition, dependency from others to

perform certain activities, and low motor and corporal competence. In this sense, it is important to know the perception of older people on these variables in order to establish future action plans.

Likewise, Schwartzmann (2003), Fernández-Mayoralas et al. (2007) and Castejón and Abellán (2009) stress the importance of incorporating the subjective perception of the people to scientific research so as to predict future situations and needs, and to serve as a basis for designing and evaluating intervention programs.

However, no representative study for the whole group of older people in Spain has yet been carried out that shows how they perceive their health, fitness, motor and corporal competences and whether or not they suffer from functional dependency.

Neither has any research been done to study the aforementioned variables according to the request types as defined by Jiménez-Beatty (2002), nor one relating them to socio-demographic variables, walking habits, practiced or desired activities, the frequency of practice carried out or expected, and the practice or desire for it in the presence of a teacher. All of these aspects are addressed in depth in this thesis.

This research has been conducted within the Coordinated Project I+D+i DEP2005-00161-C03-00 "The effects of population aging on the infrastructure, sports management, and barriers to sport practice for the elderly in Spain" and this project has been managed according to the research line dictated by the National Plan for Scientific Research, Development and Technological Innovation.

The target population is the group of people aged 65 years or over who are registered in Spain. The size of the actual final sample consisted of 933 persons and for their calculation several aspects were considered: the population was infinite; the worst case scenario was considered in the population variance where "P" and "Q" are equals, with 50 % each and the confidence interval is 95.5%, with a margin of error of $\pm 3.08\%$. The analysis of data has been carried out after these had been tabulated and computationally mechanized. Both a uni-variable and a bi-variable descriptive analysis have been performed, as well as an inferential analysis by means of contingency tables including Pearson's value of Chi-square and its significance, and the correlation coefficient Phi. All of this using the software package SPSS for Windows (V 15.0).

Among the most relevant conclusions, it has been obtained that most of the elderly in Spain state that they feel fairly or very much satisfied with their health, although there is a large number of people who claim to be a little or not satisfied at all with it. Besides, it has been found that although more than half of the elderly perceive

their physical condition as being either good or very good, there are many people who perceive it as being poor or bad. On the other hand, the vast majority of seniors do not require help to carry out everyday tasks, ie, they do not show functional dependency.

Finally, those who practice sport or physical activities have been found to perceive themselves as healthier, with a higher level of fitness as well as a higher degree of motor and corporal competence, also showing a lower functional dependence than inactive people. In spite of all this, a high percentage of people who do not practice physical activity or sport has been found.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	37
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	39
1.2 PROCESO METODOLÓGICO Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	43
2. MARCO TEÓRICO.....	45
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO, LA VEJEZ Y LA TERCERA EDAD.....	47
2.1.1 Concepto de envejecimiento, vejez y tercera edad.....	47
2.1.2 Teorías sobre el envejecimiento.....	56
2.1.2.1 Teorías biológicas.....	56
2.1.2.2 Teorías psicosociales.....	65
2.1.3 El envejecimiento demográfico de la sociedad actual.....	68
2.2 LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE EN LA TERCERA EDAD.....	81
2.2.1 Contextualización de la actividad física y el deporte en la tercera edad.....	81
2.2.2 Profesionales de la actividad física y el deporte en la tercera edad...	95
2.2.3 Hábitos físico-deportivos de las personas mayores.....	105
2.2.3.1 Actividades físico-deportivas practicadas y frecuencia de práctica de las personas mayores.....	120
2.2.3.2 Actividades físico-deportivas y frecuencia de práctica deseadas por las personas mayores.....	127
2.3 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE EN LA TERCERA EDAD.....	133
2.3.1 Beneficios de la práctica de actividad física y deporte para la salud, la condición física, dependencia funcional y la competencia motriz y corporal de las personas mayores.....	133
2.3.2 Salud y actividad física en las personas mayores.....	155
2.3.2.1 Conceptualización de la salud en las personas mayores.....	155
2.3.2.2 La salud percibida por las personas mayores.....	160

2.3.3 La condición física en las personas mayores.....	168
2.3.3.1 Conceptualización de la condición física en las personas mayores....	168
2.3.3.2 La condición física percibida por las personas mayores.....	175
2.3.4 La competencia motriz y corporal en las personas mayores.....	178
2.3.4.1 Conceptualización de la competencia motriz y corporal en las personas mayores.....	178
2.3.4.2 La competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores.....	181
2.3.5 La dependencia funcional en las personas mayores.....	186
2.3.5.1 Conceptualización de la dependencia funcional en las personas mayores.....	186
2.3.5.2 La dependencia funcional percibida por las personas mayores.....	193
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	199
4. METODOLOGÍA.....	205
4.1 UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	207
4.2 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN. CUESTIONARIO APLICADO.....	214
4.3 PROCEDIMIENTO.....	215
4.4 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	216
5. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	217
5.1 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.....	219
5.1.1 Relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas.....	219
5.1.2 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas.....	243

5.1.3 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear.	270
5.2 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ.....	277
5.2.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor.....	279
5.2.2 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente. relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor.....	329
5.2.3 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente. Relaciones con las variables sociodemográficas.....	377
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	407
6.1 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.....	409
6.1.1 Relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas.....	409
6.1.2 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas.....	420
6.1.3 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear.	432
6.2 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ.....	435

6.2.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor.....	435
6.2.2 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente. relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor.....	455
6.2.3 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente. Relaciones con las variables sociodemográficas.....	466
7. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	473
7.1 CONCLUSIONES: CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.....	475
7.1.1 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España.....	475
7.1.2 Conclusiones: relaciones entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España, con las variables sociodemográficas.....	476
7.1.3 Conclusiones: relaciones entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España, con los hábitos de pasear.....	477
7.2 CONCLUSIONES: CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ.....	478
7.2.1 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida.....	478

7.2.2 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente.....	480
7.2.3 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda ausente.....	482
7.3 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	484
8. BIBLIOGRAFÍA.....	487
9. ANEXOS.....	513
Anexo I. Cuestionario aplicado en la investigación.....	515
Anexo II. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas.....	527
Anexo III. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas	559
Anexo IV. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear.....	609
Anexo V. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor.....	623
Anexo VI. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor.....	709
Anexo VII. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente con las variables sociodemográficas.....	797

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

2. MARCO TEÓRICO	45
Tabla 1. Comparación de los dos Modelos del Envejecimiento (Oña, 2002, p. 16).....	53
Tabla 2. Clasificación y breve descripción de las principales teorías del envejecimiento (Weinert y Timiras, 2003, p. 1707).....	65
Gráfico 1. Inversión de la tendencia demográfica en España (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 44).....	70
Gráfico 2. Evolución de la población mayor. España, 1900-2060 (miles) (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 44).....	72
Gráfico 3. Crecimiento medio anual de la población mayor, 1900-2050 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 45).....	73
Gráfico 4. Diferencia entre hombres y mujeres por grupos de edad, 2007 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 62).....	74
Gráfico 5. Población según sexo y edad, 2007 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 64).....	75
Gráfico 6. Esperanza de vida al nacer por sexo, 1900-2000 (Equipo Portal Mayores, 2009, P. 14).....	75
Gráfico 7. Pirámide poblacional, EU27, 2008, 2060 (Giannakouris, 2008, p. 3).....	76
Gráfico 8. Personas de 65 años y más en regiones desarrolladas y en desarrollo por grupos de edad, 2000-2050 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 46).....	78
Gráfico 9. Esperanza de vida al nacer. UE 2007 (IMSERSO, 2010).....	79
Gráfico 10. Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde un enfoque del ciclo vital (OMS, 2002, p. 81, adaptado de Aboderin y col., 2002).....	85
Gráfico 11. Relaciones entre los factores y variables en el proceso de socialización para participar en actividades físicas en la tercera edad (Martínez del Castillo et al., 2010, p. 1099).....	115
Gráfico 12. Factores socio-ecológicos que influyen en la participación y adherencia a la actividad física y el deporte por parte de las mujeres de edad avanzada y de mediana edad (Seguin et al., 2010, p. 204).....	116
Gráfico 13. Interacciones producidas en el modelo de envejecimiento basado en el estilo de vida (Life-Span) (Oña, 2002, p. 22).....	136

Gráfico 14. Hipótesis de la influencia de la dosis de actividad física (tipo, duración, intensidad, frecuencia) sobre los posibles mecanismos biológicos que operan en el desarrollo del cáncer (Thune y Furberg, 2001, p. S530).....	143
Tabla 3. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas metabólico, cardiovascular y respiratorio en las personas mayores.....	152
Tabla 4. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas músculo-esquelético y nervioso en las personas mayores.....	153
Tabla 5. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas endocrino, inmunológico y digestivo y en la prevención de cáncer en las personas mayores.....	154
Tabla 6. Beneficios de la actividad física y el deporte en el plano psico-afectivo-social en las personas mayores.....	155
Gráfico 15. Calidad de vida relacionada con la salud (Schwartzmann, 2003, p.18).....	160
Gráfico 16. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses por las personas mayores según la edad (INE, 2006).....	163
Tabla 7. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses por las personas mayores según la edad y el sexo (INE, 2006).....	164
Gráfico 17. Percepción del estado de salud según sexo y edad, 2006 (Castejón y Abellán, 2006, p. 98).....	164
Gráfico 18. Valoración del estado de salud percibido según grupo de edad (INE, 2009)..	165
Tabla 8. Valoración del estado de salud percibido según sexo y grupo de edad (INE, 2009).....	165
Gráfico 19. Interrelación entre los comportamientos relacionados con la salud, varios indicadores de la condición física y sus influencias en la salud (Blair, Cheng y Holder, 2001, p. S380).....	171
Gráfico 20. Deterioro funcional con el paso de los años (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005, p. 147).....	172
Gráfico 21. Relación entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal.....	180
Gráfico 22. Tasa de discapacidad por sexo y edad (Castejón y Abellán, 2009, p. 127)....	188
Gráfico 23. Ratio de dependencia en la vejez para los estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Suiza 2008-2060 (Giannakouris, 2008, p. 4).....	189
Gráfico 24. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital (OMS, 2002, P. 79., adaptado de Kalache y Kickbusch, 1997).....	192

Gráfico 25. Limitación funcional física según el grupo de edad (INE, 2009).....	194
Tabla 9. Limitación funcional física según sexo y grupo de edad (INE, 2009).....	195
4. METODOLOGÍA.....	205
Tabla 1. Universo y muestra teórica del estudio.....	208
Gráfico 1. Distribución de la muestra real según tamaño demográfico.....	210
Tabla 2. Distribución de la muestra real según tamaño demográfico y género.....	210
Tabla 3. Distribución según grupo de edad y género.....	211
Tabla 4. Distribución según estado civil y género.....	211
Tabla 5. Distribución según nivel de estudios y género.....	212
Tabla 6. Distribución según clase social percibida y género.....	212
Tabla 7. Distribución según nivel de ingresos y género.....	213
Tabla 8. Distribución según nivel de estudios y grupo de edad.....	213
Tabla 9. Distribución según nivel de ingresos y grupo de edad.....	213
5. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	217
Gráfico 1. Satisfacción de las personas mayores con su estado de salud.....	219
Gráfico 2. Condición física percibida por las personas mayores.....	220
Gráfico 3. Dependencia funcional percibida por las personas mayores.....	221
Gráfico 4. Competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores.....	222
Tabla 1. Satisfacción con estado de salud y condición física.....	227
Tabla 2. Satisfacción con estado de salud y dependencia funcional.....	228
Tabla 3. Condición física y dependencia funcional.....	228
Tabla 4. Satisfacción con estado de salud y hacer gimnasia o deporte.....	229
Tabla 5. Satisfacción con estado de salud y le gusta su cuerpo ahora.....	230
Tabla 6. Satisfacción con estado de salud y no le falta fuerza.....	230
Tabla 7. Satisfacción con estado de salud y aprender algún deporte.....	231
Tabla 8. Satisfacción con estado de salud y correr suavemente.....	231
Tabla 9. Satisfacción con estado de salud y se siente atractivo.....	232
Tabla 10. Satisfacción con estado de salud y está más fuerte que otros.....	232
Tabla 11. Satisfacción con estado de salud y buen aspecto.....	233
Tabla 12. Satisfacción con estado de salud y se siente con energía.....	233
Tabla 13. Condición física y hacer gimnasia o deporte.....	234

Tabla 14. Condición física y le gusta su cuerpo ahora.....	234
Tabla 15. Condición física y no le falta fuerza.....	235
Tabla 16. Condición física y aprender algún deporte.....	235
Tabla 17. Condición física y correr suavemente.....	236
Tabla 18. Condición física y se siente atractivo.....	236
Tabla 19. Condición física y está más fuerte que otros.....	237
Tabla 20. Condición física y buen aspecto.....	237
Tabla 21. Condición física y se siente con energía.....	238
Tabla 22. Dependencia funcional y hacer gimnasia o deporte.....	238
Tabla 23. Dependencia funcional y le gusta su cuerpo ahora.....	239
Tabla 24. Dependencia funcional y no le falta fuerza.....	239
Tabla 25. Dependencia funcional y aprender algún deporte.....	240
Tabla 26. Dependencia funcional y correr suavemente.....	240
Tabla 27. Dependencia funcional y se siente atractivo.....	241
Tabla 28. Dependencia funcional y está más fuerte que otros.....	241
Tabla 29. Dependencia funcional y buen aspecto.....	242
Tabla 30. Dependencia funcional y se siente con energía.....	242
Gráfico 5. Género de las personas mayores.....	243
Tabla 31. Satisfacción con estado de salud y género.....	245
Tabla 32. Condición física y género.....	246
Tabla 33. Dependencia funcional y género.....	246
Tabla 34. Hacer gimnasia o deporte y género.....	246
Tabla 35. Le gusta su cuerpo ahora y género.....	246
Tabla 36. No le falta fuerza y género.....	247
Tabla 37. Aprender algún deporte y género.....	247
Tabla 38. Correr suavemente y género.....	247
Tabla 39. Se siente atractivo y género.....	247
Tabla 40. Está más fuerte que otros y género.....	248
Tabla 41. Buen aspecto y género.....	248
Tabla 42. Se siente con energía y género.....	248
Gráfico 6. Edad de las personas mayores.....	249
Tabla 43. Satisfacción con estado de salud y edad.....	251
Tabla 44. Condición física y edad.....	252

Tabla 45. Dependencia funcional y edad.....	252
Tabla 46. Hacer gimnasia o deporte y edad.....	252
Tabla 47. Le gusta su cuerpo ahora y edad.....	253
Tabla 48. No le falta fuerza y edad.....	253
Tabla 49. Aprender algún deporte y edad.....	253
Tabla 50. Correr suavemente y edad.....	253
Tabla 51. Se siente atractivo y edad.....	254
Tabla 52. Está más fuerte que otros y edad.....	254
Tabla 53. Buen aspecto y edad.....	254
Tabla 54. Se siente con energía y edad.....	254
Gráfico 7. Clase social de las personas mayores.....	255
Tabla 55. Satisfacción con estado de salud y clase social.....	258
Tabla 56. Condición física y clase social.....	259
Tabla 57. Dependencia funcional y clase social.....	259
Tabla 58. Hacer gimnasia o deporte y clase social.....	259
Tabla 59. Le gusta su cuerpo ahora y clase social.....	259
Tabla 60. No le falta fuerza y clase social.....	260
Tabla 61. Aprender algún deporte y clase social.....	260
Tabla 62. Correr suavemente y clase social.....	260
Tabla 63. Se siente atractivo y clase social.....	260
Tabla 64. Está más fuerte que otros y clase social.....	261
Tabla 65. Buen aspecto y clase social.....	261
Tabla 66. Se siente con energía y clase social.....	261
Gráfico 8. Tamaño demográfico del municipio de residencia de las personas mayores...	262
Tabla 67. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico.....	265
Tabla 68. Condición física y tamaño demográfico.....	266
Tabla 69. Dependencia funcional y tamaño demográfico.....	266
Tabla 70. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico.....	266
Tabla 71. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico.....	267
Tabla 72. No le falta fuerza y tamaño demográfico.....	267
Tabla 73. Aprender algún deporte y tamaño demográfico.....	267
Tabla 74. Correr suavemente y tamaño demográfico.....	268
Tabla 75. Se siente atractivo y tamaño demográfico.....	268

Tabla 76. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico.....	268
Tabla 77. Buen aspecto y tamaño demográfico.....	269
Tabla 78. Se siente con energía y tamaño demográfico.....	269
Gráfico 9. Hábitos de pasear de las personas mayores.....	270
Tabla 79. Satisfacción con estado de salud y hábitos de pasear.....	273
Tabla 80. Condición física y hábitos de pasear.....	273
Tabla 81. Dependencia funcional y hábitos de pasear.....	273
Tabla 82. Hacer gimnasia o deporte y hábitos de pasear.....	274
Tabla 83. Le gusta su cuerpo ahora y hábitos de pasear.....	274
Tabla 84. No le falta fuerza y hábitos de pasear.....	274
Tabla 85. Aprender algún deporte y hábitos de pasear.....	274
Tabla 86. Correr suavemente y hábitos de pasear.....	275
Tabla 87. Se siente atractivo y hábitos de pasear.....	275
Tabla 88. Está más fuerte que otros y hábitos de pasear.....	275
Tabla 89. Buen aspecto y hábitos de pasear.....	275
Tabla 90. Se siente con energía y hábitos de pasear.....	276
Gráfico 10. Tipos de demanda de actividad física semanal por parte de las personas mayores en España.....	278
Gráfico 11. Satisfacción con el estado de salud en la demanda establecida.....	279
Gráfico 12. Condición física percibida en la demanda establecida.....	280
Gráfico 13. Dependencia funcional en la demanda establecida.....	281
Gráfico 14. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda establecida.....	282
Gráfico 15. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda establecida.....	283
Tabla 91. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda establecida.....	285
Tabla 92. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda establecida.....	285
Tabla 93. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda establecida.....	285
Tabla 94. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	286
Gráfico 16. Condición física en función de la edad en la demanda establecida.....	286
Tabla 95. Condición física y edad en la demanda establecida.....	288
Tabla 96. Condición física y género en la demanda establecida.....	288
Tabla 97. Condición física y clase social en la demanda establecida.....	289
Tabla 98. Condición física y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	289

Gráfico 17. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda establecida.....	290
Tabla 99. Dependencia funcional y edad en la demanda establecida.....	291
Tabla 100. Dependencia funcional y género en la demanda establecida.....	291
Tabla 101. Dependencia funcional y clase social en la demanda establecida.....	292
Tabla 102. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda establecida....	292
Tabla 103. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda establecida.....	294
Tabla 104. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda establecida.....	294
Tabla 105. No le falta fuerza y edad en la demanda establecida.....	294
Tabla 106. Aprender algún deporte y edad en la demanda establecida.....	294
Tabla 107. Correr suavemente y edad en la demanda establecida.....	295
Tabla 108. Se siente atractivo y edad en la demanda establecida.....	295
Tabla 109. Está más fuerte que otros y edad en la demanda establecida.....	295
Tabla 110. Buen aspecto y edad en la demanda establecida.....	295
Tabla 111. Se siente con energía y edad en la demanda establecida.....	296
Tabla 112. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda establecida.....	297
Tabla 113. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda establecida.....	297
Tabla 114. No le falta fuerza y género en la demanda establecida.....	298
Tabla 115. Aprender algún deporte y género en la demanda establecida.....	298
Tabla 116. Correr suavemente y género en la demanda establecida.....	298
Tabla 117. Se siente atractivo y género en la demanda establecida.....	298
Tabla 118. Está más fuerte que otros y género en la demanda establecida.....	299
Tabla 119. Buen aspecto y género en la demanda establecida.....	299
Tabla 120. Se siente con energía y género en la demanda establecida.....	299
Tabla 121. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda establecida.....	301
Tabla 122. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda establecida.....	301
Tabla 123. No le falta fuerza y clase social en la demanda establecida.....	301
Tabla 124. Aprender algún deporte y clase social en la demanda establecida.....	302
Tabla 125. Correr suavemente y clase social en la demanda establecida.....	302
Tabla 126. Se siente atractivo y clase social en la demanda establecida.....	302
Tabla 127. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda establecida.....	302
Tabla 128. Buen aspecto y clase social en la demanda establecida.....	303
Tabla 129. Se siente con energía y clase social en la demanda establecida.....	303
Tabla 130. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida..	305

Tabla 131. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda establecida...	305
Tabla 132. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	305
Tabla 133. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida....	306
Tabla 134. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	306
Tabla 135. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	306
Tabla 136. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda establecida..	307
Tabla 137. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	307
Tabla 138. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda establecida.....	307
Gráfico 18. Categorías de actividad física practicada en la demanda establecida.....	308
Tabla 139. Satisfacción con el estado de salud y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	311
Tabla 140. Condición física y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	311
Tabla 141. Dependencia funcional y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	312
Tabla 142. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	312
Tabla 143. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	312
Tabla 144. No le falta fuerza y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	313
Tabla 145. Aprender algún deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	313
Tabla 146. Correr suavemente y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	313
Tabla 147. Se siente atractivo y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	314
Tabla 148. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	314
Tabla 149. Buen aspecto y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	314
Tabla 150. Se siente con energía y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida.....	315

Gráfico 19. Frecuencia semanal de práctica de actividad física o deporte en la demanda establecida.....	315
Tabla 151. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	318
Tabla 152. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	318
Tabla 153. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	319
Tabla 154. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	319
Tabla 155. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	319
Tabla 156. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	320
Tabla 157. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	320
Tabla 158. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	320
Tabla 159. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	321
Tabla 160. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	321
Tabla 161. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	321
Tabla 162. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida.....	322
Gráfico 20. Presencia o ausencia de profesor en las actividades físicas o deportes practicados en la demanda establecida.....	322
Tabla 163. Satisfacción con estado de salud y presencia de profesor en la demanda establecida.....	325
Tabla 164. Condición física y presencia de profesor en la demanda establecida.....	325
Tabla 165. Dependencia funcional y presencia de profesor en la demanda establecida....	325
Tabla 166. Hacer gimnasia o deporte y presencia de profesor en la demanda establecida.	326

Tabla 167. Le gusta su cuerpo ahora y presencia de profesor en la demanda establecida..	326
Tabla 168. No le falta fuerza y presencia de profesor en la demanda establecida.....	326
Tabla 169. Aprender algún deporte y presencia de profesor en la demanda establecida...	327
Tabla 170. Correr suavemente y presencia de profesor en la demanda establecida.....	327
Tabla 171. Se siente atractivo y presencia de profesor en la demanda establecida.....	327
Tabla 172. Está más fuerte que otros y presencia de profesor en la demanda establecida.	328
Tabla 173. Buen aspecto y presencia de profesor en la demanda establecida.....	328
Tabla 174. Se siente con energía y presencia de profesor en la demanda establecida.....	328
Gráfico 21. Satisfacción con el estado de salud en la demanda latente.....	329
Gráfico 22. Condición física percibida en la demanda latente.....	330
Gráfico 23. Dependencia funcional en la demanda latente.....	331
Gráfico 24. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda latente.....	332
Gráfico 25. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda latente.....	333
Tabla 175. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda latente.....	335
Tabla 176. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda latente.....	335
Tabla 177. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda latente.....	335
Tabla 178. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda latente.....	336
Gráfico 26. Condición física en función de la edad en la demanda latente.....	336
Tabla 179. Condición física y edad en la demanda latente.....	338
Tabla 180. Condición física y género en la demanda latente.....	338
Tabla 181. Condición física y clase social en la demanda latente.....	338
Tabla 182. Condición física y tamaño demográfico en la demanda latente.....	339
Gráfico 27. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda latente.....	339
Tabla 183. Dependencia funcional y edad en la demanda latente.....	340
Tabla 184. Dependencia funcional y género en la demanda latente.....	341
Tabla 185. Dependencia funcional y clase social en la demanda latente.....	341
Tabla 186. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda latente.....	341
Tabla 187. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda latente.....	343
Tabla 188. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda latente.....	343
Tabla 189. No le falta fuerza y edad en la demanda latente.....	343
Tabla 190. Aprender algún deporte y edad en la demanda latente.....	344

Tabla 191. Correr suavemente y edad en la demanda latente.....	344
Tabla 192. Se siente atractivo y edad en la demanda latente.....	344
Tabla 193. Está más fuerte que otros y edad en la demanda latente.....	344
Tabla 194. Buen aspecto y edad en la demanda latente.....	345
Tabla 195. Se siente con energía y edad en la demanda latente.....	345
Tabla 196. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda latente.....	346
Tabla 197. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda latente.....	346
Tabla 198. No le falta fuerza y género en la demanda latente.....	347
Tabla 199. Aprender algún deporte y género en la demanda latente.....	347
Tabla 200. Correr suavemente y género en la demanda latente.....	347
Tabla 201. Se siente atractivo y género en la demanda latente.....	347
Tabla 202. Está más fuerte que otros y género en la demanda latente.....	348
Tabla 203. Buen aspecto y género en la demanda latente.....	348
Tabla 204. Se siente con energía y género en la demanda latente.....	348
Tabla 205. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda latente.....	350
Tabla 206. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda latente.....	350
Tabla 207. No le falta fuerza y clase social en la demanda latente.....	350
Tabla 208. Aprender algún deporte y clase social en la demanda latente.....	350
Tabla 209. Correr suavemente y clase social en la demanda latente.....	351
Tabla 210. Se siente atractivo y clase social en la demanda latente.....	351
Tabla 211. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda latente.....	351
Tabla 212. Buen aspecto y clase social en la demanda latente.....	351
Tabla 213. Se siente con energía y clase social en la demanda latente.....	352
Tabla 214. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda latente.....	354
Tabla 215. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda latente.....	354
Tabla 216. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda latente.....	354
Tabla 217. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda latente.....	355
Tabla 218. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda latente.....	355
Tabla 219. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda latente.....	355
Tabla 220. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda latente.....	356
Tabla 221. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda latente.....	356
Tabla 222. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda latente.....	356
Gráfico 28. Categorías de actividad física deseadas en la demanda latente.....	357

Tabla 223. Satisfacción con estado de salud y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	360
Tabla 224. Condición física y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	360
Tabla 225. Dependencia funcional y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	360
Tabla 226. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	361
Tabla 227. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	361
Tabla 228. No le falta fuerza y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	361
Tabla 229. Aprender algún deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	362
Tabla 230. Correr suavemente y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	362
Tabla 231. Se siente atractivo y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	362
Tabla 232. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	363
Tabla 233. Buen aspecto y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.	363
Tabla 234. Se siente con energía y categorías de actividad física deseada en la demanda latente.....	363
Gráfico 29. Frecuencia semanal de práctica de actividad física o deporte deseada en la demanda latente.....	364
Tabla 235. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	366
Tabla 236. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	367
Tabla 237. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	367
Tabla 238. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	367

Tabla 239. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	368
Tabla 240. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	368
Tabla 241. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	368
Tabla 242. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	369
Tabla 243. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	369
Tabla 244. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	369
Tabla 245. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	370
Tabla 246. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente.....	370
Gráfico 30. Presencia o ausencia de profesor en las actividades físicas o deportes deseados en la demanda latente.....	371
Tabla 247. Satisfacción con estado de salud y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	373
Tabla 248. Condición física y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	374
Tabla 249. Dependencia funcional en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	374
Tabla 250. Hacer gimnasia o deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	374
Tabla 251. Le gusta su cuerpo ahora y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	375
Tabla 252. No le falta fuerza y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	375
Tabla 253. Aprender algún deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	375

Tabla 254. Correr suavemente y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	376
Tabla 255. Se siente atractivo y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	376
Tabla 256. Está más fuerte que otros y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	376
Tabla 257. Buen aspecto y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	377
Tabla 258. Se siente con energía y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente.....	377
Gráfico 31. Satisfacción con el estado de salud en la demanda ausente.....	378
Gráfico 32. Condición física percibida en la demanda ausente.....	379
Gráfico 33. Dependencia funcional en la demanda ausente.....	380
Gráfico 34. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda ausente.....	381
Gráfico 35. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda ausente.....	382
Tabla 259. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda ausente.....	383
Tabla 260. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda ausente.....	383
Tabla 261. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda ausente.....	384
Tabla 262. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	384
Gráfico 36. Condición física en función de la edad en la demanda ausente.....	385
Tabla 263. Condición física y edad en la demanda ausente.....	386
Tabla 264. Condición física y género en la demanda ausente.....	386
Tabla 265. Condición física y clase social en la demanda ausente.....	387
Tabla 266. Condición física y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	387
Gráfico 37. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda ausente.....	388
Tabla 267. Dependencia funcional y edad en la demanda ausente.....	389
Tabla 268. Dependencia funcional y género en la demanda ausente.....	389
Tabla 269. Dependencia funcional y clase social en la demanda ausente.....	389
Tabla 270. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	390
Tabla 271. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda ausente.....	391
Tabla 272. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda ausente.....	392

Tabla 273. No le falta fuerza y edad en la demanda ausente.....	392
Tabla 274. Aprender algún deporte y edad en la demanda ausente.....	392
Tabla 275. Correr suavemente y edad en la demanda ausente.....	392
Tabla 276. Se siente atractivo y edad en la demanda ausente.....	393
Tabla 277. Está más fuerte que otros y edad en la demanda ausente.....	393
Tabla 278. Buen aspecto y edad en la demanda ausente.....	393
Tabla 279. Se siente con energía y edad en la demanda ausente.....	393
Tabla 280. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda ausente.....	395
Tabla 281. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda ausente.....	395
Tabla 282. No le falta fuerza y género en la demanda ausente.....	395
Tabla 283. Aprender algún deporte y género en la demanda ausente.....	396
Tabla 284. Correr suavemente y género en la demanda ausente.....	396
Tabla 285. Se siente atractivo y género en la demanda ausente.....	396
Tabla 286. Está más fuerte que otros y género en la demanda ausente.....	396
Tabla 287. Buen aspecto y género en la demanda ausente.....	397
Tabla 288. Se siente con energía y género en la demanda ausente.....	397
Tabla 289. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda ausente.....	398
Tabla 290. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda ausente.....	399
Tabla 291. No le falta fuerza y clase social en la demanda ausente.....	399
Tabla 292. Aprender algún deporte y clase social en la demanda ausente.....	399
Tabla 293. Correr suavemente y clase social en la demanda ausente.....	399
Tabla 294. Se siente atractivo y clase social en la demanda ausente.....	400
Tabla 295. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda ausente.....	400
Tabla 296. Buen aspecto y clase social en la demanda ausente.....	400
Tabla 297. Se siente con energía y clase social en la demanda ausente.....	400
Tabla 298. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	402
Tabla 299. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	402
Tabla 300. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	403
Tabla 301. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	403
Tabla 302. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	403
Tabla 303. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	404
Tabla 304. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	404
Tabla 305. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda ausente.....	404

Tabla 306. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda ausente..... 405

CAPÍTULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y del objeto de estudio

1.2 Proceso metodológico y estructura del trabajo

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DEL OBJETO DE ESTUDIO

Autores como Oña (2002), García (2005) y Párraga (2009) coinciden en que cuando se hace referencia a la vejez se atiende a una fuerza demográfica y a un grupo social en continua expansión, que difícilmente puede cambiar en los próximos años, debido a la bajísima natalidad y mortalidad y el constante aumento de la esperanza de vida, es lo que los expertos denominan “revolución silenciosa”, que tiende a invertir la pirámide de la población.

Al respecto, Del Barrio y Abellán (2009) establecen como punto de inflexión en nuestro país el año 2001, ya que fue el año en el que el porcentaje de población en edad infantil (0-14 años) fue superado por el de población de 65 años y más, y a partir de entonces el porcentaje de personas mayores supera al de niños y niñas, teniendo lugar, además, una tendencia a la alza. Asimismo, García (2005) revela que el ritmo de crecimiento de las personas que superan los 85 años es casi diez veces superior al del conjunto de la población. Autores como León et al. (2009) y Del Barrio y Abellán (2009) lo han denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que según éstos, se ha duplicado en sólo veinte años.

En España a 1 de enero de 2008 había contabilizadas 7.633.807 personas de 65 y más años, este número de personas se corresponde aproximadamente con el 17% de la población total. Además, el Instituto Nacional de Estadística (INE) augura que en 2060 esta población será el 29.9% de la población total, por lo que el panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en la que casi un tercio de la población serán personas mayores (Del Barrio y Abellán, 2009).

Asimismo, este envejecimiento demográfico no se está produciendo únicamente en nuestro país, sino que tal y como exponen Weinert y Timiras (2003), Pühse (2003), Merino (2007), Giannakouris (2008) y Castillo (2009), este fenómeno está teniendo lugar en todo el mundo, especialmente en las sociedades desarrolladas. Así, Ruiz y Baena (2009) declaran que en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas se reconoce que de aquí a 2050, el número de personas con más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2.000 millones. Se pasará de un 10% a un 21%, experimentándose el mayor incremento en los países desarrollados.

Castañeda, Campos y Garrido (2009) opinan que el envejecimiento de la población es un gran triunfo, pero también uno de los mayores desafíos de la humanidad. En este sentido, García (2005) explica que desde el punto de vista

demográfico y económico esta situación nos podría conducir al colapso total, al quedar seriamente dañadas las tasas de reemplazo poblacional y hacer inviables los sistemas de protección social.

En este contexto, tal y como exponen Díaz (2008), Romero (2009) y Romo, Burguillo, Rodríguez, Gil y García (2009), actualmente se están planteando multitud de investigaciones sobre las personas mayores. Así, De Burgos (2007, p. 39) expone que tanto los responsables políticos como a la sociedad en general se debe plantear las siguientes cuestiones:

- ¿Podemos evitar el declive de la capacidad funcional en la edad avanzada?,
- ¿es posible mejorar la calidad de vida de este grupo de población?,
- ¿cómo podemos intervenir para que las personas mayores permanezcan independientes y activas durante la vejez?,
- ¿cómo reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud?...

El concepto del objetivo imaginativo y deseable de una tercera edad activa, sana y satisfecha consigo misma, ha de integrar la actividad física y el deporte como tratamientos indispensables para las personas mayores, tanto en el área de la prevención y compensación sanitaria como en la del aumento de la mejora del bienestar general y la mejora de la independencia y la competencia de las actividades diarias (Denk, 2003).

Para ello, se debe abordar la actividad física y la vejez desde un modelo integral (Oña, 2002), teniendo en cuenta no sólo el plano físico, sino también los planos psíquico, social y afectivo, ya que numerosos estudios han demostrado los efectos beneficiosos del ejercicio físico en estos planos (Berlin y Colditz, 1990; Bouchard et al., 1990; Coutier, Camus y Sarkar, 1990; Plante y Rodin, 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Ortega, 1992; Blasco, Capdevila y Cruz, 1994; Rodríguez, 1995; Salvador et al., 1995; Wark, 1996; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair y Brodneyn, 1999; DiPietro, 1999; Blain et al., 2000; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Stearns et al., 2000; Holt et al., 2001; Laurin, et al., 2001; Maceira, 2001; National Institutes of Health, 2001; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Chodzko-Zajko, 2002; Strawbridge et al., 2002; OMS, 2002; Oña, 2002; Romero, 2002; Sagiv, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; López de la Torre, 2003; Medina, 2003; Pühse, 2003; Tuesca-Molina et al., 2003; Wilmore y Costil, 2004; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Gómez, 2005; Castillo, 2007, 2009; García, 2007; Merino, 2007; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007; Lemmens et al., 2008; López-Miñarro, 2008;

Pont, 2008; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Oña, 2009; Párraga, 2009; Krejza, 2009 y Santin-Medeiros y Garatachea, 2010).

Por todo ello, es necesario realizar una reflexión y un esfuerzo conjunto y continuado de instituciones, investigadores y profesionales relacionados con las actividades físicas y deportivas acerca de la vejez y el deporte, con el objetivo de difundir a través del sistema educativo, de la práctica cotidiana y de los medios de comunicación, los actuales conocimientos científicos sobre el deporte, la vejez, el cuerpo y la salud, y fomentar en definitiva un desarrollo más integral, justo y saludable del ser humano (Ruiz, Chinchilla y Ruiz, 2009).

Tal y como señala Allmer (2003), ya desde principios de los 70 las investigaciones reflejan que todos los grupos de personas mayores apoyan, en su gran mayoría, la práctica de actividades físicas y deportivas. A pesar de ello, la participación de este colectivo en dichas actividades es muy escasa, tal y como señalan numerosos expertos (Tokarski, 1991; National Institutes of Health, 2001; Chodzko-Zajko, 2002; OMS, 2002; Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; García-Ferrando, 2006; Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Graupera y Rodríguez, 2006; Nelson et al., 2007; Troiano et al., 2008; Castillo, 2007, 2009; Castejón y Abellán, 2009; Rubio, 2009 y CIS, 2010). Resulta importante describir el estado actual de la cuestión para poder eliminar las posibles barreras de práctica de las personas mayores (Martínez del Castillo, 2003).

Por otra parte, Schwartzmann (2003) explica la necesidad de incorporar a las investigaciones científicas la percepción subjetiva del paciente, ya que es una medida válida y confiable que aporta evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud, coincidiendo con las reflexiones de Fernández-Mayoralas et al. (2007) al respecto. Igualmente, se debe tener en cuenta que aunque la salud es por naturaleza un indicador subjetivo, puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones, de necesidades y, además, avisa del declive en las habilidades funcionales de los ciudadanos (Castejón y Abellán, 2009). Asimismo, estos autores añaden que la percepción del propio estado de salud es un simple, pero efectivo indicador del estado de salud global y es una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y para la organización de programas. Además, tal y como refleja la bibliografía especializada, también se considera importante valorar la percepción de las personas mayores sobre su condición física, su nivel de dependencia y su competencia motriz y corporal (Ruiz,

Meléndez, Linaza, Graupera y Martínez del Castillo, 1996; Lanning, Bowden, Owens y Massey-Stokes, 2004; Taylor et al., 2004; Semerjian y Stephens, 2007 y Sordo 2007).

Por todo ello, a través de la presente tesis doctoral se pretende profundizar en el conocimiento sobre la percepción de las personas mayores en relación a su estado de salud, su nivel de condición física, su competencia motriz y corporal y su grado de dependencia funcional. Además, se ahondará, en función de los diferentes tipos de demanda (Jiménez-Beatty, 2002) en otros aspectos, tales como las actividades, horas de práctica y si se realiza actividad física en presencia de profesionales por parte de las personas practicantes de actividad física; las actividades, horas y presencia de profesionales en las actividades deseadas por las personas que quieren realizar ejercicio físico, pero no lo hacen porque existe alguna barrera que se lo impide; los hábitos de caminar de las personas mayores y la relación de estas variables entre ellas, así como con las variables sociodemográficas.

Cabe destacar que no existe ningún estudio que aborde todos estos aspectos de forma conjunta y que este conocimiento resulta esencial para poder establecer estrategias y programas de intervención, con el objetivo de eliminar las posibles barreras de práctica y conseguir aumentar y mejorar el envejecimiento activo y funcional de las personas mayores.

Además, se debe tener en cuenta que la persona mayor ha de tomar una actitud positiva en la vida y la primera de estas actitudes básicas es aprender a ser uno mismo, aprender a saber vivir con uno mismo, a conocerse tal y cómo uno es, con sus dimensiones reales, espaciales, temporales, corporales, espirituales (Cagigal, 1981, citado por Pont, 2008, pág. 22). Varios autores señalan que se debe intentar seguir evolucionando siempre, tanto física, como mentalmente, y sobre todo, no dejarse llevar por la comodidad y la rutina (Pont, 2008 y Sampedro, Fuster, y Lucas, 2009). Para lograr este objetivo se debe tener en cuenta que el ejercicio físico es una herramienta indispensable.

Por todo lo expuesto en el presente apartado, coincidimos con Ruiz y Baena (2009) al destacar la importancia de las investigaciones sobre la edad y envejecimiento, ya que será una cuestión de carácter prioritario en el futuro de los países desarrollados.

1.2 PROCESO METODOLÓGICO Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Partiendo del objeto de estudio y de los criterios metodológicos propios de la investigación social (Cea, 2001; García-Ferrando, Ibáñez y Alvira, 2000 y Sierra-Bravo, 1999, 2001), se plantearon y se llevaron a cabo las siguientes fases y actividades (Del Hierro, 2009):

- 1) Revisión de la literatura y redacción del marco teórico del estudio.
- 2) Establecimiento de las hipótesis y objetivos.
- 3) Diseño metodológico del estudio, concretando la muestra y el instrumento de observación, planificando el trabajo de campo y elaborando el plan de análisis estadístico.
- 4) Realización del trabajo de campo.
- 5) Grabación de los datos y tratamiento estadístico.
- 6) Análisis de resultados.
- 7) Discusión de resultados.
- 8) Establecimiento de las conclusiones e identificación de las limitaciones del estudio.

Así, el índice y la estructura del trabajo reflejan el proceso metodológico planteado y llevado a cabo.

En el capítulo segundo se presenta el marco teórico de la tesis doctoral, elaborado a partir de la búsqueda bibliográfica y la revisión de la literatura existente en Ingenio (Sport Discus, Pubmed, Academic Search Premier, ERIC, ISOC, Web of Science, Science Direct, Pascal y SciELO) y otras fuentes, en torno al objetivo de la investigación.

A continuación, partiendo del marco teórico se presentan en el capítulo tercero las hipótesis deducidas y planteadas, así como los objetivos específicos del trabajo.

En el capítulo cuarto se expone el diseño metodológico del estudio: universo y muestra; instrumento estandarizado y aplicado para la recogida de la información; procedimiento y plan de análisis.

Posteriormente, en el capítulo quinto se presentan y se analizan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, estructurándose su exposición en dos grandes apartados, correspondientes a los dos grupos de objetivos e hipótesis del estudio.

En el capítulo sexto se discuten los resultados obtenidos, siguiendo la misma estructura del capítulo anterior.

Finalmente, en el capítulo séptimo se reflejan las principales conclusiones que parecen derivarse de la presente investigación. Asimismo, se sugieren posibles objetivos a tener en cuenta en futuras investigaciones.

CAPÍTULO SEGUNDO

MARCO TEÓRICO

2.1 Contextualización del envejecimiento demográfico, la vejez y la tercera edad

2.2 La actividad física y el deporte en la tercera edad

2.3 Salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal y su relación con la actividad física y el deporte en la tercera edad

2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO, LA VEJEZ Y LA TERCERA EDAD

2.1.1. Concepto de envejecimiento, vejez y tercera edad

El presente apartado tiene por objeto conceptualizar diferentes términos y consideraciones sobre las personas mayores, para ello se definirán y se diferenciarán los conceptos que se utilizan comúnmente para referirse a las personas mayores, tales como viejo, vejez, tercera edad, longevidad, etc. Así, con el propósito de establecer la pertinente justificación científica se expondrán las definiciones y consideraciones expuestas por diversos autores.

En primer lugar, se van a definir varios términos relacionados con el tema que nos ocupa, siguiendo las definiciones recogidas en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2011):

- Viejo: Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años.
- Vejez: Cualidad de viejo; edad senil, senectud; achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos.
- Senectud: Período de la vida humana que sigue a la madurez.
- Ancianidad: Cualidad de anciano; último periodo de la vida ordinaria del hombre.
- Anciano/a: Dicho de una persona de mucha edad.
- Longevidad: Cualidad de longevo; Largo vivir.
- Longevo: Muy anciano o de larga edad.

Romero (2002) define la *vejez* como el momento de la vida en el que se presenta un deterioro de las funciones fisiológicas, con la consiguiente limitación corporal para realizar las actividades cotidianas. Además, este autor añade que en realidad, la vejez es una experiencia física, intelectual y social que el ser humano vive de forma global hasta el momento de la muerte, progresando con rapidez según los casos.

Por su parte, De Burgos (2007) señala que la *vejez* es la fase final del proceso de envejecimiento y que equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Asimismo, añade que sus límites (excepto el de la

muerte) han sido y son siempre imprecisos y dependientes, entre otros factores, de la esperanza promedio de vida al nacer de cada población.

Asimismo, Ruiz, Chinchilla y Ruiz (2009) definen la *vejez* como una categoría social que trata de conceptualizar una etapa de la vida humana, cuyo proceso denominan *envejecimiento* y apuntan que está caracterizado por una serie de cambios biológicos y psicosociales.

En este sentido, autores como Coutier, Camus y Sarkar (1990) especifican que no se deben confundir los términos *vejez* y *envejecimiento*, ya que el envejecimiento es propio de todas las edades y la *vejez* corresponde a una edad concreta.

En relación al proceso de *envejecimiento*, Castañeda, Campos y Garrido (2009) indican que este concepto ha ido cambiando a lo largo de los tiempos y de las diferentes civilizaciones. Además, señalan que existen unos aspectos sociales y demográficos que lo marcan, pudiendo entender el envejecimiento como una etapa o como un proceso.

Por su parte, Jayanthi, Joshua y Ranganathan (2010) lo definen como aquel proceso que aumenta la susceptibilidad de los individuos, a medida que crecen, a los factores que conducen eventualmente a la muerte, siendo un complejo proceso multifactorial, en donde varios factores pueden interactuar al mismo tiempo y pueden operar a muchos niveles de organización funcional. Asimismo, estos autores diferencian los conceptos de *senectud* y *envejecimiento*, señalando que el primero hace referencia a un proceso de post-maduración que conduce a la disminución de la homeostasis y la creciente vulnerabilidad del organismo a la muerte y el segundo se refiere a cualquier proceso relacionado con el tiempo, siendo un proceso continuo que comienza en la concepción y continúa hasta la muerte.

Weinert y Timiras (2003) puntualizan que el envejecimiento se caracteriza por la disminución de la capacidad para responder al estrés y aumentando el desequilibrio homeostático y la incidencia de la patología, y por ello la muerte sigue siendo la última consecuencia del envejecimiento.

Para Meléndez (2009) el *envejecimiento* es un proceso biológico inevitable, distinto de la enfermedad, aunque matiza que debe reconocerse que con él existe una mayor facilidad para enfermar.

Oña (2002), por su parte, entiende el *envejecimiento* como “*el deterioro general y específico (en los biomarcadores y planos humanos) producido por la edad y agudizado por factores ambientales y de hábitos de vida*” (p. 20).

Así, se debe tener en cuenta que el *envejecimiento* supone un proceso degenerativo, universal, progresivo e irreversible que afecta a los distintos órganos y sistemas de nuestro organismo y sobreviene como consecuencia de cambios acumulados que con el tiempo provocan desequilibrios y desordenes a distintos niveles, provocando disminución funcional, pérdidas en la capacidad de adaptación y, finalmente, la muerte (Castillo, 2007, 2009). Además los agentes que inciden en este proceso son múltiples y vienen a su vez condicionados tanto por factores internos como ambientales (Castillo, 2009).

Este autor coincide con Marcos-Becerro (1992), quien define el *envejecimiento* como un proceso biológico irreversible, caracterizado por disminuir las funciones habituales de los órganos y sistemas del cuerpo, lo que dificulta la adaptación a los estímulos provenientes del interior y los originados fuera de sí mismo y con Rubio (2009) quien señala que este proceso es muy complejo porque los ritmos son distintos en cada persona en cada célula, en cada tejido, en cada órgano.

En este sentido, se debe tener en cuenta que el *envejecimiento* es un fenómeno personal, público, patente y subjetivo, pues se ha dicho repetidamente que la senectud no es una enfermedad, aunque ello depende del criterio que se siga en la definición de enfermedad y, al mismo tiempo, en la definición de senectud (Romero, 2002).

Por su parte, Merino (2007) define el envejecimiento como un proceso, de ritmo variable, que se fragua a lo largo de la vida y que es diferente para cada persona, dependiendo de factores genéticos y fisiológicos y de su personalidad, además añade que también depende del entorno de la persona y del tipo de vida que lleve (alimentación, enfermedades, profesión, hábitos higiénicos, clima, status social, etc.).

En este sentido, estos autores coinciden plenamente con Castillo (2007, 2009), ya que éste señala que es necesario discernir entre edad cronológica y edad biológica, ya que no todas las personas envejecen del mismo modo.

Así, siguiendo a este autor, por *edad cronológica* se entiende la edad que viene determinada por la fecha de nacimiento, y por lo tanto no es influenciable, y por *edad biológica*, fisiológica o real se entiende la edad que realmente tiene el individuo y hace referencia al estado funcional y estructural de los distintos sistemas y tejidos que conforman el organismo y el aspecto que éste presenta (Castillo, 2007, 2009). Para este autor, el concepto de edad biológica es más correcto para atender individualmente a las personas mayores y diferencia las dos posibles situaciones que se pueden dar, en primer lugar, hay personas que aparentan o tienen un aspecto correspondiente a una edad

inferior a la que corresponde a su edad cronológica, por lo que se podría hablar de *retraso del envejecimiento o envejecimiento atenuado*, y en segundo lugar existen personas que aparentan una edad mucho mayor que la que corresponde a sus años, por lo que se puede hablar de *envejecimiento prematuro o acelerado*.

En esta línea Merino (2007) explica que el envejecimiento se presenta en el ser humano con una doble configuración:

- *Configuración formal*: Proceso decremental definido por los acontecimientos biológicos, psico-sociales y motrices del ser humano, según pautas establecidas. Al igual que el crecimiento comporta pautas comunes de desarrollo, en el envejecimiento aparecen *manifestaciones normales*, según grupos de edad, de funciones que se caracterizan por un deterioro en la capacidad de respuesta y adaptación.
- *Configuración personal*: Proceso individual, que define el aspecto particular en cada individuo, en cada ser humano, con sus características específicas. Se manifiesta a lo largo de la vida y está influida por el “life span” o ciclo vital, que son los procesos diferenciales del estilo de vida que están en razón de la experiencia de cada persona. En cualquier caso, el envejecimiento, es un proceso normal, no una enfermedad, si bien aparecen situaciones limitadas de las capacidades funcionales o de aptitud del individuo. Todo ello, aunque aparezcan enfermedades, más o menos graves. Parte de que lo complejo del envejecimiento es que su proceso no es uniforme, como se consideran en los estudios de la psicología evolutiva relativa a las primeras edades del ser humano, sino que además, está en consonancia con lo vivido por cada generación o explicables según los *eventos normativos de la edad* o la frecuencia de edad (p.28).

Por otra parte, Romero (2002) expone una lista con indicadores fisiológicos que aportan información sobre el envejecimiento normal o patológico:

- Disminución de la visión y la pérdida gradual de la acomodación.
- Disminución de la capacidad vital pulmonar.
- Disminución de la tasa metabólica.
- Disminución de la velocidad de la conducción nerviosa.
- Disminución de la elasticidad de los tejidos elásticos.
- Disminución de la audición.

- Disminución del flujo renal.
- Disminución en la secreción gástrica.
- Disminución en la actividad secretora de las glándulas salivares y del páncreas, y así sucesivamente.

En cuanto a los conceptos de “*tercera edad*”, “*longevidad*” y “*anciano*”, “*mayor*” o “*persona mayor*”, se considera oportuno exponer varias consideraciones realizadas por expertos en la materia (Baltes, Reese y Nesselroade, 1981; Coutier, Camus y Sarkar, 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Oña, 2002; Romero, 2002; Pühse, 2003; Muntañola, 2005; Castillo, 2007; Pont, 2008; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Oña, 2009; Ruiz, Chinchilla y Ruiz, 2009; Musitu, 2009 y Zagalaz, Moreno, López-Peláez, Marín y Ayala, 2009) para de esta forma poder profundizar más sobre estos aspectos.

Pont (2008) señala que es entre los 60 y 65 años, coincidiendo con la jubilación, cuando empiezan a manifestarse los cambios propios de la *ancianidad*, a través de los cuales la persona envejece. Aunque esta misma autora señala, coincidiendo con Romero (2002) y Castillo (2007), que cada organismo, tejido y aparato envejecen por cuenta propia y con velocidad y ritmos distintos a otros, por lo que no se puede hablar de un instante de la vida de los seres humanos donde la evolución se vuelva involución.

Además, Ruiz, Chinchilla y Ruiz (2009) especifican que las delimitaciones que una persona puede tener en la *tercera edad* están sometidas a numerosas variables culturales, étnicas y sobre todo económicas, que hacen que tanto en las expectativas de vida como en las condiciones de llegada a la vejez se produzcan grandes diferencias en todo el mundo, e incluso dentro de un mismo país o zona geográfica.

Por otra parte, tal y como señala Pühse (2003) los mayores son un grupo de población heterogéneo, siendo a veces difícil establecer el límite incluso entre jóvenes y mayores. Además, señala que existen discrepancias a la hora de diferenciar los tipos de mayores, ya que unos autores hablan de *mayores jóvenes* (65-75 años), de *mayores* (por encima de los 75 años) y de *muy mayores* (por encima de los 85 años). Otros diferencian entre gente mayor (de 60 a 75 años), mayores (de 75 a 90 años), de *edad muy avanzada* (por encima de los 90 años) y *longevos* (de 100 y más años).

Así, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) entienden el proceso de envejecimiento de las personas mayores

como una edad concreta, enmarcándola en los 60 años (ONU) y en los 65 años (OMS) (Castañeda, Campos y Garrido, 2009 y Ruiz, Chinchilla y Ruiz, 2009).

En este sentido, Zagalaz et al. (2009) exponen que los expertos sitúan los límites de la ancianidad entre los 60 y los 65 años, aunque matizan que *persona mayor* no es sinónimo de *vejez*, ni *vejez* de enfermedad, ni todos empezamos a ser mayores a la misma edad.

Igualmente, tal y como señala Párraga (2007), las cohortes de población más utilizadas en las investigaciones, han tomado como referencia los 60 y los 65 años en adelante para indicar el punto de inflexión de los denominados *adultos jóvenes a adultos mayores*. De Burgos (2007) añade que son numerosos los estudios que toman la edad de 65 años como punto de inflexión, al ser en la actualidad la edad de jubilación profesional y que condiciona tener que adaptar los hábitos de vida a la nueva situación. Al respecto, se debe remarcar que numerosos estudios sobre personas mayores han considerado el criterio de ser mayor de 65 años para incluir en su muestra a estas personas (Shephard, 1994; Kaplan, Newsom, McFarland y Lu, 2001; Jiménez-Beatty, 2002; López-Cozar y Rebollo, 2002; Nelson et al., 2007; Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo, 2007; Semerjian y Stephens, 2007; Giannakouris, 2008; Burriel, González y Fortuño, 2009; Del Barrio y Abellán, 2009; Aoyagi, Park, Watanabe y Park 2009; Del Hierro, 2009; Rubio, 2009; Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010 y Martínez del Castillo et al., 2010).

Asimismo, Oña (2002) expone que el significado de *mayor o persona mayor* puede examinarse desde una perspectiva estática o dinámica, la primera relacionada con un rango determinado de vida, y la segunda realza el proceso de envejecimiento más que el estado. Así, este autor opina en relación a la perspectiva estática, que en las sociedades desarrolladas la vejez coincide con la edad de jubilación (60-65 años), siendo de esta forma las sociedades las que deciden si una persona es mayor o no. Además, señala que los términos utilizados para esta categoría de edad (mayor, viejo, anciano, tercera edad) expresan una visión negativa de nuestras sociedades modernas, industriales y anónimas hacia los mayores, concibiéndolos como personas inservibles, improductivas y molestas, ya que según este autor la sociedad industrial tiende a sustituir todo lo que no es productivo. No se debe olvidar, siguiendo al mismo autor, que cada sociedad, momento histórico o cultura tienen una visión distinta del anciano, en determinados casos (sociedades pequeñas y tradicionales) la visión es positiva, de respeto y de alta valoración real, siendo el anciano el consejero y la fuente de sabiduría.

En relación a la perspectiva dinámica, Oña (2002) subraya que el proceso de envejecimiento, común a todos los seres vivos, aunque diferente dentro de cada especie, que también arrastra prejuicios socioculturales, así como que el estilo de vida y la acción del medio ambiente sobre cada sujeto, condicionará el proceso de envejecimiento ajustándolo a un ritmo individual y que por ello no se debe olvidar que lo biológico constituye únicamente un factor o plano del envejecimiento, que está en interacción con otros planos del hombre, como el psicológico y el sociológico.

En esta misma línea se encuentra el modelo “Life-Span”, propuesto por Baltes, Reese y Nesselroade (1981), que aborda el desarrollo humano considerando todos los planos del hombre. Así, Oña (2002) explica que este modelo considera que el desarrollo y la vida son un proceso de cambio continuo, que transcurre desde la fecundación hasta la muerte, que tiene ritmos y manifestaciones distintas en función de las actividades que realice el organismo, y que por tanto, dependerá de las interacciones del individuo con el medio ambiente, de esta forma, lo biológico es el sustrato donde se apoyan los planos psicológico y social, manteniendo una interacción entre ellos para su relación con el medio. Por todo ello, este autor argumenta que siguiendo este modelo, las distintas etapas de la vida podrían dar lugar a un enriquecimiento permanente o a un deterioro, en función del estilo de vida escogido (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de los dos Modelos del Envejecimiento (Oña, 2002, p. 16)

MODELO TRADICIONAL	MODELO DEL ESTILO DE VIDA (Life-Span)
Exclusivismo biológico	Interaccionismo dimensional: biológico, psicológico y social
Determinismo genético	Importancia del medio y los hábitos de vida
Ritmo universal	Relativismo cultural y social
Deterioro necesario	Intervención para revertir el deterioro.

Por otra parte, Pühse (2003) señala que recientemente se ha producido un cambio respecto al concepto de *ancianidad*, ya que la visión actual no se corresponde con la idea que representaba a la generación de los mayores como “desconfiados,

envidiosos, mezquinos, amargados, charlatanes, reducidos físicos, enfermizos, sin ganas de vivir o solitarios” en escritos de principios del siglo XVIII.

En este sentido, Ruiz, Chinchilla y Ruiz (2009) apuntan que el estereotipo de persona mayor como ser enfermo, incapaz y dependiente está cambiando en nuestra sociedad, abriéndose paso una nueva identidad para el *anciano*, ya que antiguamente la vejez estaba ligada a la invalidez o incapacidad de producir y una preocupación social era saber quién cuidaría de los obreros envejecidos o enfermos. Asimismo, señalan que la vejez era vista como una “antecámara” de la muerte, caracterizada por las canas, las dificultades motrices y perceptivas, o vinculada a la idea de incapacidad laboral y sexual, dando lugar a prejuicios que se manifestaban en prácticas sociales de exclusión, ridiculización y negación.

Al respecto, Musitu (2009) incide en que la creciente independencia de las personas mayores es la principal causa del cambio de este enfoque en la actualidad, ya que tal y como señala este autor, actualmente “se convive con las personas mayores, pero se coexiste más”. Así, añade, que al vivir nuestros mayores de forma independiente ya no responden a esa conceptualización clásica, y que a la vez que se han incrementado sus expectativas de vida, han aumentado su nivel medio de salud y tienen, cada vez más, los medios económicos suficientes para mantenerse independientes.

Por su parte, Ruiz, Chinchilla y Ruiz (2009) señalan el hecho de que la expresión de *persona mayor* trata de desplazar al concepto más popular de *viejo*, viendo en ello una muestra del intento institucional (en el caso de los eventos) de combatir a través del lenguaje los prejuicios sociales acumulados históricamente por este último término.

Además, hay que tener en cuenta que la vejez entendida como una etapa pautada de la existencia humana es un concepto cultural, y por lo tanto es arbitrario, y los conceptos que la delimitan varían en función del momento histórico, momentos socioculturales e historias de vida y experiencias individuales (Muntañola, 2005).

A continuación, se expondrá un ejemplo de clasificación de personas mayores según una encuesta del Instituto Suizo Ernest Ditchter para la investigación de la motivación y el marketing realizada en 1991 (Pühse, 2003). Esta clasificación no se corresponde con la que se realizaría en otros países occidentales y dista mucho de cómo se percibe a las personas mayores en otras sociedades, por lo que ejemplifica claramente el concepto cultural del que hablan autores como Oña (2002), Muntañola (2005) y Ruiz, Chinchilla y Ruiz (2009).

- *Explorer* (14% en la Suiza germanoparlante, 16% en Suiza occidental): mayores abiertos al mundo y orientados hacia el futuro con una postura vital y positiva, que piensan y se orientan a la experiencia y a la aventura. Además les gusta viajar.
- *Bonviveurs* (47% en la Suiza germanoparlante, 55% en Suiza occidental): sibaritas que se dejan llevar por los viejos tiempos. Son sociables, están contentos consigo mismos y, por lo general, se mueven en su ámbito local y regional.
- *Selfpromoters* (11% en la Suiza germanoparlante, 11% en Suiza occidental): son tendentes al elitismo, hambrientos de formación e influenciados por la cultura con un posicionamiento crítico y pesimista, que realizan sus actividades con gran seriedad, pero que carecen claramente de espontaneidad.
- *Homeworker* (27% en la Suiza germanoparlante, 17% en Suiza occidental): son los que trabajan en el jardín y en casa con una marcada autosuficiencia y un especial concepto de la calidad.

Por otra parte Coutier, Camus y Sarkar (1990) indican que no se debe confundir el concepto *longevidad*, que es la edad alcanzada por los individuos nacidos en un periodo determinado, que viven en una época y una sociedad dadas, con *esperanza de vida*, que resulta del alargamiento de la vida.

Otros autores, como Oña (2002) no diferencian entre ambos términos, y siguiendo el modelo del estilo de vida, abogan por la prolongación de la vida, y sobre todo por el aumento de su calidad, para lo cual este autor propone el siguiente lema “*más años a la vida y más vida a los años*” (p. 18).

Al respecto, diferentes estudios han obtenido que los hombres tienen menor esperanza de vida que las mujeres (Coutier, Camus y Sarkar, 1990), aunque Malbut-Shennan y Young (1991) señalan que las mujeres se encuentran en peligro de cruzar los umbrales “funcionalmente importantes” mucho antes.

Por último, se debe incidir en la complejidad del proceso de envejecimiento, ya que tal y como exponen Weinert y Timiras (2003) existe una gran heterogeneidad del fenotipo (expresión del genotipo en un determinado ambiente, incluyendo rasgos físicos y conductuales) del envejecimiento de los individuos. Así, Oña (2009) señala que los biomarcadores de envejecimiento apuntan a que una misma persona tiene diferentes

edades biológicas, una para cada sistema fisiológico, pudiendo ser más viejo en un sistema que en otro distinto, por lo que la interpretación del envejecimiento como un proceso genérico no tiene cabida (Borkan y Norris, 1980, citado por Oña, 2009), lo que según este autor lleva a plantear que la intervención del ejercicio físico se debe realizar de forma específica y operativa para evitar los deterioros del envejecimiento, huyendo de los planteamientos genéricos, vagos y mágicos.

Por todo lo expuesto en el presente apartado, se debe tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso y la vejez una etapa de la vida, que el proceso de envejecimiento se ve influido por multitud de factores (sociales, biológicos, psicológicos, culturales, etc.) y que actualmente se está produciendo un proceso de cambio en relación a las personas mayores, ya que debido a las características de la sociedad actual se han incrementado la esperanza y la calidad de vida de estas personas. Además, a pesar de que cada persona, y dentro de ésta cada sistema tienen su edad biológica, la mayoría de los estudios sobre personas mayores consideran la edad cronológica de los 65 años como punto de referencia.

2.1.2. Teorías sobre el envejecimiento

De Burgos (2007) y Merino (2007) clasifican las teorías sobre el envejecimiento en dos grandes grupos, las *teorías biológicas* (estocásticas y deterministas) y las *teorías psico-sociales*. En el presente apartado se expondrán en primer lugar las teorías biológicas, siguiendo las consideraciones expuestas por diversos autores (Sharma, 1996; Marcos-Becerro, 2002; Romero, 2002; Pardo, 2003; Weinert y Timiras, 2003; Ruth, 2004; Fernández-García, 2005; Bayón y Sánchez, 2007; De Burgos, 2007 y Jayanthi, Joshua y Ranganathan, 2010) y posteriormente las teorías psico-sociales (Bazo y García, 2006; García et al., 2002; De Burgos, 2007 y De Filippis, 2008).

2.1.2.1 Teorías biológicas

Debido a la multitud de teorías y clasificaciones enunciadas a cerca de las teorías biológicas del envejecimiento, en primer lugar serán expuestas algunas consideraciones generales enunciadas por varios autores al respecto. A continuación serán expuestas y desarrolladas dos de las clasificaciones más generalizadas. Así, en primer lugar, se expondrá la realizada por Pardo (2003), y a continuación la expuesta por Jayanthi, Joshua y Ranganathan (2010), que posteriormente será completada con la enunciada por Weinert y Timiras (2003). Todas estas clasificaciones son fruto de

revisiones bibliográficas documentadas realizadas por estos autores. Asimismo, a lo largo de la exposición se incluirán aportaciones y consideraciones realizadas por otros autores.

Los datos biológicos, epidemiológicos y demográficos han generado una serie de teorías que tratan de identificar la causa o proceso para explicar y comprender el envejecimiento, y la muerte como su inevitable consecuencia (Weinert y Timiras, 2003).

No obstante, tal y como señala Pardo (2003), coincidiendo con Weinert y Timiras (2003), debido a la naturaleza multicausal o multifactorial del envejecimiento, resulta improbable que una teoría única pueda explicar todos sus mecanismos, ya que varios procesos pueden interactuar de forma simultánea y pueden operar a muchos niveles de la organización funcional. Del mismo modo, las diferentes teorías del envejecimiento no son mutuamente excluyentes y pueden describir adecuadamente algunas o todas las características del proceso normal de envejecimiento, por separado, o en combinación con otras teorías (Weinert y Timiras, 2003).

Siguiendo a Marcos-Becerro (2002), de las trescientas teorías que han sido enunciadas para explicar el fenómeno del envejecimiento, podrían ser resumidas en dos grandes grupos, coincidiendo en esta consideración con Romero (2002):

- Teorías basadas en la programación genética, según la cual los genes serían los responsables de la duración máxima de la vida. Dicho programa genético regula y controla la involución del organismo.
- Teorías que se sustentan en la acción de ciertos factores intrínsecos (radicales libres) o extrínsecos y relacionados con el medio ambiente (radiaciones, tabaco, alcohol, etc.). Dichos factores trastocan la función o la estructura de las células, los tejidos y los órganos.

Es decir, la primera se relaciona con los marcadores genéticos del individuo y la segunda con el impacto del medio sobre el mismo (De Burgos, 2007).

En la misma línea Weinert y Timiras (2003) establecen la siguiente clasificación:

- *Programmed theories*: el envejecimiento depende del reloj biológico que regula los horarios de la vida a través de las etapas de crecimiento, desarrollo, madurez y vejez. Esta regulación depende de los genes, que de forma secuencial activan y desactivan las señales de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, los

cuales son responsables del mantenimiento de la homeostasis y de la activación de los sistemas de defensa.

- *Error theories*: identifican las agresiones ambientales a los organismos vivos que provocan un daño progresivo en los distintos niveles (por ejemplo, daños en el ADN mitocondrial, la acumulación de radicales de oxígeno, entrecruzamiento de macromoléculas o cross-linking).

Asimismo, Marcos-Becerro (2002) expone que el genoma parece ser un elemento esencial en la determinación de la duración total de la vida, aunque otros factores como el mecanismo de la obtención y liberación de la energía y la formación de las especies oxígeno-reativas, así como los procesos ligados al medioambiente (radiaciones, alteraciones de la nutrición etc.) han de ser considerados a la hora de explicar el proceso involutivo. Así, los genes serían los responsables de la duración máxima de la vida, aunque sólo entre el 25 y el 35% de la longevidad podría ser achacada a ellos, ya que el resto le correspondería a los factores ambientales (Marcos-Becerro, 2002 y Romero, 2002).

Además, este autor indica que de la mayor o menor intensidad con que los distintos factores actúen sobre el organismo, dependerá el tiempo durante el cual el individuo sea capaz de vivir y el grado de salud adquirido durante la vida (Marcos-Becerro, 2002). Igualmente, Romero (2002) afirma que aunque el genoma posee una gran importancia en la regulación de la vida, son los factores ambientales los que influyen en la forma de llevarla a cabo y en su terminación.

Pardo (2003) realiza la siguiente clasificación de las *teorías biológicas* del envejecimiento:

- Teorías estocásticas: referidas al daño aleatorio producido en moléculas vitales (Weinert y Timiras, 2003). Estas teorías engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos (Pardo, 2003 y Ruth, 2004).
 - Teorías genéticas. Sostienen que los procesos ligados al envejecimiento están determinados genéticamente desde que nacemos (Bayón y Sánchez, 2007). Según Pardo (2003) son tres y confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el ADN. La

primera es la *teoría de la regulación génica*, que establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción y que el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción. Por su parte, Weinert y Timiras (2003) apuntan que el envejecimiento surge de los cambios en la expresión de los genes que tienen lugar con el mismo. Por ello, la esperanza de vida de una especie está influida por la selección de los genes que promueven la longevidad. La segunda es la *teoría de la diferenciación terminal*, y dicta que el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células, y hace especial hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética. Y la tercera es la *teoría de la inestabilidad del genoma*, la cual pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa del envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del ADN como afectando a la expresión de los genes sobre el ARN y proteínas.

- Teoría de la mutación somática. Sostiene que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final. A pesar de ello, Sharma (1996) apunta que en la actualidad las mutaciones somáticas no son consideradas como causa probable del envejecimiento.
- Teoría de los radicales libres. En las reacciones metabólicas, las células consumen oxígeno, este consumo conlleva como efecto negativo la producción de los llamados radicales libres. Este proceso que se produce en todas las células del organismo podría llegar con el tiempo, a lesionar el ADN celular y ser la base del envejecimiento (Fernández-García, 2005). Además, los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular (Pardo,

2003). Esta teoría tiene gran interés por su base celular, pero ella sola no explicaría el hecho de envejecer (Pardo, 2003 y Fernández-García, 2005).

- Teoría error-catástrofe o acumulación de errores. La disminución en la fidelidad de la transcripción en la síntesis proteica producirá errores que afectarán a los diferentes aminoácidos, lo que llevará a una afectación de la síntesis proteica del ADN. Aunque las propias células tienen mecanismos de reparación que les permiten la reconstrucción del mensaje, es posible que esta capacidad esté afectada, lo que originaría la transmisión en cadena de estos errores que podría aumentar exponencialmente como una función de la edad y conducir a un error catastrófico y a la muerte celular (Sharma, 1996 y Fernández-García, 2005). Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así, ya que las modificaciones no surgen de la biosíntesis de proteínas (Pardo, 2003).
- Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares o del entrecruzamiento molecular o *crosslinking*. Esta teoría postula que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad, esto podría contribuir a la disminución en el funcionamiento de las células y los tejidos relacionada con el envejecimiento (Sharma, 1996 y Pardo, 2003).
- Teoría de la acumulación de productos de desecho. El envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula. Así, la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos de desecho (Pardo, 2003).
- Teoría inmunológica o del cronómetro celular (De Burgos, 2007). Paralelo al envejecimiento se produce un deterioro global de la función inmune del organismo. Por ello, el sistema es menos capaz de discriminar entre lo propio del organismo y lo extraño, esto crea una respuesta contra las propias células, es a lo que llamamos una respuesta autoinmune, que lleva a la muerte celular (Pardo, 2003). Esta teoría sugiere que las células linfáticas en animales viejos no son defectuosas por herencia, sino que si reciben el estímulo apropiado pueden retornar a su función normal (Sharma, 1996). No

puede considerarse totalmente válida esta teoría pues a pesar de que si es cierto que hay un declive en el sistema inmunitario, muchos vertebrados, que también envejecen, no tienen sistema inmunitario (Fernández-García, 2005). Pardo (2003) añade que aunque el deterioro del sistema inmune probablemente no explica todas las observaciones del envejecimiento, está claro que retardar el envejecimiento conduce a retardar la senescencia inmune.

- Teorías deterministas: engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas (Pardo, 2003 y Ruth, 2004), que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico. Por un lado, pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular (Pardo, 2003).
 - Teoría de la capacidad replicativa finita de las células. Durante muchos años, se pensó que las células humanas capaces de proliferar en el organismo, se replicarían indefinidamente en los cultivos celulares. Sin embargo, Hayflick y Moorhead dieron a conocer que los fibroblastos humanos normales tenían una limitación del número de veces que podían dividirse, existiendo relación inversa entre la edad del donante y la división potencial de las células in Vitro (Pardo, 2003).
 - Teorías evolutivas. Según Pardo (2003) existen tres teorías evolutivas que explican el fenómeno del envejecimiento: la primera teoría sostiene que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado. La principal crítica que ha tenido esta teoría es que la mayoría de las muertes naturales, exceptuando a humanos, ocurren por accidentes, que suceden antes de que el envejecimiento sea evidente (*teoría de la mutación-acumulación*, Weinert y Timiras, 2003 y Jayanthi, Joshua y Ranganathan, 2010). La segunda teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan senescencia y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus efectos negativos (*teoría de la*

pleiotropía antagónica, Weinert y Timiras, 2003 y Jayanthi, Joshua y Ranganathan, 2010). Y la tercera teoría sería la *teoría del soma desechable* (Weinert y Timiras, 2003 y Jayanthi, Joshua y Ranganathan, 2010) que señala que las células somáticas se mantienen sólo para asegurar el éxito reproductivo continuado, después las células somáticas se convierten en desechables.

- Hipótesis de los genes determinantes de la longevidad. Subraya que la aparición y evolución de genes reguladores que mantienen los procesos vitales de la vida por más tiempo, suministran una ventaja selectiva para las especies. Además, predice que el envejecimiento no está programado genéticamente sino que es el resultado de procesos biológicos normales necesarios para la vida y que pueden existir genes clave determinantes de longevidad de naturaleza reguladora que son capaces de gobernar la tasa de envejecimiento del cuerpo entero (Pardo, 2003).
- Integración de las teorías estocásticas y deterministas, del envejecimiento: hipótesis del daño mitocondrial (Pardo, 2003). Postula que alteraciones al azar en el ADN mitocondrial (ADNmt) de células somáticas son responsables de la decadencia energética que acompaña a la senescencia (Ruth, 2004). Según estos autores, esta teoría muestra varias ventajas: sugiere mecanismos posibles de intervención en el proceso del envejecimiento; explica por qué muchos tipos celulares no muestran una involución relacionada con el tiempo, mientras otras células (especialmente las neuronas) cambian con la edad; tiene una gran importancia clínica, porque la disfunción mitocondrial en las células somáticas puede ejercer un papel etiológico en todas o algunas de las enfermedades degenerativas relacionadas con la edad y al integrar los conceptos de los radicales libres con el papel de diferenciación celular y tasa metabólica, ofrece una explicación más completa de las características principales de la senescencia, desde el nivel molecular al sistémico.

Por su parte, Weinert y Timiras (2003) y Jayanthi, Joshua y Ranganathan (2010) dividen las *teorías biológicas* en tres grupos (evolutivas, sistémicas y celulares y moleculares). Así, la clasificación propuesta por Jayanthi, Joshua y Ranganathan (2010) es la siguiente:

- Las teorías evolutivas: el envejecimiento resulta de una disminución en la fuerza de la selección natural. Debido a que la evolución actúa principalmente para maximizar la capacidad reproductiva de un individuo, la longevidad es un rasgo que es seleccionado sólo si es beneficioso para el bienestar. Además, estas teorías defienden la idea de que la longevidad es el resultado de presiones selectivas y puede tener un alto grado de plasticidad dentro de una sola especie, así como entre las especies (Weinert y Timiras, 2003). Estas teorías han sido expuestas anteriormente siguiendo a Pardo (2003). No obstante, a continuación se expone brevemente el análisis realizado por Weinert y Timiras (2003) y Jayanthi, Joshua y Ranganathan (2010):
 - Teoría de la mutación-acumulación: mutaciones perjudiciales actúan a largo plazo se van acumulando en la población y conducen al envejecimiento y la patología.
 - Teoría del soma desechable: las células somáticas se mantienen sólo para asegurar el éxito reproductivo continuado, después las células somáticas se convierten en desechables.
 - La teoría de la pleiotropía antagónica: algunos genes beneficiosos a una edad más joven se convierten en dañinos a edades más avanzadas, contribuyendo directamente al envejecimiento.

- Las teorías sistémicas: sostienen que todo el envejecimiento del organismo se produce debido a un decremento en la función de un sistema clave, como pueden ser el sistema nervioso, endocrino o inmunológico. Dichos decrementos podrían estar programados genéticamente, como sucede con las primeras fases del desarrollo de la vida, o ser la consecuencia de factores ambientales (Sharma, 1996).
 - Teoría neuroendocrina. Sostiene que el envejecimiento se debe a los cambios funcionales que tienen lugar en los sistemas nervioso y endocrino, y que son cruciales en el funcionamiento del organismo en su conjunto, por ejemplo en la comunicación y la respuesta de los diferentes sistemas con el medio ambiente, la capacidad reproductora, la homeostasis del organismo, etc. Este sistema interacciona y se integra con el sistema inmune.
 - Teoría inmunológica (expuesta anteriormente).

- Las teorías moleculares y celulares:
 - Teoría error-catástrofe o acumulación de errores (expuesta anteriormente).
 - Teoría de los radicales libres (expuesta anteriormente).
 - Teoría de la acumulación de productos de desecho (expuesta anteriormente).
 - Teoría de la mutación somática. El daño del ADN en el envejecimiento. La acumulación de daño en el ADN causa el envejecimiento.
 - Teoría de los telómeros o del envejecimiento celular. Hace referencia a la limitada capacidad de replicación del ADN que ocurre tras un número limitado de divisiones celulares, esto puede deberse a la pérdida de telómeros. Esta teoría se corresponde con la teoría de la capacidad replicativa finita de las células enunciada por Pardo (2003) y expuesta anteriormente (Ruth, 2004).

Por su parte, Weinert y Timiras (2003) añaden a la clasificación las siguientes teorías:

- Las teorías moleculares y celulares:
 - Teoría de la regulación genética (expuesta anteriormente).
 - Teoría de la restricción del codón. Se basa en la hipótesis de que la fidelidad o exactitud de la traducción, que depende de la habilidad de las células para descodificar los codones en las moléculas de ARN mensajero está alterada en el envejecimiento (Sharma 1996 y Weinert y Timiras 2003).
 - Deterioro o desgaste. El desgaste intrínseco (procesos oxidativos) o extrínseco (temperatura ambiental) de las células influye en la duración de la vida (Sharma 1996).
 - Apóptosis. Muerte celular programada (Weinert y Timiras 2003).
 - Desdiferenciación (Dysdifferentiation). El cúmulo gradual de las lesiones moleculares altera la regulación normal de la actividad genética, desencadenando potencialmente una cascada de consecuencias lesivas.

Esta clasificación (tabla 2) responde, según Weinert y Timiras (2003) a que las teorías del envejecimiento pueden superponerse en los distintos niveles de organización:

las alteraciones producidas con el envejecimiento de los eventos moleculares que pueden conducir a alteraciones celulares, y estos, a su vez, contribuir a fallos sistémicos y orgánicos, produciendo implicaciones evolutivas para la reproducción y la supervivencia.

Tabla 2. Clasificación y breve descripción de las principales teorías del envejecimiento (Weinert y Timiras, 2003, p. 1707)

Biological Level/Theory	Description
Evolutionary Mutation accumulation*	Mutations that affect health at older ages are not selected against.
Disposable soma*	Somatic cells are maintained only to ensure continued reproductive success; after reproduction, soma becomes disposable.
Antagonistic pleiotropy*	Genes beneficial at younger age become deleterious at older ages.
Molecular Gene regulation*	Aging is caused by changes in the expression of genes regulating both development and aging.
Codon restriction	Fidelity/accuracy of mRNA translation is impaired due to inability to decode codons in mRNA.
Error catastrophe	Decline in fidelity of gene expression with aging results in increased fraction of abnormal proteins.
Somatic mutation	Molecular damage accumulates, primarily to DNA/genetic material.
Dysdifferentiation	Gradual accumulation of random molecular damage impairs regulation of gene expression.
Cellular Cellular senescence–Telomere theory*	Phenotypes of aging are caused by an increase in frequency of senescent cells. Senescence may result from telomere loss (replicative senescence) or cell stress (cellular senescence).
Free radical*	Oxidative metabolism produces highly reactive free radicals that subsequently damage lipids, protein and DNA.
Wear-and-tear	Accumulation of normal injury.
Apoptosis System	Programmed cell death from genetic events or genome crisis.
Neuroendocrine*	Alterations in neuroendocrine control of homeostasis results in aging-related physiological changes.
Immunologic*	Decline of immune function with aging results in decreased incidence of infectious diseases but increased incidence of autoimmunity.
Rate-of-living	Assumes a fixed amount of metabolic potential for every living organism (live fast, die young).

2.1.2.2 Teorías psicosociales

Tal y como señalan Bazo y García (2006) y De Filippis (2008), en la década de los 50 y 60 cobran fuerza las investigaciones sobre los aspectos psicológicos y sociales de los procesos de envejecimiento.

Además, Bazo y García (2006) señalan que la ausencia de una división de las últimas etapas del ciclo de vida, comúnmente aceptada por la mayoría de los

investigadores de la gerontología social, ha dado lugar a la formulación de varias teorías que establecen clasificaciones similares, aunque con distintos matices, y por lo tanto dificultan el establecimiento de un modelo generalizado.

Así, De Burgos (2007) expone que estas teorías están formuladas de acuerdo a los cambios de actividad producidos en los procesos que acompañan al envejecimiento, en cuanto a una serie de acontecimientos que conllevan componentes de relación y de la propia conducta del individuo. Son teorías que tratan de justificar la adaptación del individuo a la vejez desde una perspectiva funcionalista (Motte, 2002, citado por De Burgos, 2007), en la que el envejecimiento se considera un problema social, donde se limita a saber cómo el individuo puede adaptarse a su nueva situación. En este sentido, Bazo y García (2006) apuntan que el funcionalismo estructural ha ejercido una gran influencia en el estudio de la vejez.

- Teoría de la desvinculación. Esta teoría hace referencia a que el individuo, como sujeto biológico va deteriorándose biológica, psíquica y socialmente. De esta forma, el individuo a medida que va entrando en años, va careciendo de la fuerza que tenía y se va retirando de la vida activa, finalizando en un retiro que le aleja de la interacción social (García et al., 2002). En esta línea, Bazo y García (2006) señalan que esta teoría considera que durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de la interacción entre la persona y su medio. Igualmente, De Filippis (2008) manifiesta que la idea central de esta teoría es que la desconexión o desvinculación del sujeto con la sociedad es un proceso inevitable y se da tanto de la persona que envejece hacia la sociedad como en sentido contrario. Esto se refleja especialmente en el caso de la jubilación, como un referente fundamental en el alejamiento de la vida productiva (Bazo y García, 2006). Así, desde esta perspectiva se asume que es funcional, ya que sirve a las necesidades individuales y sociales. Según García et al. (2002) esta teoría connota una dimensión negativa en un sentido triple: niega que se pueda hacer algo a partir de cierta edad, desarrolla una percepción negativa del anciano e incluye el “descompromiso” de la sociedad con el anciano. En este caso, los componentes propios de la práctica de actividad física se convierten en elementos de estímulo y superación (Merino, 2006, citado por De Burgos, 2007).
- Teoría de la modernización. Según Bazo y García (2006) y De Filippis (2008) es una teoría complementaria a la anterior. Así, estos autores explican que pretende

explicar los cambios (descenso) en el estatus de las personas mayores a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las diferentes sociedades, ya que dicho descenso es consecuencia de su dependencia social y económica derivada de una cultura que privilegia la inserción en el trabajo y el culto a la juventud. Sin embargo, según Bazo y García (2006) la crítica fundamental que se puede realizar a esta teoría es que se basa en una relación demasiado lineal y simplista y que no incide en las diferencias sociales, religiosas y raciales. No obstante, se debe tener en cuenta, siguiendo a los mismos autores que en las sociedades occidentales se ha logrado mitigar el deterioro de dicho estatus, ya que se han identificado un conjunto de características sociales y culturales que afectan al mantenimiento de dicho estatus. Entre ellas se deben enmarcar las estrategias relacionadas con el deporte para todos.

- Teoría de la actividad. Según Bazo y García (2006), García et al. (2002) y De Filippis (2008) esta teoría se sitúa en el polo opuesto a la de la desvinculación, ya que sostiene que cuantas más actividades se realicen, más posibilidades existen de estar satisfechos con la vida y que la carencia de actividad supone apatía, pesimismo y depresión. Así, según Bazo y García (2006) esta teoría estaría relacionada con el interaccionismo simbólico, y por lo tanto, considera que los seres humanos desarrollan sus valores, significados y modos de actuar a partir de un proceso de comunicación social (Blumer, 1982, citado por Bazo y García, 2006). Así, estos autores señalan que esta concepción considera que la manera de pensar de nosotros mismos se basa en las actividades o roles que desempeñamos y por ello muchas personas mayores procuran continuar con las mismas actividades que en su juventud, ya que así mantienen las necesidades psicológicas y sociales de etapas anteriores. No obstante, estos autores tachan de simplista esta teoría, ya que supone que hay que sustituir las actividades laborales por otras para envejecer con éxito. Un ejemplo de la aplicación de esta teoría sería el mantenimiento de práctica de actividad física y deporte, aunque siempre adaptado a las características individuales de las personas mayores.
- Teoría de la continuidad. De Filippis (2008) esta teoría propone un intento de superar las anteriores. Así, sostiene que el adulto hace elecciones adaptativas con el paso del tiempo. Para ello, el adulto desarrolla sus concepciones acerca de su integración social, de sí mismos y de su estilo de vida, en función de sus

experiencias vitales, de forma que lo que una persona concrete en esta etapa resumirá su trayectoria vital. Para Bazo y García (2006) Sostiene que el descenso de las cuotas de realización de las distintas actividades se explica en función de la salud empobrecida o en minusvalías adquiridas y no en una necesidad funcional de desvincularse sentida por las personas mayores. La crítica fundamental de esta teoría es que la vejez de una persona estaría condicionada por su modo de vida y no podría cambiarse. Siguiendo esta teoría resultaría de vital importancia la práctica anterior de actividad física y deporte para poder mantener dicho hábito en la tercera edad.

Las teorías psicosociales anteriormente expuestas son las más generalizadas, aunque no son las únicas. Así, Bazo y García (2006) completan la clasificación con las siguientes:

- Teoría de la competencia. Pretende explicar la interdependencia entre las personas mayores y su mundo social como un movimiento circular que estimula la visión negativa que los mayores tienen de sí mismos por la imagen que les envían sus personas allegadas.
- Teoría de la subcultura. Las personas mayores se agrupan en una subcultura propia que se enmarca en la creación de grupos de presión.
- Teoría de la estratificación por edades. Examina los cambios de sucesivas cohortes a través del tiempo y asume que la sociedad se compone de generaciones sucesivas de individuos que van envejeciendo de manera distinta y que continuamente fuerzan a sus predecesores a desempeñar o abandonar rasgos sociales.
- Perspectiva del ciclo de vida. Parte de que el envejecimiento es un proceso de la evolución que se inicia desde el propio nacimiento y cuya experiencia varía en función de factores históricos.

2.1.3. El envejecimiento demográfico de la sociedad actual

En el presente apartado se tratará de realizar una breve contextualización sobre la situación de envejecimiento demográfico que se está viviendo actualmente en nuestra sociedad, así como las proyecciones de futuro que auguran los diferentes expertos en la materia y las posibles consecuencias que esta situación puede desencadenar.

“El envejecimiento de la población puede definirse como un proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición de la estructura por edades de una población” (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 35).

Ya en 1990 autores como Coutier, Camus y Sarkar (1990) indicaban que se estaba asistiendo a un envejecimiento pronunciado de la población, según estos expertos, debido esencialmente al incremento del número de personas mayores. Igualmente, estos autores expusieron que en 1980 la longevidad media era de 69 años para los varones y de 77.1 para las mujeres. Asimismo, García (2005) afirma que a finales del siglo XVIII la esperanza de vida al nacer no superaba los 30 años en muchas regiones españolas, y que aun en los años sesenta del siglo XX giraba en torno a los 50 años, superando en la actualidad los 75 años. Según este autor, las cifras son contundentes: algunas estimaciones indican que en España el número de mayores ha aumentado alrededor de siete veces la centuria pasada. Siguiendo a Párraga (2009), en la actualidad la esperanza de vida es de 83 años para las mujeres y 76,4 años para los hombres españoles.

García (2005), expone que cuando hablamos de vejez nos referimos a una fuerza demográfica, y a un grupo social en continua expansión, que difícilmente puede cambiar en los próximos años, debido a la bajísima natalidad y mortalidad y el constante aumento de la esperanza de vida, es lo que el autor denomina “revolución silenciosa”, que tiende a invertir la pirámide de la población.

En esta línea, Chiroso, Chiroso y Padial (2000) apuntan que el aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación, y alcanzando lo que se conoce como “efecto cono”. Asimismo, Oña (2002) expone que las estructuras y tendencias de las sociedades desarrolladas nos muestran que, por un lado, se ha prolongado la esperanza de vida y por otro ha disminuido la natalidad, esto ha provocado que el peso de las personas mayores vaya creciendo paulatinamente. Además, señala que en el caso de España, se pasó de un 11.3% de población mayor de 60 años en 1981 a un 15% en 2000.

Al respecto, Del Barrio y Abellán (2009) establecen como punto de inflexión en nuestro país el año 2001, ya que fue el año en el que el porcentaje de población en edad infantil (0-14 años) fue superado por el de población de 65 años y más, y a partir de entonces el porcentaje de personas mayores supera al de niños y niñas, teniendo lugar, además, una tendencia a la alza (gráfico 1). Estos datos confirman las reflexiones de

Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002), autores que ya expusieron que se estaba produciendo un envejecimiento demográfico en las sociedades desarrolladas, y que se estaba invirtiendo la relación numérica entre las personas mayores y jóvenes. Al respecto, García (2005) revela que, si las previsiones se cumplen, a mediados de este siglo por primera vez en la historia de nuestro país jóvenes y viejos representarán la misma proporción de población, ya que actualmente las personas mayores de 65 años superan al grupo de edad con menos de 16 años y el ritmo de crecimiento de los que superan los 85 años es casi diez veces superior al del conjunto de la población (García, 2005).

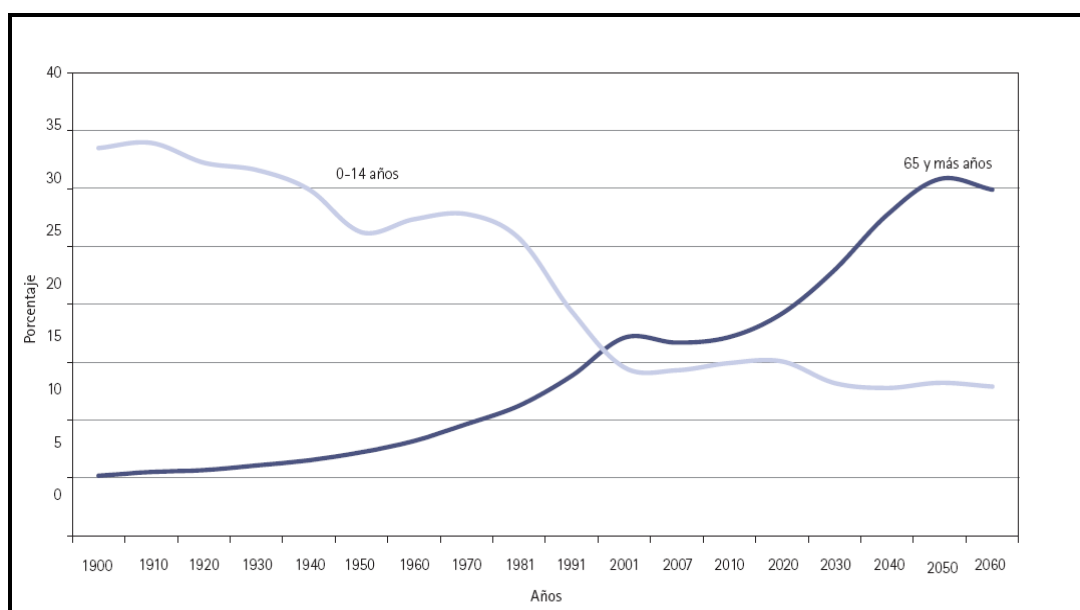


Gráfico 1. Inversión de la tendencia demográfica en España (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 44)

Por su parte, Párraga (2009) expone que se ha confirmado que actualmente se está ganando “más vida” en edades avanzadas respecto a otros tramos de edad, lo que ha conllevado en los últimos quince años un descenso mayor de la mortalidad entre las personas de entre 70 y 80 años, provocando que las personas más mayores vivan más años, con el consiguiente incremento de la esperanza de vida, y propiciando el fenómeno demográfico que autores como León et al. (2009) y Del Barrio y Abellán (2009) han denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento del

colectivo de población con edad superior a 80 años, que según éstos, se ha duplicado en sólo veinte años.

Igualmente, Merino (2007) indica que la mayoría de los países desarrollados experimentan un proceso de envejecimiento demográfico progresivo debido, principalmente, al aumento de la longevidad producido gracias al crecimiento de la expectativa de vida que ofrecen los adelantos de la ciencia y al desarrollo económico y social. A este hecho, en opinión de este autor, hay que añadirle la disminución de la natalidad, respecto a situaciones históricas anteriores, lo cual vuelve viejas a esas sociedades, siendo evidente que desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento poblacional es un hecho en las sociedades desarrolladas.

Castillo (2007) coincide con este autor y manifiesta al respecto que en las sociedades desarrolladas, se está produciendo un notable incremento de la esperanza de vida de la población. Para este autor, la explicación de este hecho es la mejora en las condiciones de vida, la adopción de estilos de vida más saludables, las mejoras en la alimentación y los importantes avances que se van produciendo en todos los campos de la medicina.

Al respecto, Weinert y Timiras (2003) tratando de buscar una explicación a la actual situación de envejecimiento demográfico, señalan que en los seres humanos, la longevidad actual es el resultado de una temprana (mediados del siglo pasado) "transición epidemiológica", en referencia a la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedad infecciosas debido a la mejora de la higiene y al descubrimiento de los antibióticos. Esto fue seguido en los años 1970 y 1980 por un descenso de la mortalidad en edades más avanzadas y por la reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

En este sentido, Coutier, Camus y Sarkar (1990) manifiestan que el envejecimiento poblacional depende de la disminución de la natalidad y que el factor más decisivo en el aumento de la longevidad parece ser la reducción de la mortalidad infantil, mientras que la longevidad potencial está asociada a factores genéticos y socioeconómicos en que las condiciones de vida tienen un papel determinante. De hecho, apuntan, que en la media en que el hombre mejore sus condiciones de vida, puede esperar ver que su longevidad real coincida con su longevidad potencial.

Atendiendo a los últimos estudios, el padrón realizado en 2008 refleja que en España el número de personas mayores de 65 años, a fecha de 1 de enero de este año, era de 7.633.807 (Del Barrio y Abellán, 2009). En el momento de publicación del

informe presentado por estos autores este dato no era oficial, por lo que en dicho manuscrito se trabajó con los datos correspondientes al año 2007, los cuales indican que en España a 1 de enero de 2007 había contabilizadas 7.531.826 personas de 65 y más años, este número de personas se corresponde con el 16.7% de la población total. Así, cabe destacar que respecto a 1900 se ha multiplicado por ocho el número de personas mayores en nuestro país (Del Barrio y Abellán, 2009).

Estos autores tras analizar los datos poblacionales señalan que en los últimos cinco años la población mayor ha ascendido en más de 250.000 personas, con un incremento del 3.5% y que su evolución ha pasado del 5.2% de la población total de principios del siglo XX a triplicarse en la actualidad (16.7%). Además, señalan que en España, las proyecciones de población auguran un incremento de este envejecimiento que duplicará al actual, ya que tal y como proyecta el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2060, 5.679.878 personas habrán superado el umbral de los 65 años. Esta población será entonces el 29,9% de la población total. El panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en la que casi un tercio de la población serán personas mayores (gráfico 2) (Del Barrio y Abellán, 2009).

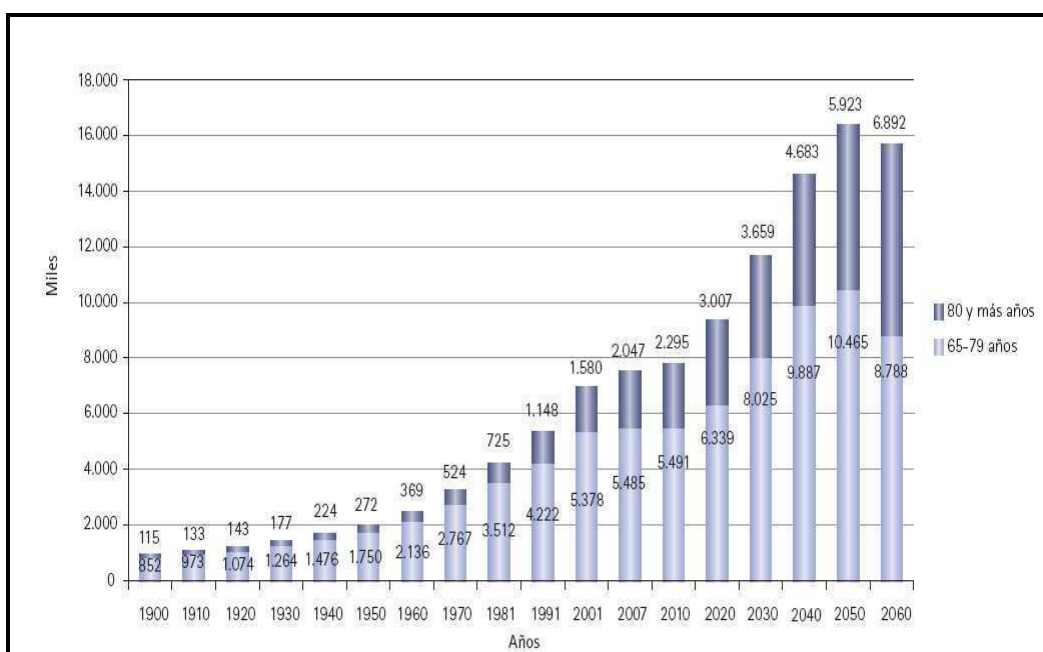


Gráfico 2. Evolución de la población mayor. España, 1900-2060 (miles) (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 44)

Igualmente, Del Barrio y Abellán (2009) explican que el crecimiento medio anual de la población muestra que el número de personas mayores aumenta a lo largo de las décadas, mientras que el crecimiento de la población total decrece en cifras porcentuales. El aumento relativo del grupo de 65 años y más ha sido constante hasta la década de los 90, a partir de ese año la cifra se mantiene estable en el 2.5%. Así, la población española se prevé que crecerá en el periodo 1991-2020 con una tasa anual de 0.84%, la de las personas mayores de 65 años lo hará con un ritmo tres veces mayor (Del Barrio y Abellán, 2009). Según estos autores y tal y como queda reflejado en el gráfico 3, en las proyecciones de 2020 a 2050 se establece que la población mayor crecerá ocho veces más rápido que la total.

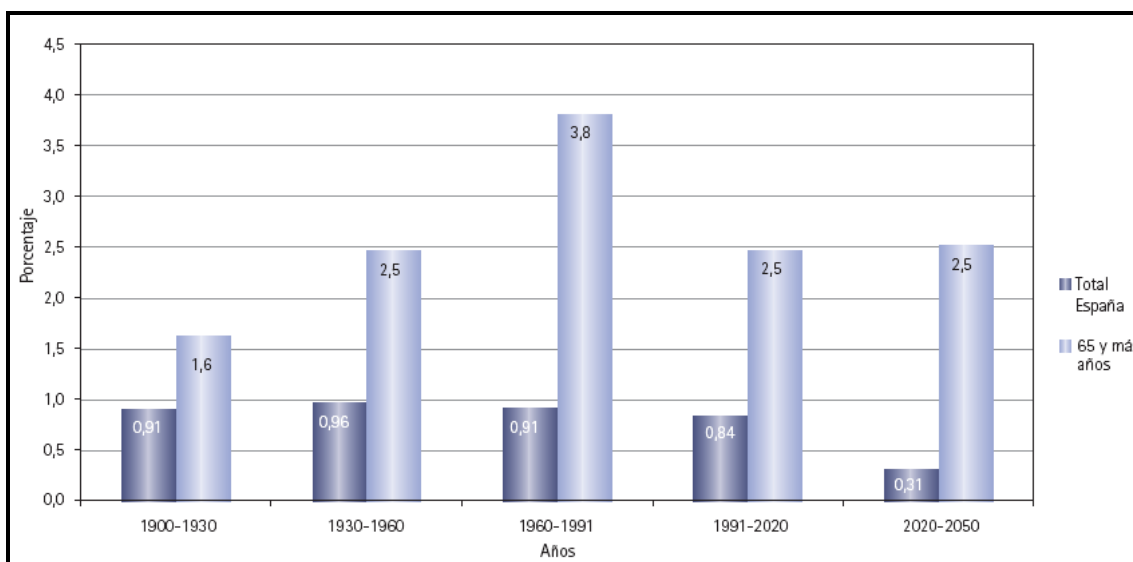


Gráfico 3. Crecimiento medio anual de la población mayor, 1900-2050 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 45)

Estos datos coinciden con lo expuesto por García (2005), quien señala que se ha calculado que para mediados de este siglo, un quinto de la población mundial tendrá más de 60 años.

Por otra parte, atendiendo a la variable sociodemográficas *sexo*, Párraga (2009) señala que se ha evidenciado que las mujeres viven más, coincidiendo con Del Barrio y Abellán (2009) y el Equipo Portal Mayores (2009) (gráficos 4, 5 y 6) y con los componentes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2001), que lo denominan *feminización del envejecimiento*, pero en peores condiciones de salud que

los hombres, y que la morbilidad femenina es mayor que la masculina, tal y como lo confirma el dato que sitúa la esperanza de vida libre de discapacidad en los hombres a los 65 años en 11.7 años y para las mujeres en 12.6 años (expectativa libre de discapacidad de 5 años para los hombres respecto a los 8.1 de las mujeres). Asimismo, se debe tener en cuenta que en España, el índice de supervivencia a principios del siglo XX era del 41.7% hombres y 47% mujeres y actualmente estos índices son del 79% y 91% respectivamente (Castañeda, Campos y Garrido, 2009).

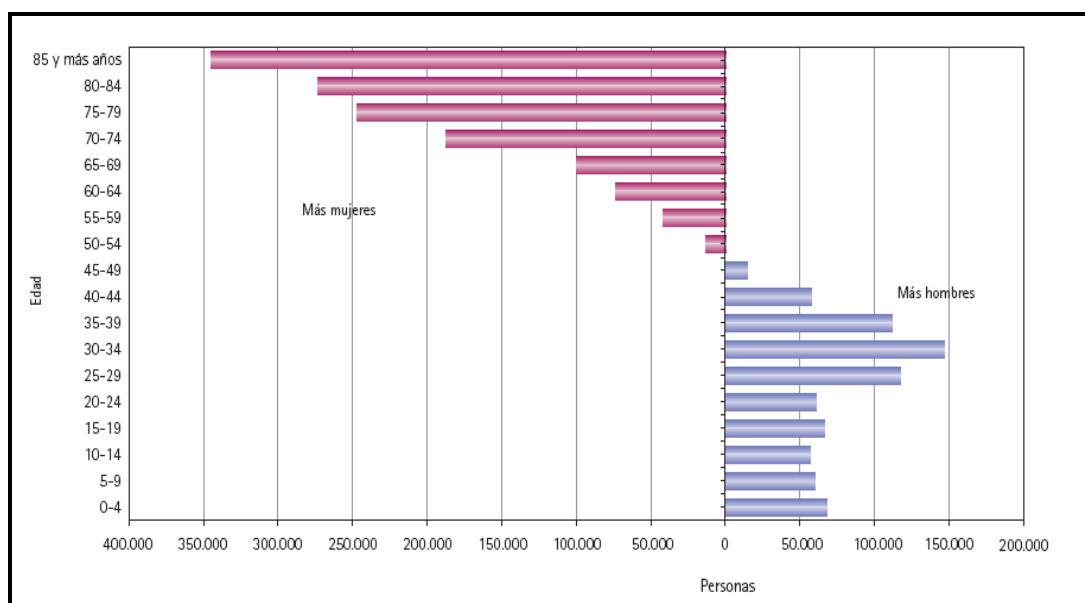


Gráfico 4. Diferencia entre hombres y mujeres por grupos de edad, 2007 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 62)

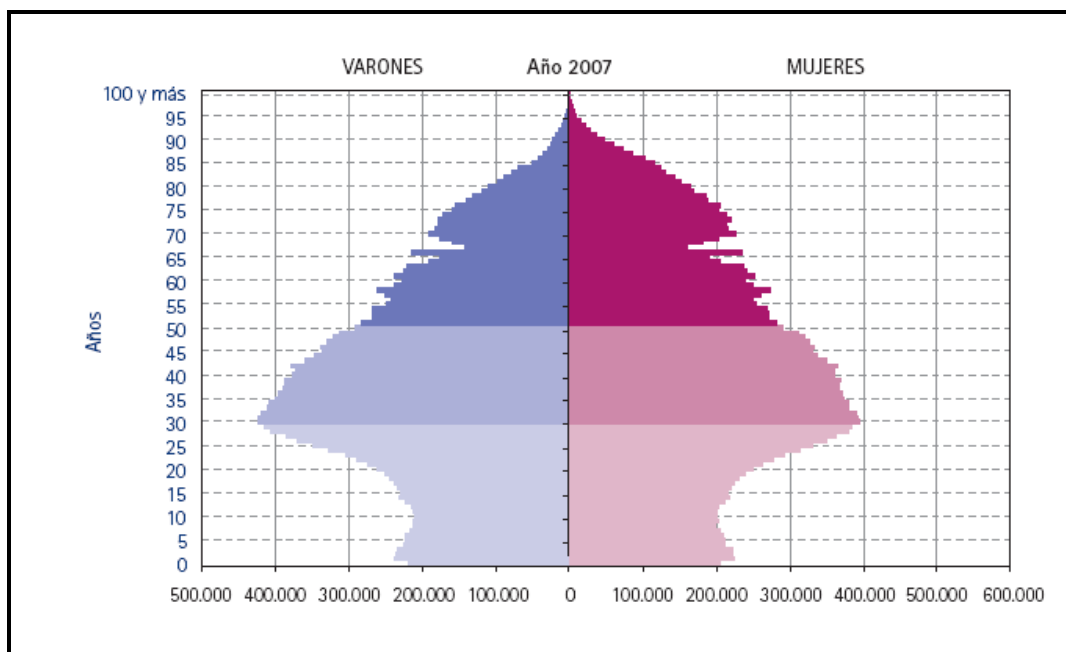


Gráfico 5. Población según sexo y edad, 2007 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 64)

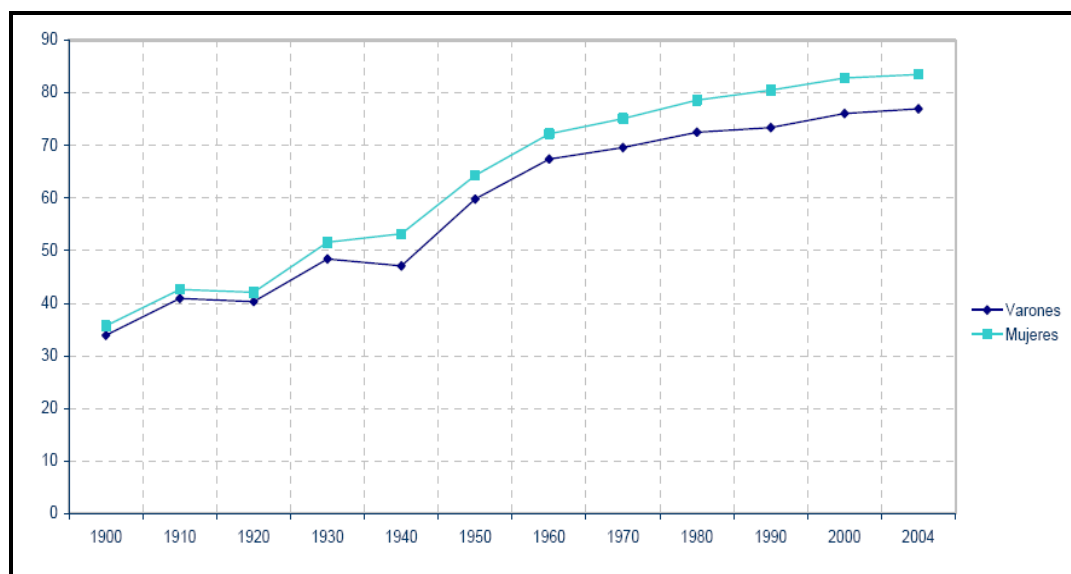


Gráfico 6. Esperanza de vida al nacer por sexo, 1900-2000 (Equipo Portal Mayores, 2009, P. 14)

Ruiz y Baena (2009) declaran que en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas se reconoce que de aquí a 2050, el número de personas con más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2.000 millones. Se pasará de un 10% a un 21%, experimentándose el mayor incremento en los países desarrollados. En cuanto a mujeres, su valor medio será mayor que el de los hombres

(100 mujeres frente a 78 hombres). Así, para estos autores, esto implica una paridad frente al problema del envejecimiento mundial y su tratamiento político y legislativo.

Respecto a la situación sociodemográfica en la Unión Europea, Giannakouris (2008) expone que se prevé que la población se haga mayor en todos los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Suiza. Así, este autor señala que entre 2008 y 2060 se prevé que aumente la edad media más de 15 años en Polonia y Eslovaquia, mientras que el aumento de ésta se proyecta en menos de 5 años en países como Luxemburgo, Reino Unido, Dinamarca, Francia, Suecia, Bélgica y Finlandia y que se prevé que la proporción de la población de 65 años o más aumente en todos los países. Cabe señalar que en sólo seis países este incremento es menor de 10 puntos porcentuales. Además, señala que la población mayor de 80 años o más aumentará en todos los países en términos relativos y absolutos (gráfico 7).

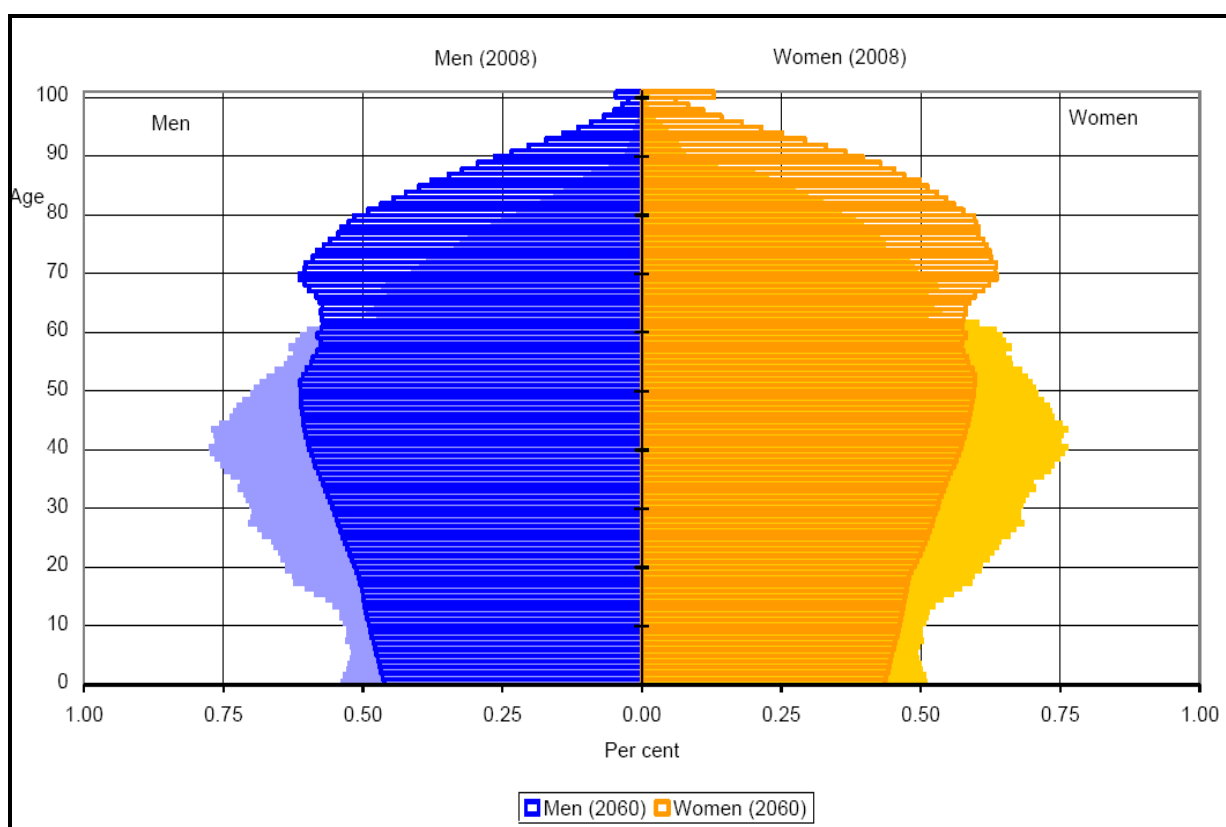


Gráfico 7. Pirámide poblacional, UE27, 2008, 2060 (Giannakouris, 2008, p. 3)

Del Barrio y Abellán (2009) recuerdan que el envejecimiento de la población es una característica que afecta a toda la población mundial, dejando constancia de la

universalidad de este proceso, ya que las sociedades envejecen en todas las partes del mundo. Los grupos de personas de 65 y más años comienzan a ser un segmento importante de todos los países. Los datos de Naciones Unidas a este respecto muestran una población mundial de 6.515 millones de personas, de las que 477 millones tienen 65 y más años, el 7,3% del total.

Al respecto, Pühse (2003) comenta que en las naciones industrializadas de Occidente, la esperanza de vida en los últimos cien años se ha duplicado, y en el transcurso de esta evolución la pirámide de edad se ha invertido. Además, señala que si hoy en día uno de cada cinco habitantes de Alemania ha sobrepasado los 60 años, en los próximos treinta años este fenómeno le ocurrirá a uno de cada tres. En este sentido, según un pronóstico efectuado por el Instituto Suizo de estadística en 1992 (Pühse, 2003), a causa del fuerte envejecimiento demográfico, el llamado coeficiente de edad, es decir, la relación entre el número de personas que tienen más de 64 años y los que existen en la banda situada entre los 20 y los 64 años, aumentará en Suiza en los próximos decenios de un 24% a un 44%.

Asimismo, Del Barrio y Abellán (2009) explican que esta tendencia hacia el envejecimiento de la población tiene mayor incidencia en los países desarrollados, formando el grupo de personas mayores el 15,3% de la población total de estos países. En los países en vías de desarrollo el índice de envejecimiento actual (2005) es del 5,5% con una edad media de 38 años. Entre los países menos desarrollados la cifra desciende al 3,3% y la edad media a 19 años (gráfico 8). La causa de esta divergencia, indican los autores que viene dada por el momento en el cual cada una de estas sociedades ha sufrido el proceso de transición demográfica, de forma que las poblaciones pioneras en este proceso, los países más desarrollados, tienen pirámides más envejecidas que las poblaciones que recientemente han iniciado la marcha hacia el envejecimiento.

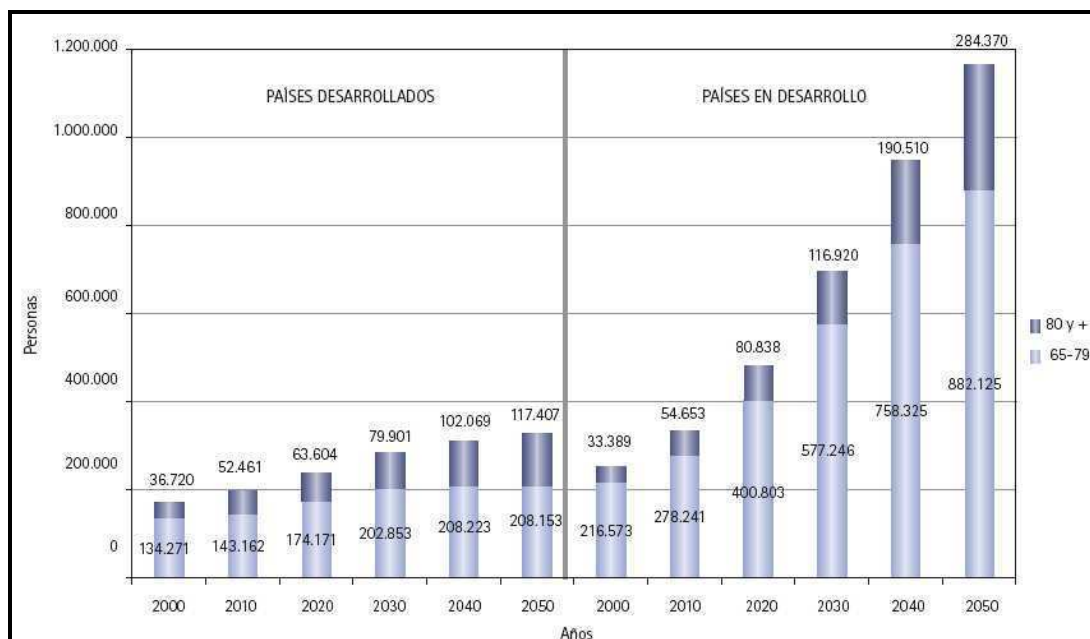


Gráfico 8. Personas de 65 años y más en regiones desarrolladas y en desarrollo por grupos de edad, 2000-2050 (Del Barrio y Abellán, 2009, p. 46)

Por su parte, Castañeda, Campos y Garrido (2009) en una reflexión al respecto, comentan que según la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2050, en las regiones desarrolladas habrá más del doble de personas mayores de 65 años que menores de 15 años y que en las regiones menos desarrolladas el porcentaje poblacional de personas mayores se está incrementando de 8% a un 21 % entre 1998 y 2050 y que en conjunto, la proporción de personas mayores en el mundo pasará de un 10% a un 22% en ese período.

En cuanto a la diferencia sociodemográfica en función del sexo en Europa, resulta importante reflejar que los hombres tienen mayor diferencia en la esperanza de vida según el país donde vivan (gráfico 9) (IMSERSO, 2010).

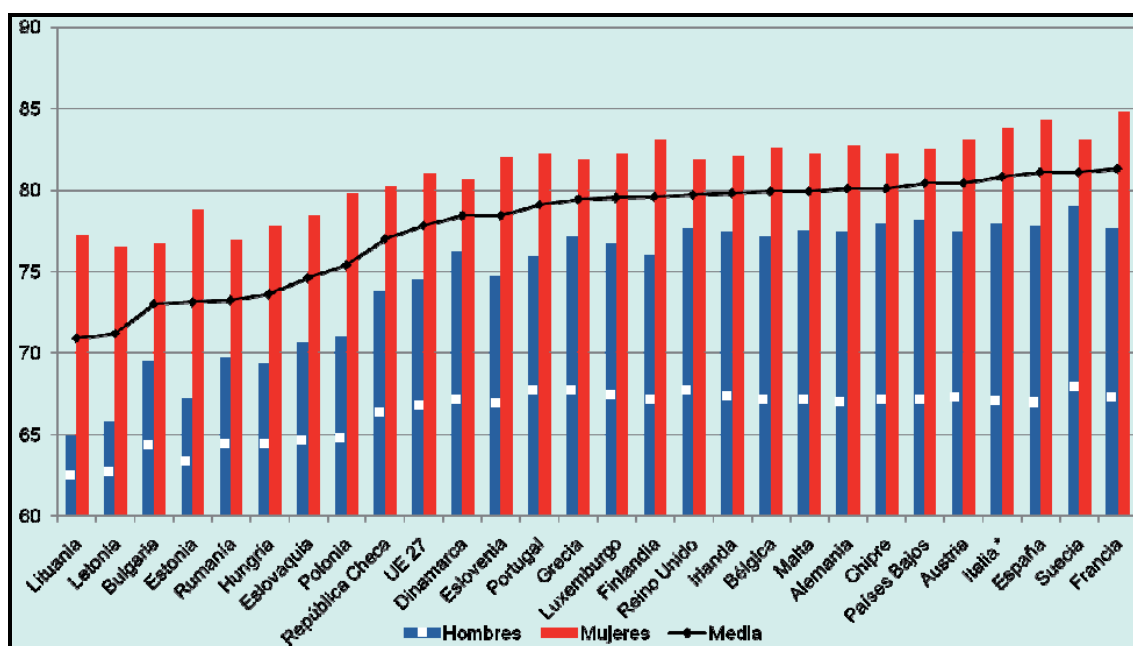


Gráfico 9. Esperanza de vida al nacer. Diferencia entre sexos. UE 2007 (IMERSO, 2010)

Por otra parte, se debe reflexionar sobre las posibles repercusiones del envejecimiento demográfico de la sociedad actual. Así, Castañeda, Campos y Garrido (2009) opinan que el envejecimiento de la población es un gran triunfo, pero también uno de los mayores desafíos de la humanidad. En este sentido, García (2005) considera que las repercusiones sobre nuestra sociedad serán inevitables, aunque las interpretaciones de éstas son muy diversas, ya que desde el punto de vista de la geriatría, el alto envejecimiento de la población puede considerarse como un logro histórico derivado del progreso de nuestras sociedades y desde el punto de vista demográfico y económico la visión no es tan positiva, ya que por el contrario, esta situación nos podría conducir al colapso total al quedar seriamente dañadas las tasas de reemplazo poblacional, hacer inviables los sistemas de protección social y, en definitiva, hipotecar el futuro de nuestro país.

Debido a que el envejecimiento es una realidad social Castañeda, Campos y Garrido (2009) hacen hincapié en el hecho de que debemos ser conscientes de que la inmovilidad de los ancianos produce un gasto social y sanitario, por este motivo uno de los objetivos de nuestra sociedad actual debiera ser aumentar la calidad de vida de los mismos, estando totalmente convencidos de que la forma más efectiva de lograrlo es

aumentando la capacidad funcional de nuestros mayores. En este sentido, la actividad física y el deporte son un instrumento idóneo para lograr este objetivo.

El coste económico relacionado con el aumento del número de personas mayores preocupa principalmente por dos aspectos esenciales (Oña, 2002):

- La jubilación se paga con los ingresos de la población llamada productiva, que cada vez tiende a ser menor, mientras que la población pasiva y receptora de estos ingresos tenderá a ser mayor.
- Los mayores necesitan un gasto añadido a la población joven, en aspectos como fármacos, ayuda en domicilios y hospitalización (Stearns et al., 2000).

Finalmente, señalar que tal y como indica Pühse (2003), los nuevos mayores están en la vanguardia, a la cual han llegado a través de mejores resultados materiales y a unas mayores cualificaciones, convirtiéndose en una clara fuerza de consumo, que además es perfectamente consciente de su valor. Debido a su fuerza económica, los mayores ofrecen un creciente potencial de mercado, que además, según dicen los expertos, el potencial de compra de los que están por encima de los 65 años, que ahora mismo representa tres veces más del potencial de los que tienen más de 20 años, crecerá de tal manera que, en tres o cuatro decenios constituirán casi la mitad del potencial total de consumo (Wittenzeller, 1995). De esta forma, la industria, la ciencia y la publicidad cada vez se interesan más por estos “nuevos mayores” y sus necesidades (Pühse, 2003).

Por todo ello, coincidimos con Ruiz y Baena (2009) al destacar la importancia de las investigaciones sobre a la edad y envejecimiento, ya que será una cuestión de carácter prioritario en el futuro de los países desarrollados.

2.2. LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE EN LA TERCERA EDAD

2.2.1 Contextualización de la actividad física y el deporte en la tercera edad

Desde los diferentes ámbitos de conocimiento cada vez se está tomando mayor conciencia de la importancia de permanecer activo una vez adquirida la condición relativa de persona mayor, o de haber alcanzado la conocida como tercera edad. A este aspecto se hace referencia en varias ocasiones en un libro que versa sobre una interesante conversación a cerca de la ciencia y la vida entre el cardiólogo Valentín Fuster y el escritor, humanista y economista José Luís Sampedro (Sampedro, Fuster y Lucas, 2009). Estos expertos constatan la importancia de mantenerse activo tanto a nivel físico como a nivel mental en el periodo correspondiente a la jubilación.

Según De Burgos (2007), el concepto de *envejecimiento activo* se aplica tanto a los individuos como a los grupos poblacionales, y permite a las personas alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que al mismo tiempo les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. La OMS (2002) añade que este concepto sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro basado en los derechos que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

Así, con el objetivo de contextualizar exactamente el concepto de *envejecimiento activo*, este autor cita textualmente una definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (2002):

“El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia” (p.79).

Asimismo, la OMS (2002) señala que *“el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”* (p.79).

Al respecto, Denk y Pache (2003) exponen que se conoce por la gerontología que una actitud “activa” en la vejez, lo que no tiene por qué expresarse necesariamente en forma de deporte, aunque se puede plasmar en él, contribuye a una mayor felicidad en la vejez.

En relación al concepto de *calidad de vida*, Merino (2007) declara que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1994 la siguiente definición con el objetivo de lograr un consenso al respecto: *“Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* (p. 29). Asimismo, este autor señala que según el grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Por su parte, Schwartzmann (2003) señala que la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Según Merino (2007), en la declaración final de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, celebrada en Madrid en el 2002, en la cual se postuló el manifiesto citado anteriormente (OMS, 2002), se plantea que la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal y, consecuentemente, recomienda alentar a las personas de la tercera edad a que mantengan o adopten modos de vida activos y saludables que incluyan actividades físicas y deportivas.

En este sentido, Pühse (2003) recuerda que las personas mayores ya no se ven como “viejos”, por lo que el concepto de “deporte para todos” parece ser más indicado a la hora de ofertar actividades físico-deportivas a estas personas. Según este autor, los cambios producidos en la sociedad actual conducen a que en la imagen pública no se entienda el deporte como un privilegio que sólo puede ser ejecutado en la fase juvenil, sino que se asocia al concepto de “deporte para todos”, practicado en todas las fases de la vida, incluida la tercera edad.

Al respecto, numerosos autores se suman a los anteriores y señalan los beneficios físicos, psíquicos, sociales y afectivos de la práctica de actividad física y deporte para la salud en la tercera edad (Berlin y Colditz, 1990; Bouchard et al., 1990; Coutier, Camus y Sarkar, 1990; Plante y Rodin, 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Ortega, 1992; Blasco, Capdevila y Cruz, 1994; Rodríguez, 1995; Salvador et al., 1995; Wark, 1996; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair y Brodney, 1999; DiPietro, 1999; Blain et al., 2000; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Stearns et al., 2000; Holt et al., 2001; Laurin, et al., 2001; Maceira, 2001; National Institutes of Health, 2001; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Chodzko-Zajko, 2002; Strawbridge et al., 2002; OMS, 2002; Oña, 2002; Romero, 2002; Sagiv, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; López de la Torre, 2003; Medina, 2003; Pühse, 2003; Tuesca-Molina et al., 2003; Wilmore y Costil, 2004; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Gómez, 2005; Castillo, 2007 y 2009; García, 2007; Merino, 2007; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007; Lemmens et al., 2008; López-Miñarro, 2008; Pont, 2008; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Oña, 2009; Párraga, 2009; Sampedro, Fuster, y Lucas, 2009; Krejza, 2009 y Santin-Medeiros y Garatachea, 2010), tal y como se desarrollará en el apartado de la presente tesis doctoral destinado a tal fin.

Según Nelson et al. (2007) la actividad física regular, incluyendo la actividad aeróbica y de fortalecimiento muscular, es esencial para un envejecimiento saludable y la participación en actividades físicas y deportivas puede reducir el riesgo de enfermedad crónica, la mortalidad prematura, las limitaciones funcionales y discapacidad.

Por ello, y debido a que, tal y como expone Párraga (2009), está suficientemente probada la repercusión que tiene el ejercicio físico sobre la mejora de la calidad y longevidad de la vida de las personas mayores, éstas deben incorporar la actividad física a sus hábitos diarios. Escribano y Chinchilla (2009), por su parte, inciden en que se ha demostrado que, la actividad física demora el envejecimiento y aumenta el periodo productivo de la vida. Así, El Departamento de Salud Norteamericano situó la actividad física como el primero de los diez indicadores de salud en su agenda de trabajo para el año 2010 (Castillo, 2009).

En este sentido, Chodzko-Zajko (2002) explica que hoy en día existen pruebas concluyentes de que la actividad física regular puede aportar beneficios a las personas de cualquier edad, incluso se puede afirmar que cada vez existen más pruebas de que la actividad física ofrece una de las mayores oportunidades para ampliar los años de vida

activa e independiente, reducir la incapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En esta línea se ha comprobado que estilos de vida saludables, activos, donde la actividad física ocupa un lugar importante generan personas con mayor autonomía que reducen el gasto general (Stearns et al., 2000 y Oña, 2002).

Por su parte, Musitu (2009) expone que aspectos como la pérdida de ingresos y seguridad económica, la pérdida de estatus y poder, la pérdida del rol laboral y del sentimiento de productividad, la pérdida de la pareja u otros seres queridos, la pérdida de relaciones especialmente significativas como amistades y vecinos, la pérdida de la proximidad geográfica con los hijos, la pérdida de la salud y de la capacidad funcional (enfermedades o discapacidades) o la pérdida de oportunidades para la expresión personal, son algunos de los factores estresores que deben afrontar las personas mayores. Al respecto este autor señala que la pérdida de estos elementos positivos de estadios anteriores del ciclo vital puede sustituirse por sentimientos de dependencia física o psicológica, aislamiento social y sentimientos de soledad, una reducción en la autoestima y autoconfianza, y sentimientos de depresión, indefensión e inutilidad, aunque afirma que todo ello se puede afrontar mediante la actividad física y el deporte.

Tal y como expone Castillo (2009) *“el ejercicio físico, practicado de manera apropiada, es la mejor herramienta hoy disponible para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona”* (p.119). De hecho, señala este autor, el ejercicio físico y el deporte colaboran a mantener un adecuado grado de funcionalidad para la mayoría de las funciones orgánicas.

Se debe tener en cuenta que según la OMS la inactividad desempeña un papel importante en la disminución de las capacidades físicas agravando el deterioro funcional propio del envejecimiento, existe un consenso sobre la importancia de la actividad física y mantenerse físicamente activo para disminuir en lo posible el efecto de la edad (Meléndez, 2009).

Así, esta misma organización manifiesta que las enfermedades no transmisibles (ENT) aumentan en proporción directa con la edad y que la actividad física es un elemento preventivo de éstas (gráfico 10).

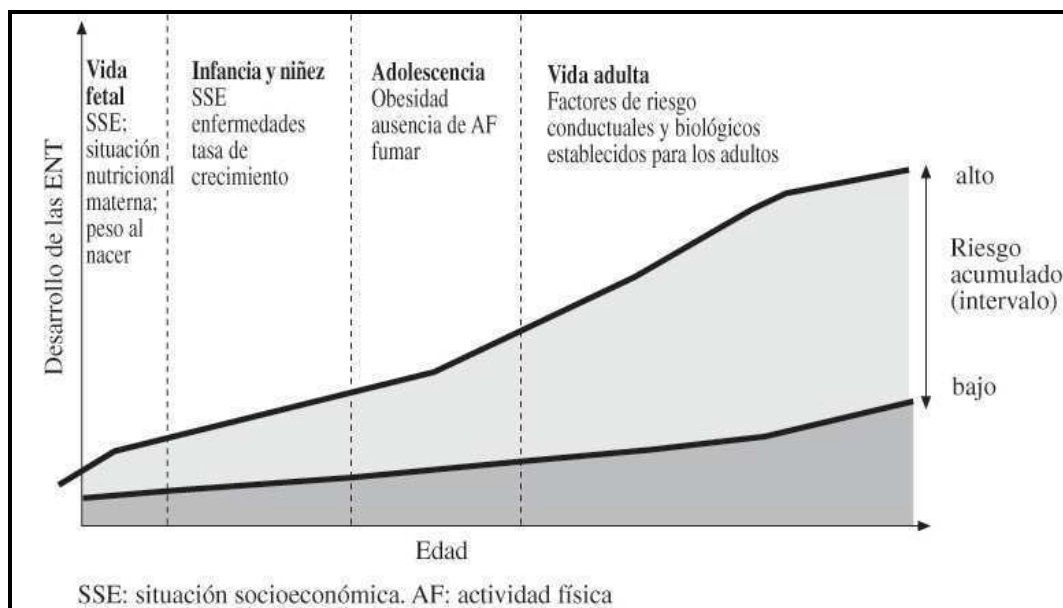


Gráfico 10. Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde un enfoque del ciclo vital (OMS, 2002, p. 81, adaptado de Aboderin y col., 2002)

Por su parte, Oña (2002) sostiene que se puede mantener un modelo que se recele contra el determinismo que acepta el deterioro y la condena del hombre a partir de una edad determinada. De esta forma, puntualiza que este modelo debe partir de la idea de que si los hábitos de vida de las personas mayores, entre ellos la actividad física, son sanos se podrá mantener un estado de salud y funcionalidad altos durante toda la vida. Para ello propone que este modelo se base en el “Life-Span”, propuesto por Baltes, Reese y Nesselroade (1981) y explicado en otros apartados de la presente investigación.

Para ello, Oña (2002) plantea alejarnos del modelo tradicional, que fomenta personas mayores marginadas, pasivas y dependientes y que asume el coste social que ello implica como inevitable, por el modelo “Life-Span” que entiende el envejecimiento como interactivo, diferenciador y ligado al estilo de vida elegido por cada persona.

Este modelo, tal y como se ampliará en apartados posteriores se revela contra el determinismo económico e institucional, apostando fuertemente por la autonomía y funcionalidad de las personas mayores a través de una mayor calidad de vida que evitará el coste económico, social e institucional (Oña, 2002). Así, resulta comprensible que

entre los hábitos de vida saludables necesarios para obtener esa mayor calidad de vida, la actividad física y el deporte juegan un papel esencial.

En relación a las políticas y los programas del envejecimiento activo existe la necesidad de fomentar y equilibrar el cuidado de la propia salud, los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional (OMS, 2002). Además, añade que las políticas y los programas deben animar a las personas inactivas a estar físicamente más activas a medida que envejecen y proporcionarles oportunidades para ello. De esta forma, cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

En esta línea, con el objetivo de retrasar los procesos negativos del envejecimiento, Oña (2002) señala la importancia de actuar a través del ejercicio físico en tres planos: biológico, psicológico y social. Para ello, este autor propone que el objetivo del ejercicio físico en el plano biológico debe centrarse en realizar ejercicios con carga que aumenten el volumen de la fibra muscular, y con ello la fuerza, ejercicios de fuerza y tracción con objeto de aumentar la densidad ósea, aeróbicos para aumentar el rendimiento cardiovascular y la resistencia a la fatiga durante los desplazamientos y de flexibilidad para aumentar la amplitud articular y del paso de la marcha. Por otra parte, en el plano psicológico se debe trabajar el control postural, la identificación de estímulos significativos, la autoconfianza, la pérdida del miedo a las caídas y la reducción del tiempo de reacción. Finalmente, en el plano social, se debe conseguir una mayor autonomía personal (independencia para caminar) y la integración en un grupo social que le estimule a desplazarse.

Por su parte, según Romero (2002), la Organización Mundial para la Salud realiza unas recomendaciones para la práctica de la actividad físico-deportiva, entre las que este autor destaca, atendiendo a las personas mayores las siguientes:

- Realizar el ejercicio siempre a la misma hora.
- Aguardar a que transcurran dos horas desde la última comida.
- Cesar la actividad cuando se tiene fiebre o se padece alguna enfermedad.
- Ser constante en la frecuencia de su realización.
- Escoger un lugar apropiado. Si se realiza en el hogar, hacerlo en un lugar bien ventilado y que disponga de espacio suficiente.
- Llevar un atuendo apropiado que permita la transpiración, que no tenga elásticos que compriman.
- No realizar ejercicios hasta extenuarse.

Por otra parte, Rodríguez (1995) enuncia que un programa dirigido a personas mayores de 65 años debe tener los siguientes objetivos:

- Mantener un nivel suficiente de capacidad funcional general.
- Mantener la integridad del aparato locomotor.
- Prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades cardiovasculares (coronariopatía, HTA), metabólicas (obesidad, dislipemias, diabetes tipo II) y osteoarticulares (osteoporosis, artrosis, artritis).
- Mantener el equilibrio psicológico y afectivo y la inserción social y familiar.

Además, este mismo autor señala que se deben tomar las siguientes precauciones (Rodríguez, 1995):

- Consejo y control médico siempre, muy especialmente cuando se presenten signos y síntomas de enfermedad (especialmente cardiovasculares, metabólicos y osteoarticulares).
- Incluir siempre una fase de calentamiento y de enfriamiento progresivos.
- Controlar la intensidad del ejercicio y la progresión de manera individualizada y en función de la capacidad física y la adaptación de cada sujeto.
- Prevención pasiva y activa de los accidentes físicos (contactos violentos, lesiones de sobrecarga, caídas, etc.) y orgánicos (hipertemia, deshidratación, hipoglucemia, síncope, etc.).

- No realizar sesiones demasiado largas, mejor varias a lo largo del día.
- Mejor hacer ejercicio con amigos y/o familiares.

Baert, Gorus, Mets, Geerts y Bautmans (2011) basándose en los resultados obtenidos tras su revisión sistemática, recomiendan que cuando se promueve actividad física en la tercera edad se debe prestar una especial atención a los beneficios de dicha práctica, a los temores de los sujetos, a las preferencias individuales, al apoyo social y a las limitaciones relacionadas con el medio físico.

Resulta importante señalar que cuando se trata de programas específicos de actividad física y deporte, cada persona deberá realizar el tipo de actividad física que más le convenga y que se adapte mejor a sus necesidades (Pont, 2008 y Briones, 2009). Igualmente, Romero (2002) añade que en personas mayores debe tenerse en cuenta en la práctica de la actividad físico-deportiva su carácter utilitario para la capacitación de realización de una vida normal, junto al mantenimiento de una higiene postural y de las funciones orgánicas, así como el desarrollo socio-afectivo e intelectual, todo ello, respetando los principios de una buena metodología, planificación, organización y control de la práctica, teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- La libertad que deben tener todas estas personas para la realización de la actividad físico-deportiva elegida, sin presiones, ni obligaciones, y en el momento que ellas estimen oportuno.
- Debe practicarse dentro de un clima alegre y placentero, en el que las relaciones sociales primen, en muchos casos, sobre el desarrollo o mantenimiento de lo físico.
- La continuidad en el esfuerzo para conseguir los efectos necesarios y los hábitos de ocupación de tiempo libre y relación con los demás.
- Respeto hacia la progresión de la intensidad del esfuerzo de forma individual, según la capacidad de cada individuo.
- A todo esto deben añadirse los principios de unidad funcional, tratando el organismo como un todo; de capacidad de adaptación a los estímulos; de intensidad de los esfuerzos, según la edad, el sexo, el clima, etc.; de multilateralidad; de sobrecarga; de estimulación voluntaria; y, sobre todo, de individualización.

Por su parte, Briones (2009) realiza una revisión bibliográfica sobre intervenciones de programas de actividad física y salud en adultos mayores, concluyendo que dichas intervenciones obtendrán éxito siempre y cuando:

- Brinden a los adultos mayores una orientación profesional desde el inicio hasta el final del mismo,
- Utilicen la combinación de las distintas cualidades físicas (resistencia aeróbica, fuerza, equilibrio y flexibilidad) para la mejora funcional,
- Las redes sociales (familia, amigos, escuela, el barrio, el trabajo) colaboren próximamente,
- Sean apoyadas por medios de comunicación,
- El entorno cercano sea saludable y seguro,
- Los médicos de atención primaria prescriban ejercicio físico y
- La autoeficacia represente el factor predictivo más consistente para adoptar un comportamiento.
- Además, se debe tener en cuenta que la autoeficacia es mayor al principio pero disminuye al finalizar el programa.

Entre los diferentes motivos para la práctica deportiva Pühse (2003) señala: búsqueda de sociabilidad y compañía, necesidad de relajación, la recuperación y la compensación, el deseo de un desarrollo creativo y de la personalidad, la búsqueda de tensiones y aventuras, de sensaciones y experiencias fuera de lo normal, pasando por los motivos de salud y otros muchos. Por todo ello, se deben presentar ofertas de ejercicio alejadas del deporte de rendimiento y competición y centradas en un grupo heterogéneo de personas mayores que pueden ser ajustadas a los intereses individuales y a las necesidades de práctica deportiva.

Asimismo, Meléndez y Pedrero-Chamizo (2011) aportan una serie de indicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de afrontar un programa de actividad física con personas mayores:

- Utilizar una terminología que no conlleve connotaciones negativas hacia la vejez.
- Tener en cuenta la gran variabilidad de edades con las que nos podemos encontrar dentro de nuestra clase, siendo la agrupación por capacidad funcional la más adecuada.

- Conocer el estado de salud de nuestros alumnos, así como la posible medicación que estuviesen tomando, es indispensable.
- Adquirir los conocimientos específicos necesarios para trabajar con este grupo de población de una forma segura y saludable, pudiendo elaborar programas especializados.
- Suprimir las posibles barreras urbanísticas, sociales y/o psicológicas que impidan o dificulten el desarrollo de las actividades.
- Adaptarse a las características, necesidades y motivaciones de los alumnos, intentando consolidar hábitos físicos.

Según Romero (2002) la clave de las actividades físico-deportivas en estas edades estará en la capacidad de motivar hacia su práctica, para lo cual se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe prevalecer el carácter lúdico y recreativo, tratando de evitar la competición en cualquiera de sus formas.
- Hay que potenciar las capacidades necesarias en la vida diaria.
- Las tareas deben ser abiertas y globales, evitando situaciones en las que todo el grupo tenga que realizar el mismo número de repeticiones.
- Facilitar el trabajo solidario y colaborativo, procurando el mayor número de interacciones posibles entre los miembros del grupo.
- La confección de los grupos en estas edades deberá ser lo más homogénea posible, en base a los parámetros de la edad, el nivel físico, los intereses sociales, etc.
- Deberán evitarse situaciones repetitivas y monótonas, por lo que la diversidad tiene tanta importancia como en el mundo infantil.

Respecto a los profesionales de la actividad física y del deporte que trabajan con personas mayores, Delgado (2007) expone que se puede valorar la calidad comunicativa de sus instrucciones, la forma de corregir o dar feedback, la manera de agrupar y organizar los grupos de clase para las actividades o tareas a realizar y las relaciones socio afectivas con los integrantes del grupo, entre otros aspectos. Además, en cuanto a la intervención docente, este autor señala que se debe individualizar la enseñanza en función de las diferencias existentes entre los adultos, fomentar aspectos sociales,

buscar que los alumnos puedan aportar sus ideas y se impliquen en las actividades e impartir una enseñanza variada y motivante.

A pesar de que no figure entre los objetivos de la presente tesis doctoral aportar indicaciones sobre los contenidos que deben figurar en los programas de actividad física y deporte para las personas mayores, se considera necesario, con el fin de contextualizar la actividad física en la tercera edad, sumar a las reflexiones expuestas a lo largo del presente apartado algunas consideraciones aportadas por diversos autores sobre este aspecto. Cabe destacar que existe una gran disparidad entre las indicaciones realizadas por diversos expertos.

Así, Romero (2002), señala que se debe andar de 30 a 60 minutos diarios, si bien dependiendo de la edad, del grado de preparación, de los objetivos que se persigan, etc. y además añade el valor de la carrera en las personas mayores que puedan realizarla, para lo cual recomienda correr entre 20 y 60 minutos, con una frecuencia cardiaca situada entre 120-160 pulsaciones, igualmente, incide en el valor de las actividades acuáticas, de montar en bicicleta, de las actividades rítmicas, de los circuitos naturales y de las actividades en sala en gimnasios.

Por su parte, Briones (2009), tras realizar su revisión establece el número de sesiones semanales entre 3 y 7 de 60 minutos, durante 6-12 meses, con actividades de calentamiento primero, más ejercicios de fuerza o actividades aeróbicas o caminar más ejercicios de flexibilidad como enfriamiento, señalando la importancia de que todo el proceso sea dirigido por un profesional de la actividad física y el deporte.

Para la World Health Organization (WHO, 1997) en su guía para la promoción de la actividad física para las personas mayores recoge que los programas pueden incluir las siguientes características:

- Actividades individuales o grupales, dirigidas o en ambientes libres.
- Presentar beneficios relacionados con varios tipos de actividad física, entre los que se deben incluir estiramientos, relajación, calentamiento, ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza, entre otros.
- Realizar una simple y moderada forma de actividad física (andar, bailar, subir escaleras, nadar, montar en bicicleta, etc.).
- El ejercicio debería ajustarse a las necesidades y expectativas individuales y grupales.
- El ejercicio debería ser relajante y divertido.

- Debería practicarse ejercicio físico de forma regular, y si es posible diariamente.

Asimismo, entre las actividades generales que deben incluirse en dichos programas, Oña (2002) propone las siguientes:

- Musculación (en el ámbito biológico mejorará el volumen muscular y en el psicológico el autoconcepto y la autonomía de mejorar los hábitos posturales y de desplazamiento).
- Actividades aeróbicas (mejora del sistema cardiovascular a nivel biológico, mejora la percepción realista del esfuerzo y la autonomía de no fatigarse en las actividades diarias en el nivel o plano psicológico).
- Actividades rítmicas (mejorará en el plano biológico la densidad ósea; la percepción propioceptiva y temporal en el psicológico y la comunicación en el social).
- Juegos y deportes adaptados (facilitarán la estimulación de la percepción exteroceptiva y la memoria en el plano psicológico y la interacción grupal en el social).
- Aprendizaje de nuevas habilidades motoras (estimula los factores psicológicos en general, aunque se puede incidir en unos más que en otros).

Por su parte, la Agencia de Salud Pública de Canadá (Public Health Agency of Canada, 2011) en la guía canadiense de salud pública recomiendan realizar actividad física o deporte entre 30 y 60 minutos todos los días de la semana. Así, proponen caminar, realizar estiramientos diariamente, levantar pequeñas cargas, subir escaleras, nadar, realizar actividades de resistencia aeróbica entre 4 y 7 días a la semana y de equilibrio entre 2 y 4 días semanales.

En este sentido, la OMS (2011), entre sus recomendaciones de actividad física para adultos mayores de 65 años (estas recomendaciones son válidas para todos los adultos mayores, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos) destaca 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. Asimismo, con fines preventivos recomienda que:

- Los adultos de 65 en adelante dediquen 150-300 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.
- Las actividades se practicarán en sesiones de 10 minutos como mínimo.
- Las personas mayores con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- 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.

Nelson, et al. (2007), en un estudio conjunto entre la ACSM (American College of Sports Medicine) y la AHA (American Heart Association), realizado con el fin de actualizar las recomendaciones sobre el tipo y cantidad de actividad física necesaria para mejorar y mantener la salud en las personas mayores, reflejan las siguientes indicaciones:

- Actividad física aeróbica de intensidad moderada 30 minutos, 5 días a la semana, o de intensidad vigorosa 20 minutos, 3 días a la semana. Mediante una escala de intensidad percibida del 1 al 10, actividad física moderada estaría en torno a 5-6 y vigorosa en torno a 7-8 (60-85% del VO₂ de reserva). Estas actividades se deben sumar a las actividades rutinarias de la vida diaria (cuidado personal, cocina, caminatas casuales o de compras) o actividades de intensidad moderada que duran menos de 10 minutos (caminar alrededor de la casa o en la oficina, caminando desde el aparcamiento).
- Actividades de fortalecimiento muscular de los principales grupos musculares, 8-10 ejercicios, realizado 10-15 repeticiones, 2-3 días a la semana no consecutivos, siendo el nivel de esfuerzo moderado-alto. En una escala del 1 al 10, 5-6 sería moderado y 7-8 alto. Además, inciden en la importancia de realizar un entrenamiento progresivo, con calentamientos con peso previo y con niveles de resistencia similares a los que soportan los principales grupos musculares. Igualmente, Seguin et al. (2010) indican que el programa *USDHHS's 2008*

Physical Activity Guidelines for Americans recomienda que al menos 2 días a la semana, los adultos mayores deben hacer actividades que involucren a los principales grupos musculares para fortalecerlos.

- Los adultos mayores deben exceder el mínimo recomendado en los casos anteriores, siempre y cuando no presenten condiciones que impidan una mayor cantidad de actividad física.
- Ejercicios de flexibilidad al menos 2 días semanales durante 10 minutos cada día. Además serán realizados todos los días que se practiquen actividades aeróbicas o de fortalecimiento muscular. Los expertos recomiendan estiramientos de 10 a 30 segundos, realizados en 3-4 repeticiones por grupo muscular.
- Ejercicios para mantener o mejorar el equilibrio 3 veces por semana, con el objetivo de reducir en un 35-45% las probabilidades de tener caídas.
- Las personas mayores con una o más condiciones médicas para las cuales la actividad física es terapéutica, deben realizarla de manera efectiva y segura, de forma que trate su condición particular. Cuando enfermedades crónicas impidan la actividad en niveles mínimos recomendados para la prevención, las personas mayores deben participar en la actividad física regular de acuerdo a sus capacidades y condiciones para evitar el sedentarismo, la depresión, problemas cognitivos, de percepción de control del equilibrio y de estabilidad postural.
- Resulta importante fomentar la práctica de actividad física moderada y realista, así como realizar un programa en progresión, de forma que respecto a las indicaciones anteriores, si una persona no puede practicar inicialmente a la intensidad establecida debe comenzar por una intensidad menor y llevarla a cabo en varias sesiones de menor duración en lugar de en una sola sesión más prolongada en el tiempo.

En este sentido, Mazzeo et al. (1998) en un documento elaborado por la ACSM en relación a programas de ejercicio para ancianos débiles, señalan que éstos deben incluir:

- Entrenamiento de resistencia progresiva en los principales grupos musculares de extremidades superiores, inferiores y tronco. Regímenes de 2-3 días semanales

(preferiblemente 3) con 2-3 repeticiones de cada ejercicio que se lleve a cabo en cada día de entrenamiento.

- Entrenamiento aeróbico de intensidad moderada que primero alcance un objetivo de frecuencia (3 días semanales), luego de duración (20 minutos) y finalmente de intensidad (40-60 % de la FC de reserva o 11-13 en escala de Borg). En caso de dependencia funcional se deben utilizar máquinas para realizar ejercicios en sedestación y ejercicios en medio acuático.
- Realizar posturas de pie (si es posible), con peso libre para aumentar el equilibrio y la coordinación muscular.
- Ejercicios de equilibrio con posturas progresivamente más difíciles, que reduzcan gradualmente la base de apoyo, que requieran movimientos dinámicos que alteran el centro de gravedad (caminar en línea, en círculos, giros), que enfatizan los grupos musculares más importante para la postura y que reducen una entrada sensorial (visión).

Entre los grupos musculares clínicamente relevantes destacan: extensores de cadera, extensores de rodilla, flexores plantares y dorsales del tobillo, extensores de espalda, abdominales, bíceps, tríceps y músculos de los hombros.

2.2.2 Profesionales de la actividad física y el deporte en la tercera edad

Sánchez y Rebollo (2000) señalan entre los ámbitos de actuación de la actividad física y el deporte la “*actividad física para la salud con personas mayores*”, siendo un colectivo prioritario, que va en aumento, por lo que existe gran demanda de profesionales especializados en este ámbito y es una salida que ofrece grandes posibilidades laborales.

Por otra parte, García, Romo y Cancela (2007) explican que:

“desde un punto de vista relacional, el personal de contacto constituye el elemento central en la prestación de un servicio. La materialización de la prestación del servicio depende de los factores humanos o emotivos que se derivan de la interacción entre profesionales y clientes. La frecuente proximidad espacial que tiene lugar entre profesionales y clientes en los centros deportivos hace que se experimenten en mayor medida sentimientos de apego e implicación personal” (p.479).

Por ello, estos autores comentan que el monitor o profesor no sólo debe tener formación técnica, sino también incuestionables habilidades sociales y que la gestión de

las emociones ayudará a mejorar la gestión global del servicio a través del establecimiento de vínculos afectivos derivados de la satisfacción del usuario.

En este sentido, Hernández (2001) considera que en un programa de actividad física y deporte deben ser evaluados varios aspectos relevantes de forma independiente, entre los que se encuentra el técnico, profesor o monitor. En relación a este aspecto establece que se debe evaluar: el grado de implicación; la percepción que el usuario tiene de la organización de las clases; la adecuación de los contenidos a la realidad del usuario, así como la forma en que éstos son abordados por el profesor; la satisfacción producida por el profesor; su puntualidad y si éste satisface los intereses de los usuarios.

Por otra parte, Delgado (2007) en un estudio realizado sobre la evaluación de las personas mayores, destaca el papel del profesorado, ya que tal y como este autor expone, *“es necesario detectar los errores en las concepciones sobre la actividad física y los prejuicios sobre su práctica, así como conocer los niveles de actividad, los déficit, los intereses de dichas personas y sus niveles de condición física”* (p.118). Asimismo, este autor señala que aunque un programa de actividad física esté bien diseñado, una inadecuada intervención por parte de los profesionales puede desencadenar la pérdida de interés por la actividad por parte de las personas mayores que la practican.

En esta línea, Oña (2002) indica la importancia de operativizar cada uno de los objetivos generales propuestos en los programas de actividad física y deporte para que puedan ser medidos y evaluados, como cualquier proceso de actividad física programado (Gil, 2007 y García y Delgado, 2008), basándose en los factores de longevidad establecidos por la comunidad científica.

Es importante señalar que a pesar de los beneficios que se pueden conseguir a través de la práctica de actividad física y deporte, tanto en el plano biológico, como en los planos psicológico, afectivo y social, tal y como se expondrá en el apartado de la presente investigación dedicado a ello, se debe tener presente que el ejercicio físico ha de estar dirigido por profesionales cualificados, ya que dependiendo de las particularidades de cada persona se deben indicar unos ejercicios u otros, por ejemplo, en el caso de personas mayores que padezcan osteoporosis estarían indicados determinados ejercicios que produzcan impactos o microimpactos repetidos para estimular la proliferación de calcio y favorecer el aumento de la densidad ósea, aunque este tipo de ejercicios estarían contraindicados en personas mayores que padezcan artrosis en las articulaciones implicadas en estos ejercicios. De esta forma, un

profesional competente y cualificado debería tener el criterio necesario para seleccionar, evaluar, aplicar y controlar los ejercicios más apropiados para cada persona.

En esta línea, Párraga (2009) manifiesta que no todas las personas mayores que practican actividad física y deporte lo hacen de manera correcta, y Shephard (1994) destaca que los ejercicios realizados por las personas mayores deben ser personalizados, y por tanto controlados por un profesional.

Por su parte, Miquel (1994) expone que la actividad física en sí misma, mal organizada o extenuante, no puede tener efectos positivos sobre la longevidad, y lo que es aun peor, puede tener efectos negativos sobre ésta. Así, López-Miñarro (2008) señala que la mayoría de los ejercicios que tienen un alto índice de peligrosidad para las estructuras corporales pueden sustituirse por otros ejercicios más seguros, especialmente en épocas de crecimiento y durante el proceso de involución.

En este sentido, Párraga, Jimeno y Expósito (2009) señalan que las personas que llevan a cabo actividades físicas con personas mayores deben plantearse si la realización de estas actividades no implica ningún riesgo, siendo controladas por un profesional que las haya valorado correctamente. Además, añaden que no se debe caer en el error de la sobreestimación de las capacidades de las personas mayores, la competitividad o el intentar mantener un tono físico similar al de otras épocas pasadas, ya que eso si que puede comportar serios peligros que deben ser tenidos en cuenta.

Es necesario que las personas mayores tomen conciencia de la problemática de la práctica de ejercicios peligrosos para la salud, con el objetivo de poder llevar a cabo un programa preventivo y que estas personas puedan ser participantes activas del mismo, de forma que adquirirán hábitos de ejercicios adecuados y saludables. Esto es importante, ya que la educación física no es, ni debe ser patrimonio de las instituciones educativas oficiales, sino que se debe tratar de un proceso educativo que dure toda la vida, y ninguna persona, sea cual sea su edad debe verse excluida de este proceso (López-Miñarro, 2008).

En la misma línea, Castillo (2009) señala que es necesario que para que un ejercicio resulte beneficioso para la salud debe realizarse de forma correcta. Asimismo, no se debe olvidar que tal y como expone Párraga (2009) todos los mayores deberían ser activos físicamente, pero no toda la práctica es adecuada a todas las personas, a sus intereses, a sus motivaciones, al contexto donde se desarrollan, a sus necesidades, etc., por lo que no todo ejercicio es indicado y la gestión de la organización y puesta en práctica del mismo condicionan su eficacia. Además, este autor añade que es importante

que los profesionales que centren su actividad con personas mayores, sean conscientes de la repercusión que tiene la adecuada estimulación por medio del movimiento en sus diferentes manifestaciones en la persona.

Por su parte, Campos, Jiménez-Beatty, González, Martín y Del Hierro (2011) manifiestan que los posibles beneficios que puede aportar la práctica de actividad física y deporte para las personas mayores dependen primordialmente de los profesionales de la actividad física y del deporte que impartan las actividades, ya que si éstos no poseen la formación adecuada puede existir el riesgo de que se generen problemas con efectos negativos sobre los practicantes, en lugar de dichos beneficios.

En el caso de personas mayores, que además presenten algún problema de salud, como por ejemplo un historial de caídas frecuentes, se recomienda que sean remitidas a profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesionales del ejercicio físico, etc.) con experiencia, cualificados para trabajar con esta población (Skelton y Beyer, 2003). Asimismo, tal y como se expondrá posteriormente, lo ideal es que se forme un equipo multidisciplinar en torno a estas personas.

Marcos-Becerro (2002) señala que los ejercicios realizados por personas mayores, especialmente con problemas de salud como osteoartrosis o dolor lumbar crónico, deben ser supervisados por especialistas en la materia.

En esta línea, Nelson et al. (2007) opinan que se debe ayudar a las personas mayores a gestionar su propia práctica de ejercicio físico aeróbico, aunque señalan que cuando éstas no sean capaces de realizar el ejercicio en la intensidad deseada, dicho ejercicio debe ser supervisado por profesionales para enseñarles. Igualmente, señalan la importancia de supervisar las actividades de fuerza.

Por su parte, Mazzeo et al. (1998) son más tajantes en relación a la supervisión del entrenamiento, ya que señalan que ésta es obligatoria para que dicho entrenamiento sea seguro, especialmente en el caso de personas mayores débiles o no entrenadas.

Briones (2009), tras realizar una revisión bibliográfica sobre programas de ejercicio físico para personas mayores señala la importancia de que todo el proceso sea dirigido por un profesional de la actividad física y el deporte. Así, este autor añade que *“las intervenciones que brindan a las personas una orientación profesional con respecto al inicio de un programa de ejercicio y luego proporcionan un apoyo constante, pueden ser más efectivas como incentivos para realizar una actividad física. Las personas mejor informadas se acercan a tareas más estimulantes, ponen más esfuerzo y persisten más en el tiempo”* (Briones, 2009, p. 831).

Por todo ello, Párraga (2009) expone que:

“es importante que los profesionales que centren su actividad con personas mayores, en un campo tan complejo y que conlleva la interacción de múltiples factores para conseguir objetivos de mejora, mantenimiento y/o pérdida progresiva de determinadas capacidades, sean conscientes de la repercusión que tiene la adecuada estimulación por medio del movimiento en sus diferentes manifestaciones en la persona. Por eso, es determinante adentrarse en el conocimiento de los medios que pone a nuestro alcance la actividad física para contribuir a la mejora integral de la calidad de vida en la franja de población de adultos mayores. Es necesario generar una conciencia crítica profesional que estimule y anime a la práctica de actividad física y fomente la adopción de un estilo de vida activo y ajustado a cada necesidad y realidad personal. Todo ello desde el necesario prisma de la excelencia en la adecuación de la actividad” (p. 152).

En un estudio llevado a cabo en Galicia, Romo y Cancela (2002) preguntan a los profesionales que imparten programas de actividad física para personas mayores por los aspectos que pueden modificar los resultados de dichos programas. Así, se observa que entre los principales factores que condicionan la evolución y eficacia de los programas se encuentran las habilidades o conocimientos de los propios profesores o monitores y el grado de adecuación o ajuste que existe entre las actividades o contenidos del programa y sus objetivos. Además, estos dos aspectos (profesor o monitor y tipo de programa) son dos de los aspectos más valorados por los profesionales, presentando un 8,5 y un 8,3 (sobre 10) de media respectivamente.

En otro trabajo, García, Romo y Cancela (2003) señalan, en relación a las condiciones formativas y laborales de las personas que imparten estas actividades que los licenciados o graduados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte son los profesionales más demandados (seguidos por los diplomados, graduados o maestros especialistas en Educación Física, los monitores, sobretodo de natación y los Técnicos Superiores en Animación de Actividades Físicas y Deportivas), desarrollando su actividad tanto en piscina, como en gimnasio, como en programas mixtos. Además, se encuentran que es una profesión joven, ya que la mayoría lleva trabajando menos de cinco años con personas mayores y que aunque casi todos tienen contrato laboral, afirman que su trabajo está mal pagado y tienen que compatibilizar esta actividad con otras (sólo el 20.5% de las personas presenta dedicación exclusiva). En relación a las

características sociodemográficas, obtienen que la mayoría son hombres (56%) de entre 26 y 30 años (50%).

Asimismo, se deben tener en cuenta las preferencias de práctica de las propias personas mayores, ya que tal y como exponen Denk y Pache (2003) un 21.4% de las personas mayores entre 61 y 70 años entrevistadas afirman que una de las condiciones para comenzar a realizar actividad física y deporte sería que los participantes y profesores les trataran con simpatía. A pesar de ello, este aspecto es menos valorado por las personas mayores de 70 años (2.1%).

En el estudio de Nuviala, Fernández y Fernández, (2009) la dimensión “técnicos” es la que obtuvo la valoración más alta. Estos autores explican que este resultado se debe a que los recursos humanos directos son uno de los puntos más fuertes de los servicios deportivos y que refuerza la idea defendida en varios trabajos, según la cual el recurso humano, los técnicos deportivos directos, son los elementos esenciales en la prestación de los servicios que brindan las organizaciones deportivas. Asimismo, señalan que encontraron diferencias significativas en la percepción de los técnicos en relación al sexo de los usuarios, siendo las mujeres quienes les han otorgado una nota más alta.

En la encuesta de hábitos deportivos realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2010) se obtiene que de las personas mayores de 65 años practicantes de ejercicio físico, un 65.1% lo realiza por su cuenta, un 27% como actividad de un club, asociación, organización o federación y un 4.9% señala otras respuestas. Además, un 32.1% de estas personas afirman que generalmente practican solas, un 42% que lo hacen con amigos, un 7% con familia y un 11.3% señala que unas veces solo/a y otras en grupo. Así, un 25.1% de las personas mayores de 65 años responde que realiza gimnasia, actividad físico deportiva suave en algún centro deportivo (pilates, mantenimiento), siendo la segunda actividad más practicada tras la natación recreativa.

Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) exponen que el 88% de las personas mayores integrantes en la demanda latente en el municipio de Madrid preferirían practicar ejercicio físico con la presencia de un profesor o profesora, siendo esta presencia más deseada por las mujeres (85%) que por los hombres (77%). En cuanto a la edad de las personas, tanto las menores como las mayores de 74 años presentan porcentajes superiores al 80% en relación a desear realizar actividad física o deporte en presencia de profesionales. Atendiendo a la clase social de las personas

mayores, todas las de clase alta desean practicar en presencia de profesor o profesora, representando más del 80% este deseo en las clases medias y bajas. Por último, cuando se relaciona la actividad física deseada con la expectativa de presencia de técnicos, a un 99.2% de las personas mayores que desearían realizar gimnasia de mantenimiento quieren hacerlo en presencia de un profesor o profesora, representando un 85% del total este porcentaje en la actividad de natación.

En esta línea, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Graupera y Campos (2007) señalan que las personas integrantes de la demanda establecida en el municipio de Madrid practican actividad física en mayor medida en presencia de un técnico o profesor. Asimismo, detectan en el análisis conjunto de la variable *presencia de técnico y género*, una relación significativa moderada: las mujeres practican mayoritariamente con presencia de técnico, en el 84.4% de los casos, mientras que los hombres practican mayoritariamente sin la presencia de éste, en el 69% de los casos. Por otra parte, estos autores observaron una relación significativa moderada entre la actividad física practicada, y la presencia o no de profesor, ya que aquellos que practican gimnasia de mantenimiento, en un 83% de los casos, la realizan con presencia de profesor; mientras que las actividades acuáticas se realizan en un 50% con presencia de técnico y el otro 50% sin presencia de éste, refiriéndose probablemente al uso y nado libre en los vasos de piscina.

Asimismo, Martínez del Castillo et al. (2007) explican que en la Comunidad de Madrid, el 65% de los practicantes realiza actividad físico-deportiva con presencia de profesor y el 35% lo hace en ausencia de éste. Asimismo, estos autores relacionan la presencia de técnico con las variables sociodemográficas, obteniendo los siguientes resultados: las mujeres practican mayoritariamente con presencia de técnico o profesor (85,7%), mientras que los hombres prefieren practicar sin presencia de éste (67,5%), obteniendo una relación considerable y significativa al respecto. Además, obtienen que dos de cada tres menores de 74 años practican con presencia de profesor, mientras que los mayores de 74 años practican también en su mayoría con presencia de técnico (58,3%), aunque un 41,7% lo hace sin presencia de esta figura. La relación obtenida al respecto es baja y no significativa. Respecto a la clase social, se encuentran que todas las clases sociales responden mayoritariamente que practican con presencia de profesor (algo más de un 60%), no apreciando diferencias entre ellas. En cuanto a la zona geográfica, señalan que en todas las zonas de la Comunidad de Madrid, las personas mayores practican actividad físico-deportiva mayoritariamente con presencia de

profesor, más del 60% de los que habitan en Madrid y su Corona Metropolitana y destacando significativamente los mayores que habitan en la Corona urbana, que en un porcentaje del 80% practican con presencia de técnico.

Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo (2007), atendiendo a la demanda latente del anterior estudio obtienen que el 87% de las personas que desean practicar actividad físico-deportiva preferiría practicarla en presencia de un profesor. Al relacionar las expectativas en presencia de técnico en la práctica con las variables sociodemográficas, los resultados obtenidos por estos autores son los siguientes: la presencia de profesor es más deseada en las mujeres (90%) que en los hombres (81%), y tanto los mayores como los menores de 74 años prefieren la presencia de éste (más del 85% de los casos). Por otra parte, obtienen que en todas las clases sociales se prefiere practicar con un técnico, aunque, todas las personas de clases altas lo desearían, mientras que los mayores de clases medias o bajas, lo prefieren en un 85% de los casos, aproximadamente.

Otro de los cruces realizados por estos autores fue entre la variable de *expectativas en presencia de técnico en la práctica y la variable actividad física deseada*, obteniendo al respecto que de los mayores que desearían realizar ejercicio físico, a un 95% les gustaría hacerlo en presencia de un monitor, aspecto que se repite con la natación, donde el 89% manifiesta preferir practicarla en presencia de profesor, técnico o monitor.

Por otro lado, atendiendo a las barreras percibidas por las personas mayores de la demanda latente para practicar actividad física y deporte, en la relacionada con la preferencia de práctica con técnico deportivo, se obtiene que la mayoría de las personas (83,7%) no consideran que el desempeño del monitor en las clases sea una barrera para la práctica. Además, al compararlo con las otras posibles barreras estudiadas (estado de salud, horario, instalaciones deportivas, etc.), ésta es la que ha obtenido mayor porcentaje de respuesta en cuanto a que no se percibe como una barrera para realizar actividad física y deporte, aunque, se observa que según aumenta la clase social disminuye el número de personas mayores que consideran que no es una barrera (Campos et al., 2011), tal y como ocurre en los datos presentados por González, Martín, Jiménez-Beatty, Campos y Del Hierro (2008).

No obstante, Campos et al. (2011) explican que para reducir la percepción como barrera para la práctica por parte de las personas mayores es importante que los profesionales desarrollen las clases satisfaciendo las necesidades de estas personas,

adaptándose a sus circunstancias y características personales, realizando una adecuada, individualizada y eficiente intervención docente y concienciándolas de la importancia de la práctica de actividad física y deporte y de sus beneficios.

En esta línea, Niñerola, Capdevila y Pintanel (2006) citan entre las posibles barreras que se pueden percibir para no realizar actividad física y deporte, la inadecuación de los técnicos, monitores o profesores que imparten las actividades. Así, en el estudio de Buman, Yasova y Giacobbi (2010) se recoge algún caso en el que las personas mayores entrevistadas relatan una mala experiencia producida por su profesor como barrera para poder volver a realizar actividad física.

Asimismo, Baert et al. (2011) en una revisión sistemática realizada sobre motivaciones y barreras percibidas por las personas mayores para la práctica de actividad física y deporte, señalan la influencia de asesoramiento profesional como motivación para practicar actividad física, ya que este aspecto es abordado en dos de los estudios revisados.

Cohen-Mansfield, Marx, Biddison y Guralnik (2004) en un estudio sobre las preferencias socio-ambientales para la práctica de ejercicio físico entre las personas mayores explican que la prescripción médica para realizar ejercicio, la supervisión de un profesional de la salud, la evaluación del programa de ejercicio físico realizada por un profesional (45.5% importante y 24.5% muy importante) y la calidad de los profesores (49.4% importante y 35.3% muy importante) fueron calificadas como importante o muy importante por lo menos por el 70% de los participantes. Además, las mujeres y las personas con algún dolor valoran en mayor medida que el programa de ejercicio físico sea supervisado o evaluado por un profesional cualificado. En otro de los estudios (Resnick, 2002) se expone la importancia de que en un programa de rehabilitación, el ejercicio físico sea supervisado por un profesional.

Resnick, Ory, Coday y Riebe (2005), en una investigación sobre las perspectivas de las personas mayores para realizar ejercicio físico destacan la importancia de la evaluación realizada de forma individualizada por un profesional, con el objetivo de detectar los programas de ejercicio más adecuados y seguros para cada persona. No obstante, en dicho estudio se obtiene que algunas de las personas mayores perciben en la actividad física muchos más beneficios que riesgos, por lo que piensan que ésta podría realizarse de forma independiente. A pesar de ello, los autores inciden en que estas declaraciones tendían a realizarse por personas que se percibían sanas y que ya realizaban actividad física de baja intensidad.

Sin embargo, los resultados del estudio Barata y Guedes (2011) sobre la calidad percibida sobre los programas municipales de actividad física para personas mayores en Portugal, demuestran que la relación entre las personas mayores y sus profesores parece ser excelente, y se destaca de forma significativa su formación, el tratamiento, la empatía y su tiempo disponible, siendo considerados como una de las dimensiones más fuertes del estudio.

Por otra parte, siguiendo a Merino (2007), en el trabajo con personas mayores se debe tener en cuenta la correspondencia que existe entre una notable mejora de las condiciones sanitarias y sociales, y su propia percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, las condiciones físicas, la situación económica, y los componentes afectivos y relacionales. De ahí, que se deba abordar la actividad física con un sentido multidisciplinar y un componente más de la calidad de vida, coincidiendo en este sentido con Denk y Pache (2003), De Burgos (2007, 2009), Martín-Borrás et al. (2009) y Pont et al. (2010).

En esta línea, Denk y Pache (2003) exponen que se debe favorecer un trabajo conjunto, intensivo, y si es posible también institucionalizado entre el cuerpo médico y todos aquellos que ofertan actividades físicas para las personas mayores. En esta línea, son muchos los autores que dejan constancia de la importancia de la prescripción médica del ejercicio físico para conseguir la incorporación y la adherencia de las personas mayores a los programas de actividad física y deporte (Denk y Pache, 2003; Cohen-Mansfield et al., 2004; Resnick et al., 2005; Jiménez-Beatty, Graupera, Martínez del Castillo, Martín y Campos, 2007; Baert et al., 2011; Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Santacruz, Martín y Rivero, 2011). Así, en el estudio sobre hábitos deportivos de los españoles (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010) se obtiene que tan sólo el 1.7% de las personas mayores de 65 años afirman que practican actividad física y deporte por obligación, ítem en el cual podría estar incluida la prescripción médica de ejercicio. Igualmente, en el estudio presentado por Denk y Pache (2003), se responde en un 44.9% de ocasiones que únicamente se realizaría ejercicio físico bajo prescripción médica (18.4% lo responden en primer lugar). Además, atendiendo a la edad, el 31.4% de las personas mayores de 70 años afirma que practicaría bajo prescripción médica, aumentando este porcentaje al 57.1% en el grupo de personas mayores de entre 61 y 70 años.

Especialmente importante resulta el estudio de Martínez del Castillo et al. (2011), ya que estos autores relacionan la variable *recomendación médica de actividad*

física con la variable *tipo de demanda* y las variables *sociodemográficas* (edad, género y clase social percibida), obteniendo al respecto que sólo el 51.5% de las personas encuestadas recibieron una recomendación expresa de su médico para realizar actividad física o deportiva; que existe una relación significativa entre el aumento en el porcentaje de la recomendación médica y la tendencia a elevarse en los grupos de la demanda establecida y latente; que un 8% más de casos recibieron recomendación médica en el grupo de 65 a 74 años que en el grupo de 75 años o más (donde sólo recibieron dicha recomendación el 46%); que un 7.5% más de casos de recomendación médica hacia la actividad física en las mujeres que en los hombres (donde sólo recibieron dicha recomendación el 47.5%) y que se han observado unas ligeramente mayores proporciones de casos que recibieron recomendación médica en los grupos de clases altas o medias, que en los grupos de clases bajas.

Por último, resaltar que uno de los objetivos recogidos por Pont et al. (2010) en el Plan Integral de Promoción del Deporte y la Actividad Física Para Personas Mayores, pretende conseguir la formación de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la sanidad, el deporte, el turismo, etc., coordinados por un licenciado o graduando en Ciencias del Actividad Física y del Deporte, con el fin de promocionar y poner en marcha nuevas actuaciones en este campo. Además, en dicho documento se reclama formación específica para los profesionales de la actividad física y del deporte que trabajen con personas mayores.

Asimismo, De Burgos (2009) recomienda que el equipo multidisciplinar debe estar compuesto por auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, y que sin dudar de la importancia que poseen cada uno de ellos en el desarrollo de sus competencias, piensa que debe ser el profesional de la actividad física y el deporte el responsable de planificar, orientar, valorar y evaluar los programas anteriormente citados, participando en las reuniones del equipo junto al resto de especialistas.

2.2.3 Hábitos físico-deportivos de las personas mayores

A pesar de los efectos beneficiosos asociados a la práctica de ejercicio físico por las personas mayores (algunos de ellos han sido abordados anteriormente y en conjunto serán abordados en el apartado dedicado a ello) no se puede obviar que el índice de inactividad en esta población es muy elevado, aspecto que ha sido expuesto por diferentes autores (Tokarski, 1991; National Institutes of Health, 2001; Chodzko-Zajko,

2002; OMS, 2002; Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; García-Ferrando, 2006; Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Graupera y Rodríguez, 2006; Nelson et al., 2007; Troiano et al., 2008; Castillo, 2007 y 2009; Castejón y Abellán, 2009; Rubio, 2009 y Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010). Así, en el presente apartado se expondrán las consideraciones expuestas por estos y otros expertos, y posteriormente se recopilarán los resultados de varios estudios en relación a las actividades físico-deportivas practicadas y deseadas por las personas mayores, horas de práctica realizadas o deseadas, así como se abordarán brevemente los motivos que llevan a practicar actividad física a las personas mayores, y las barreras que perciben las personas no practicantes.

Antes de abordar los hábitos de práctica físico-deportiva de las personas mayores se debe tener en cuenta la opinión de éstas sobre la actividad física y deportiva.

En este sentido, en el estudio llevado a cabo por el CIS (2010) sobre los hábitos deportivos de los españoles, se obtiene que el 91.7% de las personas mayores de 65 años valoran el “deporte para todos” como algo bueno y necesario, y tan sólo el 5.2% responde negativamente a esta pregunta. Además, el 31.1% afirma que es el tipo de deporte que más les interesa, aunque reconocen que no recibe apoyo oficial (0%) y que debería apoyarse más (52.5%), (CIS, 2010).

En este sentido, resulta interesante analizar los resultados expuestos por Denk y Pache (2003). Al preguntar a las personas mayores deportivamente activas sobre las expectativas que asocian al ejercicio físico y el deporte, se observa una tendencia clara en beneficio de las capacidades corporales (24.9%) y un fortalecimiento frente a la enfermedad (20.6%), con la esperanza de un bienestar generalizado (19.2%). Dichos porcentajes son referidos a las expectativas más importantes señaladas por los encuestados. Si atendemos al porcentaje de ocasiones que son nombrados cada uno de estos ítems por las personas mayores éstos son del 85.2%, 79% y 92.1% respectivamente. En relación a la sociabilidad, es nombrada en el 74.3% de los casos, aunque únicamente obtiene un 2.6% de las nomenclaturas más importantes. Respecto a las personas mayores inactivas, no se observan modificaciones básicas, dominando también el “paquete” capacidades corporales (15.1%), fortalecimiento frente a la enfermedad (10.2%) y bienestar generalizado (13.8%). Por su parte, la sociabilidad ocupa del 5.6% de las expectativas más importantes. Además, se puede observar que las personas inactivas valoran con porcentajes menores las expectativas coincidentes.

Por su parte, Casas y Fraile (2007) señalan que el 56% de las personas practicantes de actividad física reconoce que con esta práctica obtienen beneficios relacionados con la salud.

Para complementar la opinión de las personas mayores de 65 años sobre el deporte, a continuación se exponen varias consideraciones al respecto (CIS, 2010):

- Es fuente de salud, ayuda a estar en forma: 49.7% muy de acuerdo; 46.8% bastante de acuerdo; 1.5% poco de acuerdo y 0.1% nada de acuerdo.
- Permite liberar tensiones y el mal humor: 39.6% muy de acuerdo; 44.5% bastante de acuerdo; 4.5% poco de acuerdo y 0.8% nada de acuerdo.
- Permite relacionarse con los demás y hacer amigas/os: 37.6% muy de acuerdo; 50.1% bastante de acuerdo; 4.8% poco de acuerdo y 0.5% nada de acuerdo.
- Ayuda a romper la monotonía de la vida cotidiana: 35.8% muy de acuerdo; 49.4% bastante de acuerdo; 4.8% poco de acuerdo y 1% nada de acuerdo.
- Facilita el acercamiento entre personas de distintas nacionalidades y culturas: 28.2% muy de acuerdo; 44.8% bastante de acuerdo; 8.3% poco de acuerdo y 1.9% nada de acuerdo.
- Por último, un 62% de las personas mayores señala que la educación física y el deporte deberían ocupar un lugar importante en el conjunto de aspectos del país, aunque sólo un 48.4% cree que ocupa un papel importante y un 22.9% poco importante.

No obstante, tal y como explica Allmer (2003), tener un concepto positivo de la actividad física no es una garantía para el desarrollo de esta actividad. Esto se confirma en el estudio llevado a cabo por el CIS (2010), ya que pese a la buena valoración que realizan las personas mayores sobre el deporte, se obtiene que, considerando éste en todas sus formas, es decir, como juego, espectáculo, ejercicio físico y diversión, tan sólo el 13.3% de las personas mayores de 65 años entrevistadas afirman estar muy interesadas en éste, y el 31.8% responden que están bastante interesadas, aunque más de la mitad de las personas mayores en España (54.7%) responden que están poco o nada interesadas. Además en esta investigación, en una pregunta en la que existe la posibilidad de varias respuestas, un 81.2% de las personas mayores de 65 años responde que, en general, dedica su tiempo libre a ver la televisión. A pesar de ello, un dato sensiblemente esperanzador es que el ítem *dedica su tiempo libre a andar o pasear*

obtiene un 63.4% de respuestas, aunque *dedica su tiempo libre a hacer deporte* tan sólo obtiene un 12.9% de respuestas.

Asimismo, a pesar de que las personas mayores, a la vez que se incrementan sus expectativas de vida, han aumentado su nivel medio de salud y tienen, cada vez más, los medios económicos suficientes para mantenerse independientes (Musitu, 2009). Por su parte, Martínez del Castillo et al. (2006) exponen que en las últimas investigaciones sobre las actividades físicas y deportivas, se extrae que este grupo sociodemográfico es el que menos practica, siendo éste un fenómeno que también tiene lugar en España.

Al respecto, Tokarski (1991) señala que tanto la predisposición para la práctica de actividad física y deporte como la práctica en sí decrecen según aumenta la edad. Así, Del Barrio, Sancho, Pérez y Abellán (2009) apuntan que las personas mayores de 65 años actualmente pasean menos y realizan menos actividad física, deporte o gimnasia debido a los cambios de rutina producidos en la actualidad.

Por su parte, la OMS (2002) incide en que existe un gran número de personas mayores que llevan una vida sedentaria en la mayoría de los países, y que las poblaciones con ingresos bajos, las minorías étnicas y las personas mayores con discapacidades son las que tienen una mayor probabilidad de permanecer inactivas, tal y como se expondrá posteriormente.

Troiano et al. (2008) han llevado a cabo una investigación en la que miden la actividad física diaria realizada por las personas de Estados Unidos utilizando para ello acelerómetros, y han obtenido al respecto que las personas mayores de 60 años son uno de los grupos de edad más inactivos.

Martínez del Castillo (2003) señala que en la investigación sobre las personas mayores de 65 años del municipio de Madrid se encontró que el 82.4% de éstas no practican ninguna actividad, mientras que un 17.6% declaran practicar alguna o algunas actividades físicas o deportivas, por lo que forman parte de la “demanda establecida”. Asimismo, Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) añaden que el 24% de las personas mayores estudiadas en Madrid formaban parte de la “demanda latente”, es decir, no eran personas practicantes de actividad física y deporte, pero deseaban serlo. Además, un preocupante 58.1% de las personas mayores eran no practicantes, y no interesados en practicar, es decir, formaban parte de la “demanda ausente”. Cabe destacar que en esta investigación se excluyeron los hábitos de pasear como actividad física o deporte.

Por otra parte, si se analizan los resultados presentados por Denk y Pache (2003) se puede comprobar que en relación a la actitud ante la vejez, existen grandes diferencias entre personas no practicantes, practicantes (hasta dos horas semanales) y muy practicantes (más de dos horas semanales). Tal y como se puede suponer la actitud hacia la vejez mejora a medida que aumenta la práctica deportiva. Además, se obtienen diferencias significativas entre sexos, de forma que en las personas no practicantes y practicantes, la actitud negativa hacia la vejez es menor en las mujeres, siendo más significativas estas diferencias en el grupo de no practicantes. En cambio, en el grupo de muy practicantes no se obtienen diferencias entre sexos. Atendiendo a la actitud ante la vejez en función de la edad de las personas mayores, se determinó que la ésta en el grupo de las personas no deportistas de más edad (mayores de 70 años) es más negativa, mientras que no es este el caso si se observa la relación con la intensidad de actividad deportiva de las personas que practican deporte, ya que en estas personas su actitud ante la vejez sigue siendo positiva aunque la edad sea creciente.

Tras analizar estos resultados, Denk y Pache (2003) relacionaron la actitud hacia la vejez con la actitud a la hora de practicar un deporte en edades avanzadas, obteniendo una relación significativa al respecto.

En la línea de lo que se está exponiendo en el presente apartado, Castillo (2007, 2009) comenta que a pesar del indudable beneficio que representa la práctica de ejercicio físico y deporte, la mayoría de las personas mayores llevan una vida sedentaria, además señala que este problema se acentúa con el paso de los años y que resulta particularmente llamativo en la mujer.

Este autor coincide con Chodzko-Zajko (2002), quien expone que en Estados Unidos, en algunos grupos de personas mayores, especialmente en las mujeres ancianas, el porcentaje de personas sedentarias oscila entre el 60% y el 70%. Igualmente, coincide con Rubio (2009), autor que explica que aunque el nivel de actividad física se ha ido incrementando en los últimos cohortes generacionales, aún la actividad física es sensiblemente superior en los varones y en función de la edad aprecia una clara disminución de práctica en los mayores de 65 años.

Castejón y Abellán (2009) en el informe demográfico sobre las personas mayores de 2008 señalan que la realización de la actividad principal de casi dos tercios de las mujeres (64.9%) conlleva un ejercicio físico moderado (estar de pie o caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamiento que no requieran gran esfuerzo), y en el caso de los varones el porcentaje desciende hasta el 54.2%. No obstante, éstos

realizan tareas de gran esfuerzo físico en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres. Asimismo, exponen que entre las personas de 65 y más años, se aprecian notables diferencias por edad y sexo, de forma que en el tramo de 65 a 74 años las mujeres son mucho menos sedentarias que los hombres, y una mayor proporción de ellas realiza tareas de esfuerzo moderado durante su actividad principal, superando a los varones (66.3% y 56.4%, respectivamente). Así, señalan que partir de los 75 años, la actividad principal de hombres y mujeres se torna más sedentaria, pero son los hombres los que superan cinco puntos porcentuales a las mujeres, en proporción de personas que pasan la mayor parte de la jornada efectuando tareas de esfuerzo moderado. Estos autores añaden que cuatro de cada siete mujeres de más de 75 años pasan sentadas la mayor parte del tiempo mientras realizan su actividad principal, pudiendo estar esto relacionado con peores estados de salud y mayores índices de discapacidad.

En este sentido, Martín, Campos, Jiménez-Beatty y González (2008) y Martínez del Castillo et al. (2009) señalan que las mujeres mayores practican actividad física y deporte en mayor porcentaje que los hombres. Igualmente, Aoyagi et al. (2009) en un estudio realizado en Japón con hombres y mujeres de entre 65 y 84 años (aparentemente sanos) en el que se midió la actividad física realizada durante un año utilizando acelerómetros, obtienen que la práctica de actividad física, así como la variable condición física son mayores en hombres que en mujeres. Además, estos autores encuentran que ambas variables son mayores en el grupo de personas de entre 65 y 74 años que en el grupo de entre 75 y 84 años y que existe correlación entre el nivel de condición física y la actividad física diaria. Esto mismo ocurre en el estudio de Kaplan et al. (2001) realizado en Canadá, ya que estos autores obtienen que el 53% de las personas mayores de 65 años realizan 15 minutos de actividad física en un ratio de 12 veces mensuales, siendo los hombres más activos que las mujeres.

A pesar de los datos expuestos anteriormente, Casas y Fraile (2007) obtienen, en una investigación desarrollada en Castilla y León que la mayoría de las personas practicantes eran mujeres (86%), siendo el porcentaje de hombres del 14%. Igualmente, López-Cozar y Rebollo (2002) obtienen que el 39.4% de las mujeres realizan deporte, reduciéndose este porcentaje al 18.2% en los hombres. Con porcentajes no tan extremos, en el estudio realizado en el municipio de Madrid se encontró que realizaban actividad física el 17.9% de las mujeres y el 17.3% de los hombres (Martínez del Castillo, 2003). Más recientemente, el trabajo de Jiménez-Beatty, Martínez del Castillo y Graupera realizado en 2006 en la provincia de Guadalajara obtuvo que practicaban

actividad física el 23.6% de las mujeres y el 13.6% de los hombres (Martínez del Castillo et al., 2009). Por otra parte, en la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 se obtiene que las mujeres son más activas que los hombres hasta los 74 años, a partir de ese momento, las mujeres se vuelven más sedentarias que los hombres. Además, sólo un 9.6% de los varones de 65-74 años y un 25.5% de los mayores de 75 declaran no realizar ningún tipo de actividad, porcentajes que se incrementan hasta el 15.5% y el 35.2%, respectivamente, en el caso de las mujeres. A pesar de ello, el porcentaje de hombres mayores de 65 años que declaran realizar actividad física intensa es superior al de las mujeres (34.9% y 15.7% respectivamente). No obstante, un 42.6% de las mujeres mayores realizan una actividad física moderada, doce puntos más que los hombres (34.7%) (IMSERSO, 2011).

Estas divergencias podrían explicarse porque en el amplio colectivo de 75 y más años se encuentran más mujeres de edades más avanzadas que hombres (IMSERSO, 2011). Aunque la explicación más probable es que en unos estudios se tienen en cuenta los hábitos de caminar o pasear como actividad físico-deportiva y en otros no.

Similares resultados obtiene el National Institutes of Health (2001), ya que indican que más del 60% de las personas de edad avanzadas no hacen ejercicios físicos.

Pühse (2003) presenta los resultados de un estudio realizado en Suiza por Lamprecht (1991) con una muestra de personas de 14 a 85 años en el cual se obtiene que el perfil de actividad deportiva de las personas investigadas desciende hasta los 60 años. A continuación se produce un ligero ascenso, para disminuir paulatinamente después de los 70 años. Además, la cota más baja de participación deportiva se obtiene alrededor de los 80 años. Si se analizan estos resultados detalladamente se puede observar que al relacionar la edad de las personas entrevistadas con la variable ir al campo (pasear, caminar, hacer picnic) se obtiene que entre los 57 y los 82 años aumenta considerablemente el porcentaje de personas que afirma realizarlo a diario, descendiendo ligeramente este porcentaje hasta los 85 años. Cabe destacar que a los 82 años alrededor del 45% de las personas afirma ir al campo a diario. En cuanto a las personas que afirman realizarlo una vez por semana, este porcentaje aumenta de los 57 a los 72 años, a partir de esa edad se va reduciendo ligeramente hasta los 85 años. Similares resultados se obtienen en relación a las personas que afirman realizarlo una vez al mes.

En relación a la actitud hacia la actividad física en función de la edad, Denk y Pache (2003) indican que para los no deportistas esa actitud disminuye y que según

aumenta su edad esa actitud se hace cada vez más reactiva, mientras que para los dos grupos de deportistas (hasta dos horas por semana y más de dos horas), del grupo de hasta 60 años al grupo de 61 a 70 años se observa un ascenso de la actitud positiva, que posteriormente desciende en el grupo de más de 70 años.

En esta línea, López-Cozar y Rebollo (2002), tras realizar el cruce de las variables práctica deportiva y edad, se encuentran que el mayor porcentaje de practicantes de actividad física o deportiva corresponde al intervalo de edad comprendido entre 65 y 70 años, (33.3%) y que a partir de los 80 no realizan práctica deportiva.

Castejón y Abellán (2009) sostienen que un 34.4% de la población mayor española (37.2% de los hombres y 31.7% de las mujeres) pasa sentada la mayor parte de la jornada. Igualmente, Párraga (2009) expone los resultados obtenidos por Jiménez en 2007, quien en su tesis doctoral encuestó a 987 sujetos, hombres y mujeres mayores de 65 años, y tras analizar los resultados obtuvo que el 41.8% realizaban actividades relacionadas con el sedentarismo con mucha frecuencia. Además, un preocupante 9.9% responde que no ha caminado nunca fuera de su casa en los últimos siete días, y un 34.2% señala que lo hace a veces.

En el estudio sobre los hábitos deportivos de los españoles (CIS, 2010) se obtiene que el 41.2 % de las personas mayores no practica deporte, ni le gustaría hacerlo (demanda ausente); el 23.7% afirma que ha practicado deporte, pero ahora ya no lo practica; el 16.6% nunca ha practicado deporte, pero le gustaría hacerlo (demanda latente); un 10.5% afirma que practica deporte suficientemente; el 6.3% de estas personas practica deporte, pero no tanto como quisiera y tan sólo el 1.7% señala que practica deporte por obligación (enfermedad, clases, trabajo, etc.). Además, de las personas que practicaban deporte y ahora no lo practican, el 87.1% afirman que probablemente o seguro que no vuelvan a practicarlo, y tan sólo un 6.3% afirma que probablemente o con seguridad volverá a practicar.

En relación a las personas que anteriormente practicaban deporte y ahora no lo practican, se obtiene, entre los principales motivos de la ausencia actual de práctica (barreras), que tan sólo un 0.2% afirma que no le encuentra beneficios (como primera opción, 1.3% como segunda). Así, las principales razones son *por la edad* (38.9% como primera opción, 16.1% como segunda), *por problemas de salud* (20.1% como primera opción, 21.2% como segunda) y *debido al cansancio producido por el trabajo* (16.9% como primera opción, 8% como segunda). Si se analizan estos resultados, nuevamente

queda constancia de que aunque las personas mayores perciben que el ejercicio físico es beneficioso, no se involucran directamente en su práctica, coincidiendo con las reflexiones de Allmer (2003) expuestas anteriormente.

En esta línea, Martínez del Castillo, Martín, Santacruz, Espada y Jiménez-Beatty (2011) señalan la fatiga como una de las principales barreras percibida por las mujeres adultas para practicar ejercicio físico.

Se debe resaltar que un 72% de personas no practican actividad física por falta de información o desconocimiento (Casas y Fraile, 2007). Igualmente, Martínez del Castillo et al. (2006) indican que el 49.4% de las personas integrantes de la demanda ausente no conocen la oferta de actividades para personas mayores, reduciéndose este porcentaje al 28.4% en las personas de la demanda latente.

Por otra parte, en el estudio de Cohen-Mansfield et al. (2004), entre las preferencias para la práctica de ejercicio físico, las personas mayores señalaron la importancia de la calidad del profesor, de la cercanía del lugar de práctica, el tipo de ejercicio. Otros aspectos muy señalados fueron los consejos médicos, la evaluación realizada por un profesional de la salud, el seguimiento de los efectos del ejercicio, y que exista evaluación de un profesional para constatar que el ejercicio realizado es adecuado (31.2%, 27.3% y 24.5% respectivamente). Además, otros aspectos con calificaciones promedio entre ligeramente importantes e importantes, fueron incluir incentivos económicos, que los demás participantes fueran de la misma edad, practicar con música y tener un compañero para hacer ejercicio.

En los resultados expuestos por Denk y Pache (2003) se refleja que cuando las personas son preguntadas sobre las condiciones en que comenzarían a realizar actividad físico-deportiva, en un preocupante 29.8% de ocasiones se señala que bajo ninguna condición (15.4% lo señala en primer lugar) y en un 44.9% de ocasiones se responde que únicamente bajo prescripción médica (18.4% en primer lugar). A relacionar estos datos con la edad de las personas entrevistadas los resultados son aún más alarmantes, ya que se comprueba que de las personas mayores de 70 años un 52.9% señala que no realizaría actividad física bajo ningún concepto, descendiendo este porcentaje al 10% aproximadamente en los otros dos grupos de edad. Por su parte, el 31.4% de las personas mayores de 70 años afirma que lo haría bajo prescripción médica aumentando este porcentaje al 57.1% en el grupo de personas mayores de entre 61 y 70 años y al 58.2% en el grupo de hasta 60 años.

A pesar de que en el estudio de Freericks y Stehr (1990, citado por Allmer, 2003) se concluye que las personas que están a punto de jubilarse exponen que desean realizar actividad física durante su jubilación (39%), se realizó una investigación posterior entre los jubilados que constató que el 10% de las personas mayores pospone su propósito de realizar deporte. Estos datos reflejan claramente los aspectos comentados en el presente apartado, ya que se pone de manifiesto la buena predisposición de las personas mayores hacia la actividad física, aunque posteriormente no se lleva a cabo la práctica real.

Si queremos conseguir que las personas mayores realicen actividad física o deporte, la meta principal debe ser que durante el transcurso de la vida haya una concienciación del deporte como perspectiva vital llena de sentido. Con ello se plantea la actividad preventiva de tomar en consideración que los mayores de mañana tengan una adecuada socialización del deporte desde las guarderías y las escuelas. En este contexto, las personas deben aprender en el transcurso de su vida a reconocer la realización del ejercicio y del deporte como un tema esencial y un punto de referencia vital. Además, se ha demostrado que las personas mayores que han realizado actividad física y deporte a lo largo de su vida, tienen más probabilidades de ser activos en la tercera edad (Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Telama et al., 2005; Martínez del Castillo, Rodríguez, Jiménez-Beatty y Graupera, 2005; Martínez del Castillo et al., 2006; Martínez del Castillo et al., 2010 y Weinberg y Gould, 2010).

Otro de los aspectos que han de considerarse al respecto, tal y como explican Martínez del Castillo et al. (2006), son, en primer lugar la “realización de actividad física por parte de sus padres”, seguida por la “condición socioeconómica profesional y ocupacional”, y en tercer lugar, el “nivel de estudios terminados”, ya que tal y como señalan estos expertos, García-Ferrando encontró en 1991 mediante un análisis de segmentación que las principales variables independientes o predictores de la variable dependiente “práctica deportiva” eran las expuestas anteriormente, y en dicho orden.

Así, con el objetivo de completar los factores que influyen en el proceso de socialización mediante el cual las personas mayores puedan participar en actividades físico-deportivas se expone el gráfico 11 (Martínez del Castillo et al., 2010). Tal y como se puede observar, además de lo expuesto anteriormente se deben tener en cuenta aspectos tales como las oportunidades que puedan tener las personas mayores (instalaciones, conocimiento de las actividades, etc.), el apoyo social (amigos, pareja,

hijos, vecinos, etc.), su actitud e interés hacia la práctica de actividad física y el tipo de demanda en que se encuentran inmersas estas personas.

En la misma línea, Seguin et al. (2010) explican que son muchos los factores socioecológicos que pueden influir en la práctica y adherencia de las mujeres mayores y de mediana edad a la actividad física (gráfico 12).

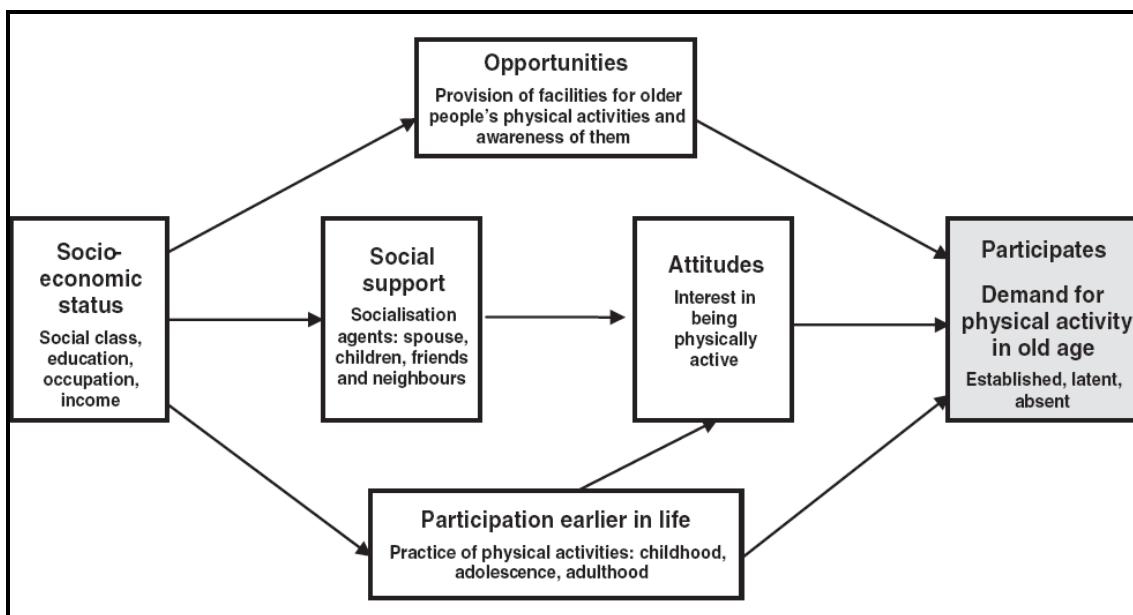


Gráfico 11. Relaciones entre los factores y variables en el proceso de socialización para participar en actividades físicas en la tercera edad (Martínez del Castillo et al., 2010, p. 1099)

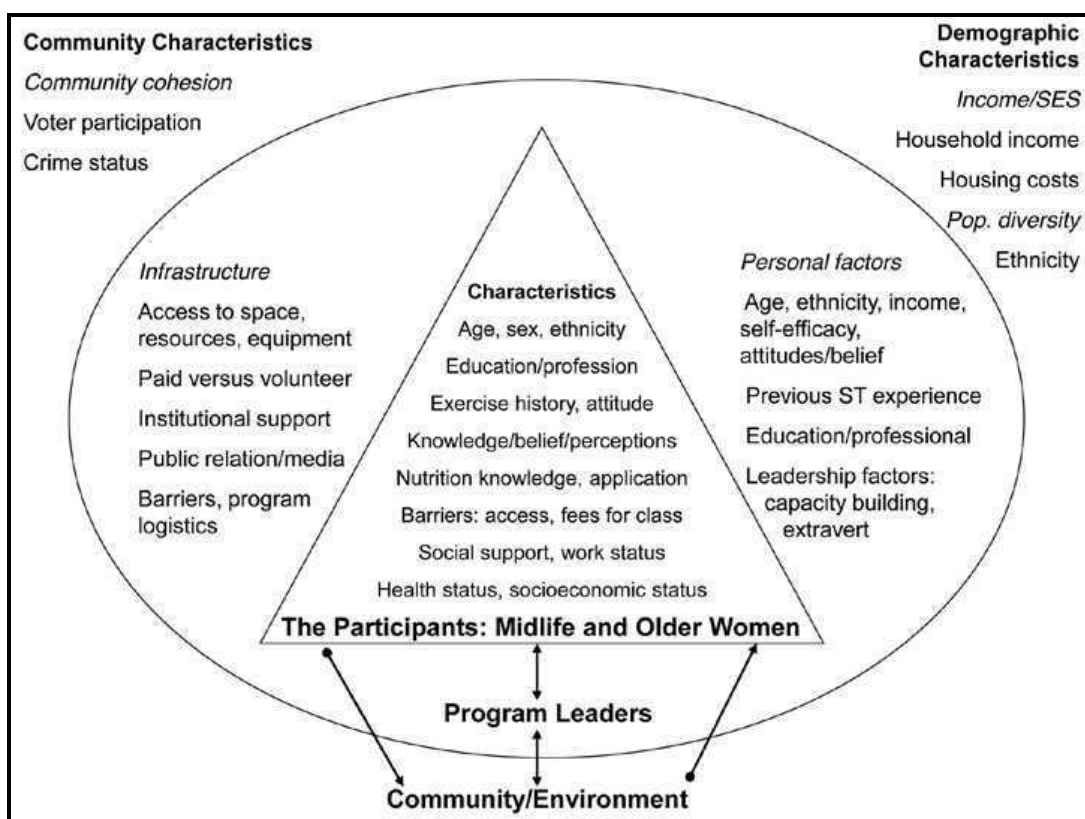


Gráfico 12. Factores socio-ecológicos que influyen en la participación y adherencia a la actividad física y el deporte por parte de las mujeres de edad avanzada y de mediana edad (Seguin et al., 2010, p. 204)

En lo que al nivel de estudios se refiere, son las personas que poseen estudios superiores las que se inclinan por la práctica deportiva (López-Cozar y Rebollo, 2002; Denk y Pache, 2003 y García-Ferrando, 2006). En esta línea, Casas y Fraile (2007) obtienen que el 59% de las personas practicantes tenía estudios primarios, el 12% universitarios, y el 8% bachiller, representando las personas con graduado escolar el 12%, y las personas sin estudios el 9%. Por su parte, Kaplan et al. (2001) encontraron que las personas con estudios inferiores a educación secundaria son menos activas que las que tienen mayor nivel educativo, observándose esta tendencia tanto en hombres como en mujeres. Igualmente, Kruger, Carlson y Buchner (2007) encuentran que la participación en actividades aeróbicas ligeras o moderadas (30 minutos al día, 5 días o más a la semana) o intensas (20 minutos por día, 3 días o más a la semana) fue más alta entre los graduados universitarios (40%) y menor entre los que tienen menor nivel educativo (14.4%). En cuanto a las personas mayores que realizan actividades para mantener o mejorar su fuerza muscular, al menos dos veces a la semana, se encuentran

que la participación es más alta entre los graduados universitarios (24.2%) que en aquellas personas con menor nivel educativo (5.7%). Atendiendo a las actividades de flexibilidad realizadas una vez a la semana los autores obtienen similares resultados.

Resultan especialmente preocupantes los datos y consideraciones expuestos anteriormente, ya que tal y como señalan los miembros del Equipo Portal Mayores (2009), en 2001 el 8.1% de las personas mayores españolas era analfabeta y otro 72.2% no tiene estudios, o su nivel de estudios es inferior a Educación Secundaria. No obstante, se debe reflejar que el nivel educativo ha avanzado considerablemente desde el año 1970 cuando tan sólo el 2.1% de la población mayor tenía estudios secundarios, de tercer grado o universitarios.

Denk y Pache (2003) exponen en este sentido que existe una relación elevadamente significativa entre los mayores que ostentan una actitud positiva ante la práctica del deporte y los que poseen un estatus social más elevado. Además, no se obtiene una influencia significativa en función del sexo. En el mismo estudio, estos autores obtienen que la actitud de las personas hacia el ejercicio físico es más positiva cuanto más actividad física han realizado a lo largo de su vida.

Atendiendo al apoyo social, en la investigación llevada a cabo por Kaplan et al. (2001) se obtiene, entre los factores psicosociales, que el apoyo social se asoció positivamente con la actividad física de las mujeres, pero no fue así en el caso de los hombres. A pesar de ello, el malestar psicológico se relacionó con la inactividad de los hombres y las mujeres. Además, estos autores se encontraron que las mujeres mayores casadas son menos propensas a ser activas que las solteras, viudas o divorciadas. En este sentido, Casas y Fraile (2007) obtienen que el 80% de las personas realiza ejercicio físico porque le animó un familiar, amigo, vecino o el propio médico.

En cuanto a la situación socioeconómica, Del Hierro (2009) expone que en el estudio sobre personas mayores realizado en 2002 por Jiménez-Beatty, se obtiene, respecto al gasto efectuado según la clase social, que a medida que se descendía ésta, aumentaban los porcentajes de personas que decían no gastar nada en actividad física y deporte.

Asimismo, en un estudio posterior, realizado en la provincia de Guadalajara (proyecto de investigación no publicado) se encontró que el 18.8% eran practicantes de actividad física. En cuanto al gasto efectuado según la clase social, eran principalmente los mayores de clases bajas los que decían no gastarse nada, un 73% frente al 65 y 61% de los mayores de las clases altas y medias (Del Hierro, 2009).

Igualmente, Del Hierro (2009), en su tesis doctoral, obtiene en relación al gasto mensual en la actividad física semanal realizada que la mitad de los practicantes declara no gastar nada. Así, atendiendo al gasto mensual en actividad física y deporte según variables socioeconómicas, obtuvo los siguientes resultados: en la *clase social*, se observa que a medida que desciende ésta aumentan los porcentajes de no efectuar ningún gasto (40% en clases altas, 53% en clases medias y 60.6% en clases bajas) y a medida que se asciende en la clase social aumentan los porcentajes de gasto efectuados por los mayores. Este autor declara que estas tendencias diferenciadas socialmente en el gasto, podrían deberse a que las personas mayores más modestas practican más en centros de mayores, en los que la práctica suele ser gratuita, mientras que en las instalaciones deportivas, que es donde practican más los mayores de clases medias y altas, suelen tener que pagar un determinado precio.

Kruger, Carlson y Buchner (2007) al realizar el cruce de variables obtienen, en relación a la raza/etnia de las personas mayores que la ausencia de práctica de actividad física aeróbica fue mayor entre los hispanos (63.8%) y los negros no hispanos (61.6%) que entre los clasificados como otros (46.9%) o blancos no hispanos (43.0%), señalando además que esta ausencia disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. En este sentido, exponen que la participación en actividad aeróbica ligera o moderado (30 minutos al día, 5 días o más a la semana) o intensa (20 minutos por día, 3 días o más a la semana) fue sustancialmente menor entre los hispanos (14.7%) y los negros no hispanos (16.4%) que entre los clasificados como otros (25.1%) o blancos no hispanos (28.4%). En cuanto a las personas mayores que realizan actividades para mantener o mejorar su fuerza muscular, al menos dos veces a la semana, se encuentran que en las personas integrantes de otras razas/etnias, la participación es del 16.6%, entre los blancos no hispanos del 15%, entre los negros no hispanos del 8.3% y entre los hispanos del 6.0%. Atendiendo a las actividades de flexibilidad realizadas una vez a la semana los autores obtienen similares resultados. Ello demuestra que las personas integrantes de clases sociales presumiblemente más altas practican actividad física aeróbica, de fuerza y flexibilidad en mayor medida que las personas mayores de clase social bajas.

No obstante, en el estudio de López-Cozar y Rebollo (2002) queda reflejado que las personas de clases medias, con ingresos medios/altos y medios/bajos son las que practican en mayor porcentaje (39.4% y 15.2% respectivamente).

Respecto a las expectativas en gasto mensual, en el estudio de Martínez del Castillo et al. (2008), un 36.5% de estas mujeres no estaría dispuesta a gastarse nada (o

no podría hacerlo, pues más de la mitad de estas mujeres tienen dificultades económicas) en realizar la actividad física. Por debajo de 15 euros contestó el 28.6%, mientras que entre 15 y 30 euros, respondió el 33.3%. Por encima de los 30 euros, sólo respondieron el 1.6% de estas mujeres.

Los resultados obtenidos por estos autores podrían confirmar lo expuesto por la OMS (2002) en relación al hecho de que las personas mayores con ingresos bajos tienen una mayor probabilidad de permanecer inactivas. Por ello, tal y como reclama esta organización, es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades.

En esta línea, en la investigación de Cohen-Mansfield et al. (2004), entre los aspectos señalados como ligeramente importantes e importantes por las personas mayores para la práctica de ejercicio físico fueron incluidos los incentivos económicos.

Además, se debe tener en cuenta, tal y como expone la OMS (2002) que *“La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo”* (p. 82).

Por otra parte, Nelson et al. (2007), señalan que únicamente alrededor del 12% de los adultos mayores realizan actividades de fortalecimiento muscular, por lo menos dos veces por semana. Estos autores concluyen, en un trabajo conjunto entre la ACSM y la AHA que en la actualidad las personas mayores americanas son el grupo de edad menos físicamente activo, coincidiendo con las consideraciones expuestas por otros autores citados anteriormente. A pesar de ello, estos expertos son optimistas, ya que subrayan la viabilidad de lograr mayores niveles de práctica de actividad física y deporte en esta población, ya que las tendencias actuales muestran que esta práctica está en alza. Además, señalan que es posible que el aumento de la actividad física desemboque en una reducción de los gastos médicos de este grupo de edad en un plazo de un año.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, Párraga (2009) explica que *“los hábitos de práctica en contraposición al sedentarismo son uno de los objetivos que debemos plantearnos como referencia de intervención: Que los mayores practiquen adecuadamente y que incorporen la práctica como hábito diario. Hábitos que deberían ir asentándose en la población desde las primeras edades y donde, sin duda, el ejemplo de los mayores sería un importante referente para los más pequeños. La vida activa debe ser longeva y debe convivir con múltiples factores que de manera integral*

afectarán a una mayor calidad de vida” (p. 153). Para ello, Denk y Pache (2003) inciden en la importancia de un trabajo conjunto y si es posible institucionalizado entre el cuerpo médico y todos aquellos profesionales que ofertan actividades en el campo del deporte para mayores.

Por otra parte, García-Ferrando (2006) considera que es imprescindible conocer la demanda de actividades físico-deportivas de las personas mayores con el objetivo de poder fundamentar e implementar correctamente los planes, programas y proyectos de servicios dirigidos a estas personas.

2.2.3.1 Actividades físico-deportivas practicadas y frecuencia de práctica de las personas mayores

Atendiendo a las actividades físicas y deportivas practicadas por las personas mayores, en la encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles realizada por el CIS (2010) se obtiene que el 81.1% de las personas mayores de 65 años no practica ningún deporte actualmente, que el 14.5% practica un deporte y que el 4.3% practica varios deportes. Entre los motivos de práctica expuestos se obtiene que de las personas mayores que sí practican, lo hacen fundamentalmente por hacer algo de ejercicio (36.1% como primera opción, 26.6% como segunda) y por mantener la salud (35.8% como primera opción, 25.1% como segunda). Además, los aspectos sociales obtienen los siguientes mejores resultados, ya que estas personas afirman que practican por diversión y pasar el tiempo, así como por encontrarse con amigos. Además con similares resultados se encuentran las personas que practican porque les gusta hacer deporte.

En el estudio anterior realizado por García-Ferrando (2006) se obtiene que el 37% de los españoles practicaba uno o más deportes, y que las actividades físicas o deportivas más practicadas eran la natación (por el 33%), el fútbol (31,7%), el ciclismo (19,1%), la gimnasia de mantenimiento en centro deportivo (14%), el montañismo (11,9%), las actividades de aeróbic y similares (el 11,7%) y la carrera a pie (11,1%), obteniendo en el resto de actividades porcentajes inferiores al 10%. En el mismo estudio, atendiendo a las personas de entre 65 y 74 años se obtuvo que el 17% de éstas practicaba uno o más deportes

Entre las actividades practicadas por las personas mayores, los datos del CIS (2010) muestran que el 16.7% afirma que practica gimnasia, actividad físico deportiva en casa (de mantenimiento), un 25.1% de las personas mayores de 65 años responde que

realiza gimnasia, actividad físico-deportiva suave en centro deportivo (pilates, mantenimiento), siendo la segunda actividad más practicada tras la natación recreativa (33.4%). A continuación, el ciclismo recreativo obtiene un 11.4% de respuestas y andar un 12%. Finalmente, cabe destacar que tan sólo el 1.1% de los practicantes realiza deportes en la naturaleza. Este último dato no coincide con el obtenido en la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE, correspondiente al periodo 2002-2003, en la cual se pregunta si se realizan deportes o actividades al aire libre en el tiempo de ocio, obteniéndose que las personas de 65 años y más hacen deporte en mayor porcentaje (aunque se considera también andar, pasear o caminar como deporte, y son precisamente a estas actividades a las que mayoritariamente se refieren las personas mayores al contestar esta pregunta) y los que mayor tiempo dedican a estas actividades (Del Barrio, 2007 y Párraga, 2009).

Basándose en esta misma encuesta, Del Barrio (2007) señala que la realización de deportes y actividades al aire libre está muy extendida entre la personas mayores, ya que más de la mitad de ellas las realizan y que parece que existe mayor aceptación y práctica de estas actividades por parte de las personas mayores, ya que a los beneficios biológicos se unen los de tipo psico-social, (ofrecen la oportunidad de relacionarse, de afiliarse e identificarse con otros, de reconocimiento y aceptación del cuerpo, el sentimiento de utilidad, mejora de la autonomía física y social, y proporcionan una mayor sensación de bienestar).

Así, el deporte mayoritario entre este grupo poblacional es andar y caminar con un 74.7% de varones que lo practican y un 61.7% de mujeres mayores (62.2% teniendo en cuenta ambos grupos). Le sigue la gimnasia pero a una distancia considerable, ya que es practicada por un 5.1% de las personas mayores. De todas estas actividades de ejercicio físico que más realizan las personas mayores, las mujeres destacan algo más en gimnasia (6.2%) y natación (2.2%), pero el resto son preferentemente masculinas, siendo la gimnasia (3.5%), el ciclismo (2.1%), y la caza o pesca (2%) las más practicadas por éstos (Del Barrio, 2007 y Párraga, 2009).

Kruger, Carlson y Buchner (2007) obtienen que tan sólo un 10.7% (el 12.6% de los hombres y el 9.2% mujeres) de las personas de 65 a 74 años realiza actividades físicas para mejorar o mantener la fuerza muscular dos o más veces por semana, siendo mayor el porcentaje obtenido por el grupo de menor edad (50-64 años), con un 16.3%. En cuanto a las actividades de flexibilidad, el 20.8% de las personas mayores de 65 años afirman realizarlas una vez a la semana (hombres 19.6%, mujeres 21.7%), obteniendo

nuevamente mejores resultados de participación el grupo de personas de entre 50 y 64 años (27.7%).

Siguiendo el mismo estudio, Kruger, Carlson y Buchner (2007) exponen que el 47% de los hombres y el 56.6% de las mujeres mayores de 65 años en los Estados Unidos no participan en ninguna actividad aeróbica de tiempo libre, y que la ausencia de práctica en actividades aeróbicas fue mayor en los mayores de 65 años que en las personas de entre 50 y 64 años. Asimismo, señalan que el 21.8% de los estadounidenses mayores de 65 años participaron en actividad aeróbica ligera o moderado durante al menos 30 minutos al día, 5 días o más a la semana o en actividad aeróbica intensa durante al menos 20 minutos por día, 3 días o más a la semana, y que este porcentaje fue significativamente mayor entre los hombres (25.5%) que en las mujeres (19%). La prevalencia de la participación en dicha actividad fue ligeramente superior entre las personas de 50 a 64 (29.8%).

Por último, estos autores exponen que existe una relación positiva entre la participación en la actividad física aeróbica y la participación en el entrenamiento de fuerza. Así, de las personas que fueron regularmente activos, se estima que el 30.5% también reunieron el criterio de entrenamiento de fuerza, mientras que entre los que estaban inactivos, se estima que sólo el 3.2% lo hizo. Del mismo modo, entre los que estaban regularmente activos, el 42.6% participan en actividades de flexibilidad por lo menos una vez por semana, reduciéndose este porcentaje al 9.5% en el grupo de personas inactivas. En general, se estima que sólo el 6.3% de las personas mayores de Estados Unidos participaron en las cantidades recomendadas de actividad aeróbica, fuerza y flexibilidad (Kruger, Carlson y Buchner, 2007).

Seguin et al. (2010) realizan una investigación con el objetivo de conseguir la adherencia de las personas mayores a un programa de fuerza, obteniendo que de todas las personas que completaron el estudio (527), el 78.7% formaron parte de dicho programa, realizándolo 2 veces a la semana, durante 16 semanas o más. Además, De estas personas, el 56% continuó realizando este tipo de actividades en una clase o grupo y el 44% lo hizo por su cuenta. Asimismo, estos autores exponen que el sexo, la raza, el nivel educativo y los ingresos no fueron diferentes entre las personas que se adhirieron al programa y las que no.

Dawson, Hillsdon, Boller y Foster (2007) en un estudio realizado en Reino Unido, encuentran, en relación a la práctica de actividades físicas realizadas por las personas mayores en los siete días anteriores, que las actividades más practicadas fueron

caminar, con similares porcentajes entre hombres y mujeres (aunque señalan que atendiendo a la actividad física total éstos son más activos), montar en bicicleta (los hombres en mayor medida que las mujeres) y deportes (las mujeres obtienen similares resultados que los hombres, aunque éstas han realizado deportes en mayor medida). Asimismo, estos autores señalan que los niveles de actividad física encontrados fueron, en general, considerablemente mayores que el mínimo recomendado.

Van Heuvelen, Kempen, Ormel, y Rispen (1998) obtienen que sólo el 7.7% de los hombres y el 16% de las mujeres eran completamente inactivos. Tanto los hombres como las mujeres participan más en actividades como caminar (63.9% hombres y 55.5% mujeres) y montar en bicicleta (67.2% hombres y 56.5% mujeres) por placer. Además, obtienen que los hombres también son más activos en actividades como correr (4.4%, respecto al 0.6% de las mujeres). Por otra parte, las mujeres participan más en gimnasia (25.1%, frente al 12.8% en hombres), natación (24.2%, frente al 19.3% en hombres), bailes (11%, frente al 6.2% en hombres), yoga (1.7%, 0% en hombres) y bolos (6.1%, frente al 4.7% en hombres). Similares resultados obtuvieron ambos sexos en relación a los deportes, tenis (2.2% hombres, 1.7% mujeres) voleibol (1.1% hombres, 2% mujeres) y un juego de pelota holandés (course ball) (0.4% hombres, 0.9% mujeres).

Casas y Fraile (2007) obtienen en relación a las personas practicantes de ejercicio físico que prefieren hacer actividades de relajación, en un 55%, seguidas por bailes (25%), condición física (15%), juegos (4%) y estiramientos (1%).

En la investigación sobre personas mayores realiza en el municipio de Madrid en 2002, se obtuvo que la gimnasia de mantenimiento era la actividad física más practicada (49%), sobre todo por las mujeres, seguida de la natación (22%), ésta practicada algo más por los hombres que por las mujeres. El resto de actividades físicas y deportivas, que tomadas en conjunto suponen un 28%, registran una menor presencia: yoga, petanca, pasear en bicicleta, tenis, aeróbic, baile, ping pong. Así, según estos autores, en la actividad física realizada (con o sin profesor) los principales beneficios buscados con la práctica de estas actividades son, en su mayoría, de carácter higiénico, lúdico y social. Asimismo, los practicantes pero interesados en realizar alguna otra actividad, tanto hombres como mujeres y los menores de 74 años, desearían hacer natación, mientras que los mayores de 74 años prefieren la gimnasia de mantenimiento (Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002). Además, estos autores señalan que en este estudio, aquellas actividades que ocasionalmente realizan las personas integrantes de la demanda

ausente (no practicantes y no interesados en practicar), pero que quizá practicarían son: el baile (38%), la natación (32%), el ejercicio suave (32%), los bolos (20%) y la petanca (19%).

Por su parte, Martínez del Castillo et al. (2007) obtienen que en la Comunidad de Madrid la actividad física más practicada por la demanda establecida es el ejercicio físico (45%), seguida de las actividades acuáticas (24.5%), la petanca (6.8%) y el yoga (5.8%). El resto de actividades físicas y deportivas, (17.8% en total), presentan una menor presencia: pasear en bicicleta, tenis, aeróbic, baile, ping pong.

Otro de los estudios llevado a cabo por estos autores en la provincia de Guadalajara en 2006 revela que más de la mitad de las personas mayores realizan gimnasia de mantenimiento, encontrándose a más distancia actividades como pasear en bicicleta, la natación, el baile, los deportes de raqueta, la petanca, los bolos, el yoga y la caza. Atendiendo al género obtienen que las mujeres sobre todo practican la gimnasia de mantenimiento (73%) y los hombres por su parte diversifican más sus actividades, siendo las principales: la gimnasia de mantenimiento (25.5%), la bicicleta (24%) y la caza (12%) (Martínez del Castillo et al., 2009).

En un estudio realizado en el municipio de Madrid, con mujeres de 30 a 64 años, Jiménez-Beatty, González, Martín, Del Hierro y Martínez del Castillo (2008) obtienen que las actividades más practicadas por las mujeres de la demanda establecida son: ejercicio físico (bajo muy diferentes denominaciones de programas y servicios: en salas con máquinas de fitness o wellness, entrenamiento personal, acondicionamiento físico, gimnasia de mantenimiento, tonificación, estiramientos, musculación, etc.) en un 27.7%; nadar (19.1%); actividades físicas con música (aeróbic en sus diferentes variantes, bailes en sus diferentes modalidades, siendo los más mencionados los bailes de salón, etc.) el 16.8% y actividades del tipo de taichi o yoga, el 9.5%. Además, señalan que el resto de actividades físicas tomadas en conjunto suponen un 27% y que sólo un 7.2% de las mujeres practicaban algunos deportes (de raqueta u otros).

Párraga (2009) expone los resultados obtenidos por Jiménez en su tesis doctoral, de forma que si se analizan estos datos se observa que el 91.4% de las personas mayores de 65 años no practicaba deportes ligeros y tan sólo un 0.5% manifestó que lo practicaba asiduamente. Además, de las personas practicantes, el 5.9% contestó que practicaba deportes moderados y el 5.4% que realizaba algún tipo de entrenamiento.

Cabe destacar que la gran mayoría de las personas practicantes practican actividad físico o deporte sin preocuparse de competir (88%) (CIS, 2010), coincidiendo con los resultados expuestos por García, Rebollo, Martínez y Oña (1996).

En relación a la frecuencia de práctica de las personas que sí practican actividad física o deporte, en la Encuesta de Empleo del tiempo realizada por el INE en 2002-2003 se obtiene que un 52.8% de las personas mayores de 65 años realizan actividad física o deporte y actividades al aire libre con una duración media de 2,13 horas (Del Barrio, 2007). Al comparar estos datos por los presentados en la encuesta correspondiente al año 2009 se observa que a pesar de que el número de personas mayores practicantes de estas actividades aumenta ligeramente (50.5%) la duración media dedicada a dichas actividades disminuye hasta 1,54 horas (IMSERSO, 2011).

Por su parte, el Centro de Investigaciones Sociológicas (2010) obtiene que el 64.6% de las personas mayores practicantes lo hace tres o más veces por semana, el 31.5% una sola vez y el 2.6% afirma que practica con mucha frecuencia. En un estudio anterior (García-Ferrando, 2006) se obtiene, en relación a los hábitos deportivos de los españoles que el 49% practicaba tres veces o más por semana, el 37% una o dos veces por semana, el 10% con menor frecuencia y el 3% sólo en vacaciones. En este mismo estudio, acotando la muestra a las personas de entre 65 y 74 años se obtiene que el 56% de ellas practicaba tres veces o más por semana, siendo el grupo sociodemográfico que practica más frecuentemente.

En el estudio realizado en la provincia de Guadalajara, citado anteriormente, se obtiene que la frecuencia de práctica es de dos días a la semana o más en el 88% de las mujeres y en el 78% de los varones y que acuden a practicar bien por las mañanas (48%) o bien por las tardes (41%), siendo los varones las personas que acuden más por las mañanas, y las mujeres acuden más a diario por las tardes (Martínez del Castillo et al., 2009).

En la investigación de Graupera et al. (2002, citado por Martínez del Castillo et al., 2007), con una muestra restringida a mujeres mayores practicantes en programas municipales de actividad física, los resultados muestran que en el 79% de los casos, las personas que practican actividad física y deporte lo hacen con una frecuencia de dos sesiones a la semana y en el 19%, tres veces. En esta línea, en referencia al trabajo realizado en el municipio de Madrid en 2002, estos autores señalan que las personas mayores practicantes lo hacían tres o más días a la semana, entre diario y por las mañanas, así como que la mayoría no se gastaba nada de dinero en ello.

Por su parte, Martínez del Castillo et al. (2007) obtienen que más de la mitad de las personas mayores practicantes de la Comunidad de Madrid realizan actividad física tres o más días por semana, la tercera parte hace ejercicio dos veces por semana y menos del 7% practica una vez por semana o esporádicamente. Igualmente, tras realizar el cruce entre la frecuencia de práctica de las personas mayores y las variables sociodemográficas (género, edad, clase social y zona de residencia) obtienen los siguientes resultados: los hombres practican más frecuentemente, tres o más días a la semana (75%) que las 47.6% de las mujeres, que practican en ese mismo porcentaje dos veces por semana (relación moderada y significativa); ambos grupos de edad (menores de 74 años y mayores de 74 años) practican actividad física principalmente tres o más veces por semana, algo más del 50% de ellos, y un tercio de cada grupo de edad practica dos veces por semana (en el estudio de Kaplan et al., 2001 también se obtiene que el declive de la actividad con la edad es significativo para ambos sexos); las personas mayores que se perciben de clase media/alta y alta suelen practicar casi todos los días (47.6%) o dos veces por semana (42.9%), práctica similar a los que se perciben de clase media/baja y baja, que practican en un 52% tres veces por semana o más, y un 44% dos días a la semana, siendo los mayores de clase media/media las personas que practican más frecuentemente tres o más veces por semana (66%); parecen existir algunas diferencias en función de la zona de residencia, así los mayores residentes en Madrid practican en su mayoría casi todos los días (62.2%), algo más que los residentes en la Corona Metropolitana (52.6%) que también practican dos veces por semana (47.4%). Por el contrario, los mayores residentes en la Corona Urbana se reparten su frecuencia de práctica entre dos días a la semana y casi todos los días, con un 40% cada uno.

En cuanto a la zona geográfica, en el estudio de Kaplan et al. (2001) se encontró una alta relación entre la actividad física y la región geográfica, así las personas que residen en regiones occidentales y en el centro son más activas que las personas que viven en el litoral oriental. Llama la atención la relación observada en el sexo femenino, ya que las mujeres de la región oriental tienen aproximadamente el doble de probabilidades de ser físicamente activas que sus compatriotas. Además, señalan que estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios anteriores en Canadá. En un intento de explicar estos datos, los autores señalan que en la costa este deben existir más estrategias para aumentar la actividad física entre las personas mayores, aunque sugieren que también puede influir el clima más templado.

2.2.3.2 Actividades físico-deportivas y frecuencia de práctica deseadas por las personas mayores

En relación a la preferencia de práctica de las personas mayores para realizar actividad física, tipo de ejercicio, actividades deseadas, momento de práctica, y su relación con las variables sociodemográficas, Cohen-Mansfield et al. (2004) en una investigación realizada en Estados Unidos con personas mayores (74-85 años) obtienen que la mayoría de los encuestados (entre el 77% y el 87%, en función del tipo de actividad deseada) contestaron que estaban interesados en realizar algún tipo de ejercicio físico. Cabe destacar que las personas mayores estaban más predispuestas a caminar durante media hora (86.7%) que a asistir a clases (83.2%) y que a hacer ejercicio en casa (77.6%). En relación al momento del día en que las personas prefieren realizar ejercicio físico, la mayor tasa de respuesta se produjo entre las 9 de la mañana y el mediodía (52.4%), seguida por el deseo de práctica de actividad física antes de las 9 de la mañana (19%). Asimismo, existen un 12.7% de personas entrevistadas que no responde un horario preferente. Además, la mayoría de las personas respondió que prefería caminar con un compañero (33.2%), un 18.1% de las personas prefieren caminar solas y un 13% prefiere hacerlo en un grupo. No obstante un 35.5% de las personas se mostró indiferente en relación a este aspecto.

Cohen-Mansfield et al. (2004), al analizar las preferencias de práctica de las personas mayores en función del género, se obtiene que las mujeres valoran en mayor medida que los hombres el tipo de ejercicio, que la ubicación del lugar de práctica esté cerca de casa, que participen otras personas de la misma edad, practicar con música y tener un profesional que evalúe la actividad. En relación a la edad, cabe destacar que estos autores obtuvieron que ésta no estaba directamente relacionada con las preferencias respecto al tipo de ejercicio. Las personas de más edad responden en menor medida que quieren hacer ejercicio en casa o en una clase, ya que se han obtenido menores porcentajes en estos dos aspectos. Aunque las personas que no tienen una preferencia de momento del día para hacer ejercicio, tendían a ser mayores (media, 79.8 años), cuando expusieron una preferencia, aquellos que optaron por el período entre el mediodía y las 3 de la tarde tendían a ser mayores que aquellos que preferían en otros momentos.

Por otra parte, Cohen-Mansfield et al. (2004) obtienen una alta relación entre el género y la educación, que muestra que los hombres tenían más nivel educativo que las mujeres (el 55% de los hombres fueron a la universidad, frente al 21% de las mujeres).

Los hombres también afirmaron tener un nivel más alto de ingresos que las mujeres, obteniéndose además una relación significativa entre el nivel de educación y los recursos financieros, ya que los más educados presentan ingresos más elevados.

En los resultados presentados por Denk y Pache (2003) puede apreciarse que las personas mayores, al ser preguntadas por el deporte que les gustaría practicar, responden en orden descendente: gimnasia (25.6%), natación (14.8%), ciclismo (7.2%), caminatas (4.9%), baile (3.3), juegos de balón y carreras de largo recorrido (2.6% cada uno), tenis (2%), gimnasia en el agua (1.6%), golf y tenis de mesa (1.3% cada uno), y con actividades menores al 1% se encuentran gimnasia para la columna vertebral, juegos, bolos y atletismo. Tras analizar estos resultados, estos autores señalan que las ofertas con contenidos nuevos o deportes modificados son desconocidas, o poco atractivas para las personas mayores, ya que en mayor medida se deciden por los deportes tradicionales. Asimismo, apuntan que las personas de las zonas rurales y pequeñas ciudades responden que los programas innovadores son demasiado para ellas. Por ello, inciden en que las ofertas deben ser claras e informativas, y que en los casos en que no se especifique que es “gimnasia para mayores” se deben explicar ampliamente los objetivos y contenidos para que de esta forma muchas personas que en principio fueran a rechazar la actividad puedan interesarse por ella.

En el estudio sobre las personas mayores realizado en el municipio de Madrid, atendiendo a las actividades físico-deportivas que desean realizar las personas integrantes de la demanda latente, se obtiene que las actividades más deseadas son las actividades físicas en el medio acuático y la gimnasia de mantenimiento, con un 26% de respuestas cada una, mientras que el restante 48% se diversifica entre otras actividades con bajos porcentajes de contestaciones cada una (Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002). Según estos investigadores, si se analizan los datos anteriores en función del género, se observa que aunque hombres y mujeres presentan un 26% de respuestas en cuando al deseo de realizar actividades físicas en el medio acuático, las respuestas de los hombres se encuentran más diversificadas, ya que un 16% desea practicar gimnasia de mantenimiento, pero un 58% otras actividades, mientras que las mujeres agrupan más sus respuestas en gimnasia de mantenimiento (35%), contestando en un 38% otras actividades. Atendiendo a la edad, en dicha investigación no se aprecian diferencias significativas en cuanto al deseo de práctica en la demanda latente entre las personas mayores y menores de 74 años, aunque las personas menores de 74 años presentan un mayor porcentaje de respuestas en el deseo de practicar actividades físicas en el medio

acuático que el grupo de personas más mayores (29% y 21% respectivamente). En relación a la clase social, las personas de clases altas y bajas se muestran más interesadas en practicar la gimnasia de mantenimiento, con algo más de un tercio de las respuestas, mientras que las clases medias presentan un 18% al respecto. No obstante, las personas de clase media presentan un mayor interés por practicar actividades físicas en el medio acuático (algo más de un tercio), mientras que el porcentaje obtenido en las personas mayores de clase alta al respecto representa una cuarta parte del total y las de clase baja un 12% (Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002).

Siguiendo este mismo estudio, Martínez del Castillo (2003) expone que los principales beneficios buscados por la demanda latente con la practica física son: mantener o mejorar la salud (el 97% contestó bastante o totalmente verdad); para sentirse a gusto (el 90%); porque me gusta hacer esa actividad (87%); por divertirme (85%); para estar en forma (80%); para relacionarme con otras personas (75%); por salir de casa (81%) y para ocupar mi tiempo libre (79%). Por el contrario, no era nada verdad, que les gustara competir (para el 81%) o mejorar la técnica (para el 68%). Así pues, los principales beneficios o valores que buscan a través de la actividad física estas personas, son fines de salud, lúdicos y sociales.

Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo (2007) exponen que en la Comunidad de Madrid las actividades físicas o deportivas que desean realizar aquellos mayores que no practican pero les gustaría hacerlo (sin incluir el pasear), son la natación y el ejercicio físico, con algo más de un tercio de contestaciones cada una. Asimismo, estos autores exponen que el otro tercio de respuestas se diversifica en numerosas actividades, con muy bajos porcentajes de respuestas cada una, y que entre otras actividades aparecen mencionadas: el baile, la bicicleta, la petanca y el fútbol. Tras realizar el cruce de la variable actividades físicas deseadas con las variables sociodemográficas, estos investigadores obtienen los siguientes resultados: los hombres y mujeres mencionan proporcionalmente por igual la natación (en torno a un 35%), aunque en el caso de los hombres sus respuestas revelan una mayor diversificación en cuanto a las actividades deseadas (18% desean ejercicio físico, un 12% desean fútbol y otro 12% bicicleta), mientras que las mujeres agrupan más sus respuestas en el ejercicio físico (43.4%). Además, estos autores encuentran una relación moderada y significativa al respecto. En cuanto a la edad, la natación y el ejercicio físico son las dos actividades más deseadas por todos los mayores apreciándose que los menores de 74 años desearían practicar natación (37%), mientras que los mayores de 74 años desearían practicar más el

ejercicio físico (42%), frente al 30% de los menores de 74 que lo desean. Atendiendo a la clase social, el 50% de los que se perciben de clases medias altas y altas y el 40% de los de medias/bajas y bajas parecen más interesados en practicar el ejercicio físico, frente al 27% de las clases medias/medias. Por el contrario, parece apreciarse un mayor interés en las clases medias/medias por la natación, un 47%, encontrándose una relación moderada y significativa.

Teniendo en cuenta los datos que conciernen únicamente a las mujeres mayores, Martínez del Castillo et al. (2008) señalan que el 12.5% de éstas forman parte de la demanda latente (no practican semanalmente pero les gustaría hacerlo), y que las actividades más deseadas por ellas (sin incluir el pasear) son: actividades físicas en sala (58.7%) (ejercicio físico el 39.7%; actividad física con música, bailes, aerobio, el 6.3%; y gimnasia oriental, taichi, yoga, etc, el 12.7%) y el 39.7% en actividades físicas acuáticas en vasos climatizados. Además, obtienen que tan sólo un 1.6% mencionó actividades de desplazamiento en medio urbano (como pasear en bicicleta).

En el estudio realizado en el municipio de Madrid con mujeres de 30 a 64 años, por Jiménez-Beatty et al. (2008), se obtiene que las actividades más deseadas por las mujeres de la demanda latente (33% del total) son: actividades en el medio acuático (36.1%), nadar (34.2%) y ejercicio acuático (1.8%); seguidas a más distancia por ejercicio físico (23.3%), y actividades con música (18.3%). El resto de actividades deseadas suponen un 22 % del total, diversificándose en actividades como deportes de raqueta (7%), desplazamientos al aire libre en la ciudad, actividades en la naturaleza y otros deportes (2.7%), en concreto se refieren a deportes colectivos de sala, especialmente baloncesto y voleibol.

En cuanto a las expectativas de frecuencia de práctica semanal, en el estudio expuesto por Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) se observa que las personas mayores que desean practicar ejercicio físico y deporte presentan unas elevadas expectativas de práctica, ya que el 76% de estas personas desean practicar tres o más veces semanales, el 15% dos veces a la semana y el 8% una vez a la semana. Asimismo, se obtiene que el 96.6% de los hombres desearía practicar tres o más veces semanales, mientras que esa frecuencia la desean el 63% de las mujeres, las que en otro 22% de los casos desearía practicar dos veces semanales. Atendiendo a la frecuencia semanal deseada en función de la edad, el autor señala que los mayores de 74 años desearían, con un porcentaje ligeramente superior, practicar tres o más veces semanales (84%, frente al 73% presentado por los menores de 74 años). Además, en todas las clases

sociales se observa que las personas quieren practicar tres o más veces por semana por encima del 70% en todos los casos.

Teniendo en cuenta la frecuencia de práctica deseada, Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo (2007) obtienen que las personas integrantes de la demanda latente tienen unas elevadas expectativas de práctica regular, ya que desearía practicar tres veces por semana o más un 70%, dos veces por semana el 21% y tan sólo un 7% respondió que deseaba practicar una vez a la semana. Así, al analizar las expectativas en frecuencia de práctica según variables sociodemográficas, estos autores observan que: el 83,3% de los hombres desearían practicar tres o más veces por semana, mientras que esa frecuencia la desearían el 61% de las mujeres (a las que en otro 24.7% de los casos, les gustaría dos veces por semana), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables; los mayores de 74 años desearían en un porcentaje ligeramente superior a los menores de esa edad practicar tres o más veces por semana (76,7% y frente al 67%), existe además un 22% de menores de 74 años que practicarían dos veces a la semana; en cuanto a la clase social, los autores aprecian en todas las clases el deseo de practicar tres o más veces a la semana (en torno al 70% en todos los casos).

Atendiendo a los datos únicamente de las mujeres mayores, Martínez del Castillo et al. (2008) señalan que las mujeres de la demanda latente también tienen unas elevadas expectativas de práctica regular, ya que la mayoría desearía practicar dos horas o más a la semana (la media se sitúa en 2,72 horas). Así, los resultados obtenidos por estos autores son los siguientes: dos horas, el 38.1%; tres horas el 27%; y más de tres horas, el 19%. Únicamente un 15.9% de estas mujeres contestó una hora a la semana.

Por su parte, Cohen-Mansfield et al. (2004) encuentran que entre el 77% y el 87% de las personas, en función del tipo de actividad deseada contestaron que estaban interesados en realizar algún tipo de ejercicio físico al menos una vez a la semana, un 30.5% de las personas estaban dispuestas a caminar tres veces por semana, un 25.1% dos veces semanales y el 24.4% afirmaban estar dispuestos a caminar más de tres veces a la semanas. En cuanto a asistir a clases de actividad física y deporte, la respuesta más común fue que los mayores deseaban hacerlo dos veces a la semana, con un 37.6%, mientras que el 27% de éstos responden que están dispuestos a asistir tres veces semanales. En relación a las personas que señalan estar dispuestas a hacer ejercicio en casa, un 64.4% de las personas entrevistadas señalan que están dispuestas a hacer ejercicio en casa tres veces por semana o más. Sin embargo, un gran porcentaje (22.4%)

no estaban dispuestos a realizar ejercicio en casa, con una tasa de rechazo superior al de las otras formas de ejercicio.

Tal y como expone Allmer (2003) diferentes investigaciones muestran que la ausencia de práctica de actividad física y deportiva por las personas mayores tiene como razones principales la falta de tiempo, la edad avanzada, la falta de salud y las grandes exigencias que ello conlleva. Además, tal y como explica este autor, puede ocurrir que las personas mayores tengan miedos sociales de ser ridiculizados por los demás, o miedos latentes ante la formación de nuevos grupos. Además, muchos de ellos aún piensan que el deporte tiene que ver con la fuerza y que a esa edad se requiere tranquilidad, tal y como indican los conceptos de “jubilación” o “retiro”. Según este autor, esta teoría de “los miramientos”, que aún hoy sigue bien extendida, pero que ya no se sostiene científicamente, evita las actividades deportivas, incluso cuando a uno le gustaría estar físicamente activo.

Cabe destacar que las personas mayores no nombran una causa, sino varias a la hora de justificar la inactividad deportiva. La media es entre dos y cinco, aunque lo más normal son cuatro (Allmer, 2003).

Finalmente, señalar que tal y como se ha puesto de manifiesto a lo largo del presente apartado, el nivel de actividad física de las personas mayores es hoy día insuficiente, siendo necesario profundizar en la investigación aplicada en este ámbito, fundamentalmente con metodologías de estudio transdisciplinarias, que nos permitan profundizar en el conocimiento de las características y necesidades que se producen en el proceso de envejecimiento humano (Párraga, 2009).

2.3 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE EN LA TERCERA EDAD

En el presente apartado, en primer lugar serán expuestos los diferentes beneficios de la actividad física y el deporte para todos los planos vitales de las personas mayores (biológico, psicológico, afectivo y social) a través de la recopilación de las consideraciones expuestas y los datos aportados por diferentes expertos en la materia. A continuación, se abordarán cada una de las variables objeto de estudio en la presente tesis doctoral (salud, condición física, competencia motriz y corporal y dependencia funcional), conceptualizando cada una de ellas inicialmente, para posteriormente profundizar más en cada una de ellas. No obstante, a lo largo del capítulo se tratará de dejar constancia de la interrelación existente entre todas y cada una de estas variables.

Además, en relación a las variables percibidas por las personas mayores, se debe tener en cuenta la importancia de éstas para determinar la calidad de vida en la tercera edad, así tal y como expone Merino (2007) *“la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso, en 1994, la siguiente definición sobre la calidad de vida, para lograr el consenso: Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* (p.29).

2.3.1. Beneficios de la práctica de actividad física y deporte para la salud, la condición física, dependencia funcional y la competencia motriz y corporal de las personas mayores

Antes de abordar el presente apartado, se debe recordar que la actividad física y el deporte no sólo aportan beneficios desde el punto de vista anatómico-fisiológico, sino que además benefician a las personas mayores en otras dimensiones humanas, como son la dimensión psicológica, la dimensión social y la dimensión afectiva. Además, cabe destacar que la actividad física no actúa únicamente como un instrumento de mejora de dichas funciones en conjunto, sino que además posee un efecto protector muy importante sobre éstas.

Tal y como expone la OMS (2002) se debe tener en cuenta que a medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo, incluso en los países en vías de desarrollo, siendo éstas esencialmente

enfermedades de la edad avanzada costosas para la familia y la hacienda pública, aunque muchas pueden prevenirse o retratarse. Así, la falta de prevención ocasionará enormes costes humanos y sociales que absorberán una cantidad desproporcionada de recursos, que podrían haber sido usados para hacer frente a los problemas de salud de otros grupos de edad.

“De manera indirecta, la práctica de ejercicio tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas, las funciones orgánicas contribuyendo a mantener su funcionalidad e incluso a mejorarla” (Castillo, 2009, 119). Además, este autor realiza una clasificación de efectos beneficiosos de la práctica habitual de ejercicio físico (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005 y Castillo 2007, 2009):

- Reduce el riesgo de cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares.
- Reduce el riesgo de desarrollar obesidad y diabetes.
- Reduce el riesgo de desarrollar hipertensión o dislipidemia y ayuda a controlarlas.
- Reduce el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer (colon, mama, próstata...).
- Ayuda a controlar el peso y mejora la imagen corporal.
- Tonifica los músculos y preserva o incrementa la masa muscular.
- Fortalece los huesos y articulaciones haciéndoles más resistentes.
- Aumenta la capacidad de coordinación y respuesta neuro-motora.
- Disminuye el riesgo y consecuencias de las caídas.
- Mejora la actividad del sistema inmune.
- Reduce los sentimientos de depresión y ansiedad.
- Promueve el sentimiento psicológico de bienestar y la integración social.

En este contexto, Strawbridge, Deleger, Roberts y Kaplan (2002) destacan los aspectos preventivos de la actividad física sobre el desarrollo de graves enfermedades crónicas como la diabetes o enfermedades del corazón. Es importante señalar que estos autores consideran que dicho factor preventivo podría deberse a la fuerte relación que existe entre la salud física y la depresión en edad avanzada, confirmando de esta forma la interrelación entre la actividad física y las diferentes funciones humanas. Además apuntan a la asociación entre la práctica físico-deportiva y la posibilidad de interactuar con otras personas que tienen los mayores practicantes de actividad física y deporte,

señalando, igualmente esta sociabilidad como elemento fuertemente relacionado con la prevención de la depresión en personas mayores. Asimismo, asocian otros aspectos tales como el aumento de la autoestima a la práctica de actividad física y deporte.

Finalmente, estos autores puntualizan que aunque los estudios sobre el impacto de la actividad física sobre la depresión tratan de medir los efectos independientes, es posible que las personas con altos niveles de actividad física sean también más propensos a involucrarse en otros comportamientos beneficiosos para la salud, tales como no fumar, evitar la obesidad y el consumo excesivo de alcohol o medicamentos.

Nelson et al. (2007) en el artículo publicado conjuntamente por la ACSM y la AHA, señalan que los beneficios de la actividad física regular en personas mayores son muy extensos, entre los que señalan que reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, coronarias, enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, previene el colesterol elevado, la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2, la osteoporosis, la artrosis, la obesidad, el cáncer de colon y mama, el dolor de espada, el estreñimiento, la ansiedad, la demencia y la depresión. Además, previene o retrasa el deterioro cognitivo y la discapacidad, y mejora el sueño. De particular importancia para personas mayores resulta que reduce el dolor, el riesgo de caídas y lesiones por caídas, previene o mitiga las limitaciones funcionales y es una terapia efectiva para muchas enfermedades crónicas.

Para facilitar la comprensión del presente apartado, resulta importante indicar que debido a la complejidad de abordar de forma aislada los beneficios que aporta el ejercicio físico a los diferentes planos humanos, a lo largo del mismo se expondrán las relaciones entre éstos. Así, por ejemplo, se podrán observar las implicaciones que tienen diferentes sistemas como el endocrino y el nervioso en la explicación fisiológica de los beneficios psicológicos y afectivos que aporta el ejercicio físico, sobre aspectos tales como la prevención de la depresión, la disminución de la ansiedad y el estrés o la mejora de la autoestima.

Las estrategias de intervención para reducir los efectos del envejecimiento se conocen como “anti-aging”, y recomiendan estilos de vida saludables en los que la dieta, los hábitos de vida y la actividad física procuren una mayor longevidad, en el sentido de una mayor calidad durante toda la vida (Oña, 2002).

Por lo tanto, en la línea de lo expuesto al inicio del presente apartado, todo ello se manifestará en los planos biológico, psicológico y social. Así, la práctica prolongada

de estas conductas darán lugar a hábitos de vida que influirán sobre la forma de envejecimiento, retroalimentando el modelo representado en el gráfico 13 (Oña, 2002).

Además, este autor señala que la preocupación científica al respecto se ha incrementado en los últimos años, ya que es línea prioritaria en los programas nacionales e internacionales de investigación. Se ha producido una proliferación de estos temas en revistas científicas y de divulgación especializadas, un incremento de las páginas digitales especializadas, y además se han creado determinadas sociedades científicas, como el Instituto Español de Longevidad y Salud, vigente en la actualidad. Cabe destacar que la actividad física, parece ser, que es uno de los factores que más claramente ayudan a la longevidad, al menos en términos de calidad de vida (Oña, 2002).

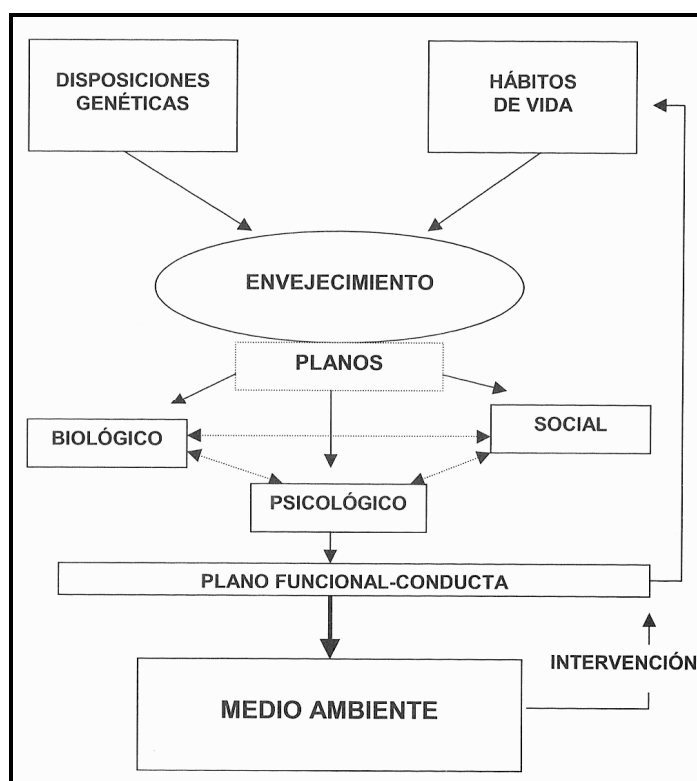


Gráfico 13. Interacciones producidas en el modelo de envejecimiento basado en el estilo de vida (Life-Span) (Oña, 2002, p. 22)

Siguiendo este planteamiento, Pont (2008) realiza una reflexión sobre los problemas físicos y/o psíquicos que se pueden tener en la tercera edad, artrosis, problemas cardiovasculares, respiratorios, demencia senil, etc. Así, señala que

determinadas personas pueden tener únicamente problemas físicos, psíquicos o ambos. Igualmente, expone que frente a estas posibles alteraciones que puedan sufrir las personas mayores, la actividad física actúa favorablemente, ya sea como prevención o mantenimiento.

No obstante, resulta importante reflejar que el ejercicio no sólo actúa en la prevención, tratamiento y recuperación de muchas de las afecciones que padecen las personas mayores, sino que también atenúa la acción de los radicales libres sobre las células y tejidos del organismo, de forma que el ejercicio reduce no sólo las consecuencias del envejecimiento sino que actúa sobre uno de sus fenómenos causales, la peroxidación (degradación oxidativa) (Romero, 2002).

No se debe olvidar que las disposiciones genéticas y los hábitos sedentarios provocan síntomas típicos del envejecimiento, tales como la marcha ineficaz, la fatiga y las caídas. Así, la marcha implica (Oña, 2002):

- En el plano biológico: falta de debilidad muscular (sarcopenia), debilidad ósea, rigidez articular y fatiga cardiorespiratoria.
- En el plano psicológico: mala percepción de obstáculos y estímulos significativos, tiempo de reacción retardado e inadecuado control postural.
- En cuanto al plano social: dependencia y pobreza de estímulos sociales.

Todo ello hace que las capacidades funcionales y motoras para la marcha (fuerza insuficiente, incapacidad de mantener el esfuerzo y movilidad articular limitada) sean pobres, provocando una ejecución de la marcha ineficaz, dependiente y con escaso control estimular y postural (Oña, 2002).

Por otra parte, Malbut-Shennan y Young (1991) señalan que en la tercera edad disminuyen la potencia aeróbica máxima, la fuerza muscular y la disminución de la fuerza explosiva, incluso con el envejecimiento saludable, observando además que los valores de estos parámetros son más bajos en mujeres que en hombres de la misma edad. Estos autores señalan que la disminución de la capacidad de resistencia aeróbica que acompaña al envejecimiento puede atribuirse a reducciones en la circulación central y periférica.

En este línea, las mediciones del gasto cardiaco y del flujo sanguíneo a las extremidades no son fáciles de realizar, por lo que los primeros estudios de los efectos del paso del tiempo sobre la fisiología de los ejercicios que exigen capacidad de

resistencia, examinaron que el consumo de oxígeno guarda una estrecha relación con el gasto cardíaco (Chirosa, Chirosa y Padial, 2000).

Asimismo, Malbut-Shennan y Young (1991) señalan que las mujeres se encuentran en peligro de cruzar los umbrales “funcionalmente importantes” mucho antes. No obstante, exponen que el ejercicio físico puede aumentar la potencia aeróbica máxima, la fuerza muscular y la fuerza explosiva en los hombres y mujeres mayores, y que estos aumentos pueden ayudar a la persona mayor a mantener su independencia durante más tiempo.

Por su parte, Thune y Furberg (2001) citan entre los beneficios de la práctica de ejercicio físico la mejora de la circulación, de la ventilación, del tiempo de tránsito intestinal, mejor balance energético y mejora de la función inmune. Además, señalan que posiblemente mejora la capacidad para llevar a cabo la reparación del ADN.

La actividad física previene el desarrollo de una serie de fenómenos nocivos asociados con el envejecimiento y genera un bienestar físico en los ancianos acompañado de la sensación de bienestar psico-intelectual. Además, mejorar el estado físico y romper con la inactividad física permite una indiscutible mejora de la calidad de vida en la mayoría de las personas (Blain, Vuillemin, Blain y Jeandel, 2000). Así, el ejercicio físico reduce el declive de la capacidad física a la vez que disminuye la incidencia de las enfermedades cardiovasculares al actuar sobre sus factores de riesgo, reduce la pérdida de hueso, mejora el equilibrio con lo que se aminora la incidencia de las caídas y las correspondientes fracturas, colabora al mantenimiento del equilibrio nutricional, conserva la masa magra y disminuye la grasa, mejora la resistencia a la insulina, y contribuye a la prevención de algunas neoplasias malignas como las del colon y mama. Por otra parte, ejerce un efecto beneficioso sobre la función psicológica al mejorar el rendimiento cognitivo y disminuye la depresión, tal y como se expondrá posteriormente de forma más detallada, aumenta la longevidad y retrasa las comorbilidades asociadas al envejecimiento, por lo que mejora la calidad de vida de las personas mayores. Al facilitar la integración social, la función cognitiva y la autonomía posee una importante relevancia en el tratamiento de los ancianos frágiles (Blain et al., 2000 y Marcos-Becerro, 2002).

Oña (2009) señala que el ejercicio físico parece mejorar todos los marcadores de longevidad, incluido el tiempo de reacción, colaborando en la estimulación de las funciones cognitivas y motoras manteniendo un envejecimiento sin deterioro o con

deterioro cognitivo controlado, debido a que mejora la memoria (coincidiendo con Radak et al., 2007), la atención, el razonamiento.

Asimismo, Romero (2002) cita entre los beneficios orgánicos más importantes del ejercicio físico para las personas mayores la mejora respiratoria, la mejora de la capacidad vital; el aumento del rendimiento del músculo cardíaco y de la circulación colateral del corazón; el aumento de la circulación periférica y la disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca; el aumento de la permeabilidad de la membrana para el intercambio gaseoso; la prevención de enfermedades coronarias y de arteroesclerosis y la facilitación de la eliminación de los productos de desecho procedentes del metabolismo muscular.

Llegados a este punto, y tras realizar una introducción general de los beneficios que pueden aportar la actividad física y el deporte a las personas mayores. A continuación, estos beneficios y muchos más van a ser tratados a continuación de forma más específica. Para ello, se seguirá el esquema presentado por Marcos-Becerro (2002) en una amplia revisión de estudios científicos a cerca de la acción favorable del ejercicio físico sobre el envejecimiento y las enfermedades que le acompañan. Con este fin, se expondrán los aspectos más relevantes de dicha revisión y se complementarán con otros estudios focalizados en el tema que nos ocupa.

En primer lugar, cabe destacar que los ancianos físicamente activos se benefician de las adaptaciones celulares originadas por el ejercicio desarrollando diferentes mecanismos endógenos que se adaptan rápidamente tras un periodo de actividad física (Marcos-Becerro, 2002). Además, este autor señala que las personas mayores que siguen entrenando con alguna intensidad la capacidad aeróbica, poseen una actividad de las enzimas oxidativas y una densidad capilar similar a las personas más jóvenes bien entrenadas, y superior a la de las personas sedentarias jóvenes o viejas.

Se debe aclarar que la acción de las especies oxígeno reactivas (EOR) disminuyen los sistemas defensivos celulares contra la oxidación y que durante el ejercicio físico se produce una lucha contra las EOR, ya que el músculo esquelético posee una serie de recursos muy activos, entre los que se hallan el aumento de la actividad de las enzimas antioxidantes, y la síntesis de las proteínas del shock térmico (Marcos-Becerro, 2002).

Atendiendo a los beneficios cardiovasculares, los individuos físicamente inactivos tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades coronarias que las personas que realizan actividad física de forma regular (Berlin y Colditz, 1990).

Asimismo, el entrenamiento saludable desemboca en la disminución de la mortalidad cardiovascular (Sagiv, 2002). Además, es conocido que el declive del volumen máximo de oxígeno (VO₂ máx) originado por el envejecimiento se debe a la disminución del gasto cardíaco (Q), a la diferencia arterio-venosa de O₂, o a ambas. A pesar de ello, se ha demostrado que las personas mayores, al igual que los jóvenes, pueden beneficiarse de las mejoras resultantes de la práctica de ejercicios de resistencia (Marcos-Becerro, 2002), tales como menor estrés de las paredes, y mayor ratio de las fases pasiva/activa, el aumento del volumen sistólico (VS), del llenado diastólico, el aumento del gasto cardíaco (Q), el aumento del volumen ventricular izquierdo debido a la hipertrofia del músculo cardíaco y el aumento del volumen máximo de oxígeno (VO₂máx), (Mazzeo et al., 1998; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Marcos-Becerro, 2002; Sagiv, 2002; Wilmore y Costil, 2004 y Gómez, 2005).

Además, Marcos-Becerro (2002), al exponer los posibles beneficios que puede producir el ejercicio en personas con afecciones del sistema cardiovascular, añade que los enfermos afectados por insuficiencia cardíaca poseen grandes limitaciones para realizar actividades debido a la aparición de disnea y fatiga general, y que los últimos estudios han demostrado que el entrenamiento aeróbico combinado con el de fuerza realizado entre 3 y 5 días por semana durante 40 minutos en pacientes con edades comprendidas entre los 30 y los 76 años mejoran la sintomatología clínica de estas enfermedades y la calidad de vida de las personas, sin mostrar efectos adversos. Asimismo, este autor señala que tras el infarto de miocardio o la revascularización coronaria en las personas mayores, la realización de ejercicio físico mejora la capacidad para el trabajo físico, el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa corporal, los lípidos del suero, y la calidad de vida de estas personas. En este sentido, Malbut-Shennan y Young (1991) indican que el ejercicio físico produce mejoras en la capacidad funcional diaria del paciente cardíaco de edad avanzada.

En relación a las proteínas del estrés, Marcos-Becerro (2002) expone que la literatura médica es rica en publicaciones en las que se demuestra que el ejercicio es capaz de inducir la síntesis de estas proteínas, y que el aumento producido por el ejercicio otorga defensa contra la isquemia-reperfusión, ya que la realización de ejercicio mejora el rendimiento contráctil del miocardio, favoreciendo de esta forma la protección adaptativa del corazón. Por otro lado, parece ser que cualquier tipo de ejercicio es capaz de aumentar la expresión de estas proteínas en el músculo.

En cuanto al sistema respiratorio, se ha demostrado que la eficiencia de la respiración mejora en las personas mayores que realizan ejercicio físico, estos cambios incluyen una reducción de los niveles de ácido láctico y aumento de la ventilación máxima (Sagiv, 2002).

Por otra parte, Chiroso, Chiroso y Padial (2000) haciendo referencia a los beneficios relacionados con el sistema nervioso, exponen que diversos estudios han demostrado que el envejecimiento va acompañado de cambios sustanciales en la capacidad del sistema nervioso, tanto para procesar información, como para activar los músculos.

En este sentido, Marcos-Becerro (2002) señala que se ha comprobado que el ejercicio posee efectos positivos sobre la función cerebral, tales como promover la plasticidad y aumentar el rendimiento del aprendizaje y la memoria, lo que puede ser debido al aumento de la expresión de varios factores neurotróficos, que son una serie de proteínas implicadas en la regulación y en el mantenimiento del sistema nervioso, coincidiendo en este sentido con los resultados de Radak, Kumagai, Taylor, Naito y Goto (2007). Entre dichos factores, el Factor Neurotrófico Central (FNC) ejerce sus efectos neuroprotectoras al mejorar la supervivencia de las neuronas en determinadas zonas del sistema nervioso. En este sentido, el autor señala que se ha demostrado que la actividad neuromuscular posee efectos específicos sobre el FNC, y que el ejercicio realizado de manera repetitiva aumenta la magnitud y la estabilidad de dichas respuestas, y que además en las personas con depresión se han encontrado niveles más altos de este factor (Marcos-Becerro, 2002). Todo ello puede explicar científicamente el valor protector de este tipo de enfermedades asociado comúnmente al ejercicio físico.

Strawbridge, et al. (2002) señalan que varios mecanismos han sido propuestos para explicar que la actividad física puede reducir la incidencia de la depresión, aunque las investigaciones hasta la fecha no son definitivas. No obstante, estos autores indican que varios estudios incluyen un aumento de los niveles de dos tipos de neurotransmisores cerebrales después de la realización de ejercicio físico, las monoaminas y las endorfinas.

Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Tuesca-Molina et al. (2003) en un estudio realizado con personas mayores en Colombia, el cual concluyó que la participación de los mayores en grupos de socialización (entre los que consideran la actividad física) disminuye el riesgo de padecer depresión, utilizando para demostrar

estos resultados el test de Hamilton y los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Asimismo, Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson y Rockwood (2001) en un estudio realizado con personas canadienses mayores de 65 años, tras comparar a personas que realizaban algún tipo de ejercicio con las que no lo practicaban, concluyen que la actividad física se asocia con un menor riesgo de deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer y demencia de cualquier tipo. Además, se observaron tendencias significativas para una mayor protección con una mayor actividad física.

Estos autores, coinciden en este sentido con Radak et al. (2007), quienes señalan que el ejercicio físico realizado de forma regular puede desempeñar un importante papel preventivo y terapéutico en los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades de Alzheimer y Parkinson.

Por otra parte, Thune y Furberg (2001) realizaron una amplia revisión de estudios científicos sobre los efectos del ejercicio físico en los diferentes tipos de cáncer hasta el año 2000. Estas autoras apuntan que durante la última década los investigadores, alentados por los resultados de los estudios en animales, han relacionado la actividad física con el riesgo de padecer cáncer humano. Asimismo, exponen que incluso un pequeño efecto protector de la actividad física sobre el riesgo de padecer cáncer puede ser de considerable importancia, tanto para la salud pública, como para el envejecimiento de la población. Así, en el gráfico 14 se puede apreciar la relación que las autoras tratan de encontrar entre la dosis de actividad física (tipo, duración, intensidad y frecuencia) y los diferentes parámetros que podrían verse sensiblemente mejorados a través de su práctica, contribuyendo a prevenir diferentes tipos de cáncer.

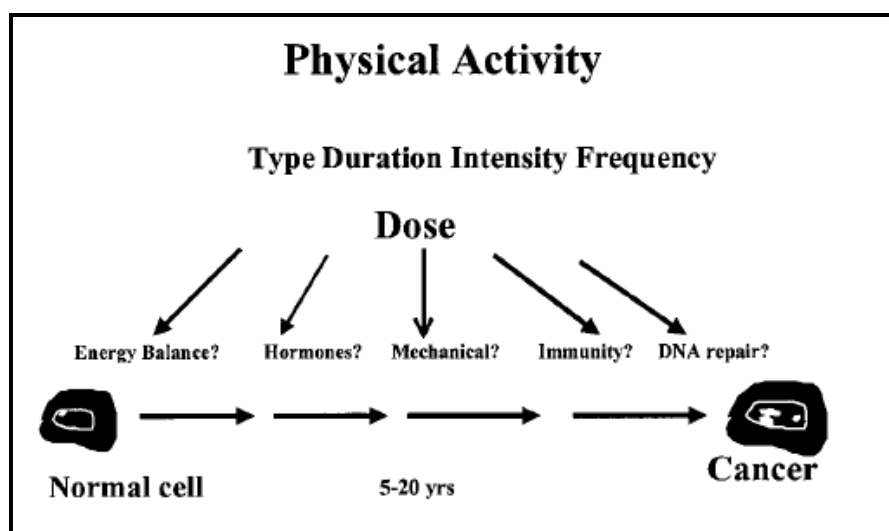


Gráfico 14. Hipótesis de la influencia de la dosis de actividad física (tipo, duración, intensidad, frecuencia) sobre los posibles mecanismos biológicos que operan en el desarrollo del cáncer (Thune y Furberg, 2001, p. S530)

Así, Thune y Furberg (2001), atendiendo al cáncer de colon y recto concluyen que en la mayoría de los estudios analizados (35 de 48) se observa un significativo efecto protector independiente estimado entre el 10 y el 70%, ya sea con la actividad física ocupacional (OPA) o con la actividad física de tiempo libre (LPA), o ambas combinadas. Además, señalan que cuando se incluyen estudios con más de 100 casos la intensidad del ejercicio varió entre moderada e intensa. Estas observaciones se muestran tanto para hombres como para mujeres, con una relación algo más fuerte dosis-respuesta para los hombres. Aquellas personas que aseguraban haber realizado actividades con gastos de energía superiores a las 1000 kcal semanales en actividades vigorosas por lo menos tres periodos a lo largo de su vida, tenían una reducción en el riesgo a padecer el cáncer de colon del 40%. Además, los hombres muy activos tenían la mitad el riesgo de desarrollar cáncer de colon en relación a los hombres inactivos. Estos datos fueron corroborados con otro de los estudios analizados que concluyó que la práctica de actividad física semanal (21 MET/semana) estaba asociada a una reducción del 50% en el riesgo de cáncer de colon. Asimismo, las autoras exponen que para reducir el riesgo a padecer el cáncer de colon se necesitan realizar como mínimo 3 horas de ejercicio intenso a la semana o 4 de ejercicio moderado, en las mujeres de mediana edad. Del mismo modo, parece ser que el ejercicio realizado de forma continua es más eficaz que

el esporádico. No obstante, no se observaron resultados tan concluyentes en el efecto preventivo del ejercicio sobre el cáncer de recto.

En relación al cáncer de mama, endometrio y ovario, Thune y Furberg (2001) explican que las hormonas sexuales (estradiol y progesterona) están fuertemente implicadas en la etiología del cáncer de mama y de endometrio y posiblemente también en el cáncer de ovario, y que dado que la actividad física puede modular su producción, el metabolismo y la excreción de estas hormonas, la protección contra estos tipos de cáncer por medio de la actividad física es biológicamente plausible. Del estudio de 26 trabajos analizados, que incluyen 108.031 casos de cáncer de mama, deducen que la actividad física está asociada a una disminución del 30% en el riesgo a padecer cáncer de mama, en las mujeres pre, peri o postmenopáusicas. Parece ser que 4 horas semanales de actividad física moderada o una actividad más intensa realizada de forma continua son suficientes para que se produzca el efecto protector, aunque cabe señalar que los resultados obtenidos son menos concluyentes que los de cáncer de colon. En lo que respecta al cáncer de endometrio en 8 de 12 estudios (realizados en Europa, America Central y Asia) que trataban este tipo de tumor encontraron una relación favorable de la actividad física al disminuir el riesgo entre el 20 y el 80%. La actividad más efectiva parece ser la actividad física de tiempo libre que disminuye el riesgo hasta el 80%, mientras que la actividad física ocasional sólo parece ser efectiva entre las mujeres de 50-69 años. Solamente 4 estudios tratan la actividad física y el cáncer de ovario. En uno de ellos el riesgo aumentó con el ejercicio, probablemente por la alta intensidad de la actividad física, mientras que en los demás disminuyó, pero sin demostrarse una relación dosis-respuesta.

Atendiendo al cáncer de próstata y testículo, Thune y Furberg (2001) señalan que la actividad física podría proteger contra el desarrollo de estos dos tipos de cáncer. Además, obtienen que de 28 estudios, con 22.521 pacientes de cáncer de próstata, 14 demostraron que la actividad física (entre 1000 y 3000 kcal semanales) disminuye el riesgo de cáncer de próstata entre el 10% y el 70%. No obstante, los resultados en relación al cáncer de testículo no son tan concluyentes.

Siguiendo la revisión de estos autores, se observa que otro de los beneficios de la actividad física se puede obtener debido a su efecto protector contra el cáncer de pulmón, ya que ésta mejora la ventilación y la perfusión, que a su vez reduce tanto la concentración de agentes cancerígenos en las vías respiratorias como la duración de la interacción con el agente en la vía aérea (Thune y Furberg, 2001). Asimismo, estos

autores añaden que se disminuye entre un 20% y un 60% el riesgo de padecer un cáncer de pulmón, aunque la actividad física realizada debe ser moderada (4 horas semanales, más de 4.5 METs) y no ligera. Además, la reducción del riesgo de padecer este cáncer es independiente de otros agentes tumorales, como puede ser el tabaco.

Por otra parte, hasta la fecha no se han demostrado resultados convincentes de que el ejercicio disminuya el riesgo de padecer cáncer de riñón, vejiga, estómago, ni contra el melanoma maligno, los tumores cerebrales, linfáticos o hematopoyéticos (Thune y Furberg, 2001 y Marcos-Becerro, 2002).

En cuanto al sistema metabólico, cabe destacar que se ha demostrado que en personas mayores que realizan ejercicio físico aumenta la capacidad para oxidar piruvato, ácidos grasos y cetonas, mejora de la capacidad de oxidación mitocondrial de los equivalentes reductores generados en el citoplasma durante la glucólisis. Asimismo, el aumento de la capacidad respiratoria muscular.

Atendiendo al efecto preventivo del ejercicio físico sobre las alteraciones metabólicas, en primer lugar, se expondrán las conclusiones más relevantes obtenidas por Lemmens et al. (2008) sobre el efecto protector del ejercicio sobre la obesidad en personas adultas. Cabe destacar que estos autores realizaron una revisión sistemática en Pubmed, OVID, y Web of Science databases desde 1996 hasta 2006. Así, señalan que debido a la creciente prevalencia de la obesidad en la sociedad actual, ésta será el principal factor de riesgo evitable en el futuro. Además, afirman que la prevención de la ganancia de peso graso, el mantenimiento de un peso saludable o la pérdida de peso moderada en personas con sobrepeso es, probablemente, más fácil, menos costosa y potencialmente más efectiva que el tratamiento de la obesidad después de que se ha desarrollado completamente. En este sentido, obtuvieron resultados positivos en relación a la prevención de la obesidad a través de la actividad física, siempre y cuando la intervención sea mantenida en el tiempo. Especialmente significativos fueron los resultados en relación a la prevención de la obesidad en mujeres con alto riesgo de padecerla debido a una predisposición familiar. DiPietro (1999) añade que aunque la pérdida de peso conseguida con el ejercicio no es muy elevada, a largo plazo la actividad física ejerce una función más importante que la dieta en la prevención de la obesidad.

Debido a los efectos perjudiciales que esta enfermedad presenta hacia la salud de las personas mayores, resulta importante prevenirla, ya que tal y como señala Marcos-Becerro (2002), reducciones de peso tan pequeñas, con valores entre el 5% y el 10%,

producen efectos beneficiosos sobre la tolerancia a la glucosa, la hiperlipidemia y la hipertensión en los obesos adultos.

Mazzeo et al. (ACSM) (1998) destacan el papel protector de la actividad física frente a la acumulación de grasa corporal en las personas mayores, en beneficio de la acumulación de masa muscular.

En este sentido, Blair y Brodney (1999) realizaron otra revisión sobre estudios prospectivos relacionados con la obesidad y la actividad física, tras la cual concluyeron que la actividad física regular atenúa muchos de los riesgos de salud asociados con el sobrepeso y la obesidad; que la actividad física realizada por individuos obesos disminuye la morbilidad y mortalidad en estas personas, siendo éstas menores que en individuos de peso normal sedentarios; y que la inactividad y la capacidad cardiorrespiratoria baja son tan importantes como el sobrepeso y la obesidad como preeditores de la mortalidad.

Otra de las alteraciones del metabolismo que se pueden prevenir a través del ejercicio físico es la diabetes. Pan et al. (1997) realizaron un estudio con 110.660 hombres y mujeres de 33 clínicas de atención médica en la ciudad de Da Qing, China, y demostraron que tanto la dieta como el ejercicio físico y ambos combinados conducen a una disminución significativa en la incidencia de la diabetes entre las personas con intolerancia a la glucosa. Estos autores coinciden con Marcos-Becerro (2002), quien señala que los trabajos prospectivos sugieren que el aumento de la actividad física previene o al menos retrasa la aparición de la diabetes del tipo 2 en los adultos.

En cuanto al sistema endocrino, es sabido que tiene una importante participación durante la realización de ejercicio físico, ya que mediante la producción de diversas hormonas participa en la coordinación y mantenimiento del funcionamiento conjunto del metabolismo, el sistema neuromuscular y el sistema transportador de oxígeno (Ortega, 1992). Así, numerosos estudios han mostrado que el ejercicio físico modifica la respuesta fisiológica al estrés, ya que se produce un incremento de la actividad suprarrenal inducido por la práctica regular de ejercicio físico, aumenta las reservas de esteroides disponibles para contrarrestar el estrés, colaborando además con la salud mental (Salvador et al., 1995).

Por su parte, López de la Torre (2003) señala que el planteamiento de un tratamiento hormonal a partir de cierta edad ha venido siendo motivo de debate en los últimos años, y no se han subrayado suficientemente las ventajas derivadas de hábitos de vida saludables, entre los que destaca el ejercicio físico, que aumenta la secreción de

GH (hormona de crecimiento), así como la expresión del IGF-I (factor de crecimiento de tipo insulina tipo I) a nivel muscular, demostrando conseguir en el anciano sano un aumento de fuerza, actividad y bienestar tan bueno o mejor que cualquier tratamiento hormonal y a un coste mucho menor. Estos datos son reforzados por varios estudios realizados al respecto, a través de los cuales se ha comprobado que además de segregarse mayor cantidad de las hormonas citadas anteriormente, a través del ejercicio físico también se produce un aumento de otras hormonas importantes, como la DHEA (precursor de los andrógenos y estrógenos, conocida vulgarmente por hormona de la juventud) y un aumento de la masa magra en las personas mayores (Tissandier, Péres, Fiet y Piette, 2001 y Holt, Webb, Pentecost, y Sönksen, 2001).

Resulta especialmente importante este aspecto al estudiar a las personas mayores, ya que tal y como señalan Holt et al. (2001), con el aumento de la edad disminuye la secreción de determinadas hormonas, como las citadas anteriormente, aspecto que se puede paliar teniendo una buena condición física y realizando ejercicio físico de forma regular.

Asimismo, las modificaciones neuroendocrinas ligadas a la edad desempeñan una importante función en la regulación de la función inmunitaria (Thune y Furberg, 2001), tanto durante el reposo como en respuesta al estrés de una simple tanda de ejercicios, lo que hace diferente la respuesta de los mayores al ejercicio agudo y crónico (Marcos-Becerro, 2002).

Por otra parte, la realización de ejercicio físico regular también ha demostrado aumentar la secreción de hormonas relacionadas con el bienestar psicológico, entre ellas el cortisol y una de las hormonas androgénicas, la testosterona (Salvador et al., 1995). Estos autores señalan que la práctica deportiva moderada favorece el bienestar psicológico de forma duradera, al menos, durante el periodo de tiempo en que las personas son físicamente activas. Asimismo, especifican que las personas que realizan actividad deportiva presentan niveles más bajos de ansiedad y mejor estado de ánimo.

En este sentido, Blasco, Capdevila y Cruz, (1994) al explicar los beneficios psicológicos del ejercicio físico señalan, entre otros, la disminución de la ansiedad, la superación de situaciones de estrés, el aumento de la autoestima (coincidiendo con Stewart et al., 1994 y Strawbridge et al., 2002 en estudios realizados con personas mayores), la disminución de síntomas depresivos, la preservación de las capacidades cognitivas en individuos ancianos y la prevención de la demencia (Krejza, 2009).

Con respecto a la relación entre la testosterona y las variables psicológicas, los resultados sugieren un papel de esta hormona como indicador de salud mental, ya que está relacionada negativamente con los indicadores de malestar psicológico (ansiedad y estados de ánimo negativos). Respecto al aumento del cortisol, los autores señalan que resulta de una adaptación del organismo al entrenamiento que permite afrontar mejor el estrés producido por éste, aumentando sus reservas hormonales (Salvador et al., 1995).

En esta línea, Plante y Rodin (1990) concluyeron que el ejercicio físico moderado mejora el estado de ánimo, reduce la ansiedad, la depresión (coincidiendo con los resultados del estudio realizado por Strawbridge, et al. (2002) con personas mayores y con lo expuesto por Mazzeo et al. (1998) y el estrés, y Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton y McPherson (1990) señalaron que existe un consenso en cuanto a que el ejercicio físico continuado está asociado con niveles de la ansiedad y tensión muscular inferiores a la media.

Allmer (2003) señala que otro de los factores que hay que tener en cuenta es la modificación de la autoestima, que se debe eliminar con la actividad física y el deporte, mediante el cual se debe buscar la confirmación y el reconocimiento. No se trata únicamente del reconocimiento de los otros y de alcanzar un mejor estado físico, sino del hecho de que se pueden demostrar a sí mismos que aún pueden hacer algo que antes no se creían capaces de poder realizar.

En este sentido Castañeda, Campos y Garrido (2009) señalan que las personas mayores aumentan su calidad de vida debido a dos factores: su salud percibida y su bienestar psicológico, a su vez influenciado por un componente cognitivo (satisfacción con la vida) y emocional (estado de ánimo), formando el plano psico-afectivo-social. Además, estas autoras inciden en que el aumento de la independencia motriz de los ancianos a través de la actividad física bien orientada les permite reducir el aislamiento social, el abandono y la depresión entre otras cosas.

El ejercicio y el deporte pueden producir unos efectos que van más allá del plano medicinal y provocar, a través de la práctica de esa actividad, procesos psíquicos y psicosociales (Pühse, 2003). Así, este mismo autor señala que el deporte estimula la circulación y el metabolismo, cambia las sensaciones corporales, hace consciente de la propia musculatura y señala que un agradable cansancio después de una caminata puede propiciar un buen sueño. Por ello, se obtienen beneficios relacionados con los procesos biológicos endógenos, y por tanto, con procesos psicosociales.

Además, tal y como señala García (2007) la actividad física y deportiva fomenta el compañerismo entre las personas mayores, debido al sentimiento de pertenecer a un grupo. Al respecto, Merino (2007) añade que mejoran las relaciones sociales.

Estas experiencias provocadas por procesos fisiológicos y psicológicos pueden tener repercusiones en la sensibilidad y el autoconcepto de la autoestima; determinan un aumento de la autoestima y del bienestar y contribuyen a que se envejezca de una manera más activa, más sana y más a gusto consigo mismo (Pühse, 2003).

Todos los datos aquí presentados podrían explicar los beneficios psico-afectivos y sociales del ejercicio físico y el deporte para las personas mayores. Por ello, el ejercicio físico debería estar indicado no sólo a nivel terapéutico para mejorar la salud mental en la tercera edad, sino que además debería prescribirse como elemento preventivo con el objetivo de preservar ésta. Este aspecto resulta especialmente importante al analizar los datos presentados por Pühse (2003), quien expone los resultados obtenidos por Denk y Pache (1992), en cuyo estudio se obtiene que el 64.9% de las personas afirman que realizarían actividad física o deporte por prescripción médica, aunque alrededor de la mitad de las personas mayores entrevistadas reconocía que un buen estado general (55%) y buenas capacidades de rendimiento corporal (43.3%) pueden relacionarse con la práctica de actividad física, lo que demuestra que muchas personas necesitan sentirse “obligadas” por prescripción médica.

A continuación, se tratarán de abordar, de forma general, las modificaciones que se producen sobre el sistema músculo-esquelético con la edad, así como el beneficio que puede reportar al respecto la práctica físico-deportiva. Resulta importante señalar que tal y como apunta la OMS (2002), las causas de discapacidad en la vejez son similares en mujeres y hombres, aunque las mujeres suelen referir problemas músculo-esqueléticos con más frecuencia.

Los miembros del National Institutes of Health (2001) señalan que las personas mayores que se quedan inactivas pierden terreno en cuatro áreas importantes para mantenerse sanos e independientes: la resistencia, la fuerza, el equilibrio, y la flexibilidad. Aunque sus investigaciones determinan que a través del ejercicio éstas se pueden restaurar o mantener, coincidiendo con las aportaciones de Mazzeo et al. (1998) en un documento elaborado por la ACSM manifiestan que incrementar la densidad ósea, la masa muscular y por consiguiente la fuerza en personas mayores podría ser una manera importante de aumentar la independencia funcional.

Por su parte, Romero (2002) afirma que, siguiendo lo expuesto en el presente apartado, el ejercicio es un potente activador de algunos de los sistemas del organismo, pero, en especial, del sistema músculo esquelético. Así, argumenta que junto a la involución, la disminución de la movilidad origina la atrofia muscular, aspecto que conlleva a la pérdida de fuerza, disminución de la masa ósea y el aumento de la tendencia a sufrir caídas y padecer fracturas, que a veces conducen a la invalidez permanente y otras incluso al “desenlace fatal”, aunque a través del ejercicio, y especialmente el de fuerza, se pueden prevenir muchos de estos problemas.

Asimismo, tal como señala Marcos-Becerro (2002) otro de los beneficios que se asocian al ejercicio físico en relación a la vejez es su efecto protector contra la atrofia muscular asociada al proceso de envejecimiento.

Por otra parte, este mismo autor expone que el aumento del volumen de los músculos sometidos al entrenamiento de fuerza se produce primordialmente mediante la hipertrofia de sus fibras y que el ejercicio aeróbico mejora la resistencia muscular y ejerce un efecto favorable sobre el envejecimiento de este tejido.

Asimismo, el ejercicio físico puede prevenir dolores de espalda, especialmente del raquis lumbar siempre y cuando sea realizado correctamente, ya que en caso contrario puede empeorar dichos dolores (Marcos-Becerro, 2002 y López-Miñarro, 2008). Además, estos autores señalan que, en todo caso, lo que está claro es que una de las causas del dolor lumbar es la inactividad y que a través del ejercicio éste se puede mitigar.

Entre los beneficios más destacados a nivel músculo-articular, Romero (2002) señala los siguientes:

- Mantenimiento de la fuerza muscular y, en un porcentaje muy elevado, de las potencialidades de la edad que corresponda.
- Retención del proceso de endurecimiento de los componentes elásticos del músculo.
- Mantenimiento y aumento de los recorridos articulares.
- Aumento de las reservas energéticas propias de músculo.
- Mejora de la actividad postural.
- Mayor capacidad de excitación muscular ante los estímulos nerviosos.

Por otra parte, se debe mostrar especial atención a una de las patologías más proclives en la tercera edad, la osteoporosis, ya que es una de las enfermedades más características en las personas mayores, sobre todo en mujeres post-menopausias donde el riesgo de padecerla es mucho mayor que en los hombres (Chirosa, Chirosa y Padial, 2000). Asimismo, Medina (2003) expone, en relación a la densidad mineral total a lo largo de la vida del adulto, que el hombre pierde alrededor de un 15% y la mujer un 30% de ésta. Asimismo, señala que la pérdida no avanza de forma regular, ya que la pérdida de densidad al principio es lenta, comenzando alrededor de los treinta y nueve años, y luego se va acelerando, y que las mujeres llegan a adquirir una capacidad de pérdida del doble que los hombres. Además, este autor añade que existen pruebas de que la degeneración se frena a los setenta años.

En este sentido, Chirosa, Chirosa y Padial (2000) afirman que se han hecho algunos estudios bastante alentadores, donde se ha mostrado que el ejercicio puede ser un medio útil en la lucha contra la pérdida de masa ósea, especialmente ejercicios que impliquen soportar el peso del cuerpo, como andar o correr y los ejercicios de fuerza (Wark, 1996 y Marcos-Becerro, 2000). Tal y como demostró Wark (1996) el ejercicio físico mejora el porcentaje de densidad ósea y por tanto es un factor preventivo de fracturas. Así, Nelson et al. (2007) exponen que una persona con esta enfermedad podría comenzar con la realización de ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular y actividades de equilibrio, pero hacen hincapié en actividades que impliquen carga de peso y actividades de alto impacto como saltar, en la medida en que la persona las tolere. Además, se ha demostrado que el uso de determinadas nuevas tendencias de la actividad física y del deporte, como es el caso del trabajo con máquinas vibratorias, colabora en la prevención y/o mejora de la osteoporosis (Santin-Medeiros y Garatachea, 2010).

En este sentido, Pühse (2003) expone que dentro de las formas de ejercicio que aún se practican en la edad avanzada, el paseo y el andar tienen un alto valor, coincidiendo con las recomendaciones de Romero (2002), quien señala que se debe andar de 30 a 60 minutos diarios, si bien dependiendo de la edad, del grado de preparación, de los objetivos que se persigan, etc.

Por último, y para finalizar el presente apartado se expondrán varios cuadros con el objetivo de resumir los beneficios que las personas mayores pueden obtener de la práctica de actividad física y deporte en los diferentes planos y sistemas humanos (Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5 y Tabla 6).

Tabla 3. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas metabólico, cardiovascular y respiratorio en las personas mayores

Plano Biológico	Sistema metabólico	<p>Prevención de diabetes; obesidad y colesterol alto, mejora el balance energético; la masa magra; el índice de masa corporal; el porcentaje de grasa corporal; los lípidos del suero; la síntesis de proteínas del estrés; la capacidad de oxidación mitocondrial de los equivalentes reductores generados en el citoplasma durante la glucólisis y la capacidad respiratoria muscular disminución de la peroxidación, aumento de la permeabilidad de la membrana para el intercambio gaseoso; de la actividad de las enzimas antioxidantes; de la síntesis de las proteínas del shock térmico y la capacidad para oxidar piruvato, ácidos grasos y cetonas, facilitación de la eliminación de los productos de desecho procedentes del metabolismo muscular; de la tolerancia a la glucosa y la hiperlipidemia, actividad de las enzimas oxidativas similar a las personas más jóvenes bien entrenadas, y superior a la de las personas sedentarias jóvenes o viejas.</p>
		<p>(Rodríguez, 1995; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair y Brodneý, 1999; DiPietro, 1999; Blain et al., 2000; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Strawbridge et al., 2002; Sagiv, 2002; Romero, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Pühse, 2003; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Nelson et al., 2007; Lemmens et al., 2008 y Castillo, 2007, 2009)</p>
	Sistemas Cardiovascular y Respiratorio	<p>Disminución de la mortalidad cardiovascular; de la fatiga cardíaca; del estrés de las paredes cardíacas; de enfermedades cardiovasculares (prevención de enfermedades coronarias, isquemia-reperfusión y arteroesclerosis); de la frecuencia cardíaca (en reposo y submáxima); de la presión arterial y de la fatiga respiratoria aumento del ratio de las fases activa/pasiva; de la potencia aeróbica máxima; de la resistencia aeróbica; del rendimiento del músculo cardíaco; de la circulación colateral del corazón; de la circulación periférica; del volumen sistólico (VS); del llenado diastólico; del gasto cardíaco (Q); del volumen ventricular izquierdo debido a la hipertrofia del músculo cardíaco; del volumen máximo de oxígeno (VO₂máx) y la ventilación máxima, mejora de la circulación; densidad capilar similar a las personas más jóvenes bien entrenadas, y superior a la de las personas sedentarias jóvenes o viejas; de la capacidad para el trabajo físico; de la capacidad funcional diaria del paciente cardíaco de edad avanzada; del rendimiento contráctil del miocardio; de la ventilación y la perfusión y la eficiencia de la respiración.</p>
		<p>(Berlin y Colditz, 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Rodríguez, 1995; Mazzeo et al., 1998; Blain et al., 2000; Chiroso, Chiroso y Padiál, 2000; Thune y Furberg, 2001; Oña, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Romero, 2002; Sagiv, 2002; Pühse, 2003; Wilmore y Costil, 2004; Gómez, 2005; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Nelson et al., 2007 y Castillo, 2007, 2009)</p>

Tabla 4. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas músculo-esquelético y nervioso en las personas mayores

Plano Biológico	Sistema Músculo-esquelético	<p>Prevención de artrosis; artritis; dolores de espalda; osteoporosis; fracturas y dolor, aumento de la fuerza y resistencia muscular; de la fuerza explosiva; de la densidad ósea; de la movilidad articular; de las reservas energéticas propias de músculo y de la capacidad de excitación del músculo, mejora de la actividad postural, disminución de la pérdida de hueso; de la tensión muscular; de la atrofia muscular; de la tendendencia a tener caídas, retención del proceso de endurecimiento de los componentes elásticos del músculo</p>
		<p>(Bouchard et al., 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Rodríguez, 1995; Wark, 1996; Mazzeo et al., 1998; Blain et al., 2000; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; National Institutes of Health, 2001; Oña, 2002; OMS, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Romero, 2002; Sagiv, 2002; López de la Torre, 2003; Pühse, 2003; Medina, 2003; Pont, 2008; López-Miñarro, 2008; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Nelson et al., 2007; Castillo, 2007, 2009; Párraga, 2009 y Santin-Medeiros y Garatachea, 2010)</p>
	Sistema Nervioso	<p>Prevención de demencia senil, aumento del equilibrio (menos caídas); de la transmisión de estímulos nerviosos y de los neurotransmisores cerebrales (monoaminas y endorfinas) factores neurotróficos FNC, mejora el procesamiento de la información y la activación neuromuscular; la función cerebral, promoviendo la plasticidad y aumentando el rendimiento del aprendizaje y la memoria y la supervivencia de las neuronas</p>
		<p>(Mazzeo et al., 1998; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Blain et al., 2000; Marcos-Becerro, 2002; Strawbridge, et al., 2002; Romero, 2002; Pont, 2008 y Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007 y Castillo, 2007, 2009)</p>

Tabla 5. Beneficios de la actividad física y el deporte para los sistemas endocrino, inmunológico y digestivo y en la prevención de cáncer en las personas mayores

Plano Biológico	Sistema endocrino	Regulación de hormonas sexuales (estradiol y progesterona), producción de diversas hormonas participando en la coordinación y mantenimiento del funcionamiento conjunto del metabolismo, el sistema neuromuscular y el sistema transportador de oxígeno, incremento de la actividad suprarrenal aumentando las reservas de esteroides disponibles para contrarrestar el estrés; de la secreción de GH (hormona de crecimiento) y IGF-I (factor de crecimiento de tipo insulina tipo I) a nivel muscular y de la DHEA (precursor de los andrógenos y estrógenos)
		(Ortega, 1992; Salvador et al., 1995; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Holt et al., 2001 y López de la Torre, 2003)
	Sistema inmunológico	Mejora de la función inmune
		(Thune y Furberg, 2001; Marcos-Becerro, 2002; Oña, 2002; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005 y Castillo, 2007, 2009)
	Sistema digestivo	Mejora del tránsito intestinal y previene el estreñimiento
		(Thune y Furberg, 2001 y Nelson et al., 2007)
	Cáncer	Prevención de cáncer de colon; recto; mama; endometrio; ovario; próstata; testículo (datos no muy concluyentes) y pulmón (3 horas de ejercicio intenso a la semana o 4 de ejercicio moderado)
		(Blain et al., 2000; Thune y Furberg, 2001; Marcos-Becerro, 2002; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Nelson et al., 2007 y Castillo, 2007, 2009)

Tabla 6. Beneficios de la actividad física y el deporte en el plano psico-afectivo-social en las personas mayores

Plano Psico-afectivo-social	<p>Prevención y terapia de la depresión; enfermedad de Alzheimer y demencia de cualquier tipo y Parkinson, aumento de la salud mental; de la autoestima; de la autoeficacia; de la percepción de obstáculos y estímulos significativos; percepción del esfuerzo; del control postural; del bienestar psico-intelectual; del estado de ánimo; de la sociabilidad; del bienestar; de la comunicación; del compañerismo; de la independencia; de la autonomía y de la integración social, disminución del tiempo de reacción, mejora del rendimiento cognitivo; de la memoria; de la atención; del razonamiento; de la ansiedad; del estrés; del autoconcepto; de la sensación exteroceptiva y propioceptiva; del sueño y de la calidad de vida.</p>
	<p>(Bouchard et al., 1990; Plante y Rodin, 1990; Blasco, Capdevila y Cruz, 1994; Stewart et al., 1994; Rodríguez, 1995; Salvador et al., 1995; Mazzeo et al., 1998; Blain et al., 2000; Laurin, et al., 2001; Strawbridge et al., 2002; Oña, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Tuesca-Molina et al., 2003; López de la Torre, 2003; Allmer, 2003; Pühse, 2003; Taylor et al. 2004; Soler, 2006; García, 2007; Radak et al., 2007; Krejza, 2009; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Castillo, 2007, 2009; Merino, 2007; Nelson et al., 2007; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Oña, 2009; Speck et al., 2009; González, 2010; Paxton, Motl, Aylward y Nigg, 2010; Musanti, 2011 y Rey, Canales y Táboas, 2011)</p>

2.3.2. Salud y actividad física en las personas mayores

2.3.2.1. Conceptualización de la salud en las personas mayores

Según la OMS (2001), la salud de un individuo depende en un 15% del medio ambiente, en un 15% de la herencia genética, en un 15% del servicio de salud y en un 55% de su estilo de vida. Ello evidencia la importancia y la necesidad de intervenir desde edades tempranas a través de programas de actividad física y deporte para inculcar este hábito en el estilo de vida de todas las personas.

Asimismo, esta misma organización definió en 1948 la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia enfermedad (Pardo, 1997; Oña, 2002 y Schwartzmann, 2003).

Por su parte la RAE (2011) la define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Siguiendo la clasificación expuesta por Romero (2002), varios autores definen el concepto de salud, teniendo en cuenta todos ellos las diferentes ciencias que interactúan en este concepto, y otorgando especial importancia a la funcionalidad y a la actividad física:

- Arnold (1988): factor multidimensional que engloba aspectos físicos, sociales, intelectuales, emocionales y espirituales que estructuran nuestra personalidad.
- Perea, en 1992: conjunto de condiciones y calidad de vida que permite a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno.
- Corbella (1993): manera de vivir cada vez más autónoma, más solidaria y más gozosa.
- Rodríguez-Martín, en 1995: proceso por el que el hombre desarrolla al máximo sus capacidades, tendiendo a la plenitud de su autorrealización personal y social.
- Shepart, en 1995: condición humana con una dimensión física, social y psicológica, caracterizada por poseer un polo positivo y negativo. La salud positiva se asocia con una capacidad de disfrutar de la vida y resistir desafíos; no está asociada a la ausencia de enfermedad. La salud negativa se asocia con la mortalidad y, en extremo, con la mortalidad prematura.
- Petlenko y Davidenko (1988), realizaron una cuantificación de los factores que inciden en la salud, afirman que en ella el estilo de vida influye un 50%, el medio externo un 20-25%, la genética un 15-20%, y el sistema de atención sanitaria un 10%; aunque estos porcentajes van a depender de la enfermedad de que se trate.

Este mismo autor (Romero, 2002) expone que en España, uno de los problemas es el alto porcentaje de personas mayores de 65 años, que ronda en torno al 15% del total, de las cuales el 41% se encuentra afectada por algún tipo de enfermedad crónica de tipo cardiocirculatoria, hipertensión, falta de riego etc. Además, explica que el 45% de las personas mayores de 50 años que fallecen lo hacen por problemas de tipo arteroesclerótico, con especial referencia al infarto de miocardio y cerebral, y que el 35% de los ancianos están aquejados de lesiones osteoarticulares, con especial incidencia en las de tipo degenerativo. Asimismo, expone que un 14% sufre problemas de tipo respiratorio, digestivo o nervioso; y un 10% es el porcentaje de los que padecen

algún tipo de alteración crónica metabólica. Abordando a la persona en su conjunto, este autor señala que a todos estos problemas se unen otros, como son los afectivos (la soledad y el olvido), los de tipo económico o los de asistencia médica. En todo este ámbito de actuación (salud, estilo de vida y envejecimiento), las administraciones públicas nacionales e internacionales son responsables de desarrollar políticas públicas en la promoción de la salud; también, por supuesto, aquellas entidades más próximas al ciudadano, como los municipios, están obligadas a plantear políticas de acción directa sobre las personas (Romero, 2002). En este sentido, no debemos olvidar que la Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, entre otros aspectos.

En la misma línea de lo expuesto anteriormente, se debe tener en cuenta que tal y como señala el Equipo Portal Mayores (2009) ha habido un aumento de la morbilidad hospitalaria entre las personas de la tercera edad en los últimos lustros; varón de 65 ó más años es el perfil más frecuente en hospitales, suponiendo éstos el 38% de todas las altas hospitalarias. Además, éstos son asiduos en los hospitales y con estancias más largas, cifra creciente en los últimos años; casi el 50% de las estancias causadas en hospitales se debe a población mayor; la principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer es la segunda causa de muerte, y en tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias, además, destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros.

Un dato muy importante, y que debe ser tenido en cuenta por las administraciones, los profesionales y por las propias personas mayores es que, tal y como señala el National Institutes of Health (2001), estudios científicos han determinado que la segunda causa de muerte en Estados Unidos en 1990 fue por la ausencia de práctica de ejercicio físico y una pobre dieta (la primera fue fumar).

Tal y como señalan Blasco, Capdevila y Cruz (1994), en concordancia con lo expuesto en el apartado anterior, los profesionales de la salud están de acuerdo en que la persona que realiza regularmente actividad física (caminar, subir escaleras, tareas de jardinería, etc.) o ejercicio (correr, actividades dirigidas en gimnasios, etc.) se beneficia de una menor probabilidad de contraer ciertas enfermedades, a la vez que puede disfrutar de mayores sensaciones de bienestar. Además, explican que la actividad física regular constituye uno de los principales comportamientos implicados en la salud, pero que sólo una pequeña parte de la población (20% en Estados Unidos y Canadá) realiza

el ejercicio físico con la intensidad y frecuencia recomendadas para prevenir trastornos cardiovasculares.

En este sentido, Blair, Cheng y Holder (2001) y Párraga (2009) ponen de manifiesto que existe una clara evidencia científica de que existe una relación significativa entre la práctica de actividad física y la disminución del riesgo de muerte, independientemente del sexo, edad de las personas mayores y de sus hábitos (fumar, sobrepeso, etc.).

Igualmente, Denk y Pache (2003) apuntan que, en dependencia con la actividad físico-deportiva no sólo aparece una actitud positiva frente a la vejez o el deporte, sino que también se forma un autorretrato de las propias capacidades del cuerpo y la propia salud. Asimismo, en los resultados expuestos por estos autores se observa que en las expectativas de las personas mayores deportivamente activas sobre el ejercicio físico y el deporte, existe una tendencia clara en beneficio de las capacidades corporales (24.9%) y un fortalecimiento frente a la enfermedad (20.6%), con la esperanza de un bienestar generalizado (19.2%).

Inciendo en los resultados expuestos en otro apartado de la presente investigación en relación a la salud, y su relación con la actividad física, se debe tener en cuenta que Casas y Fraile (2007) señalan que el 57% de las personas practicantes de actividad física reconoce que con esta práctica obtienen beneficios relacionados con la salud; que las personas mayores piensan que el deporte es fuente de salud y ayuda a estar en forma (49.7% muy de acuerdo, 46.8% bastante de acuerdo, 1.5% poco de acuerdo y 0.1% nada de acuerdo) (CIS, 2010); y que tal y como expone Martínez del Castillo (2003), entre los principales beneficios buscados por la demanda latente con la practica física se encuentra mantener o mejorar la salud (el 97% contestó bastante o totalmente verdad) y concluye que los principales beneficios que se buscan con la práctica físico-deportiva son de salud, lúdicos y sociales.

Así, se puede afirmar que las investigaciones científicas obtienen similares resultados en cuanto a los motivos que llevan a las personas mayores a realizar actividad física y deporte, de forma que las razones individuales para la práctica de la actividad deportiva son fundamentalmente las relacionadas con la salud (Allmer, 2003; Martínez del Castillo, 2003; Pühse, 2003; Casas y Fraile, 2007; Moreno, Cervelló y Martínez, 2007 y CIS, 2010). Igualmente, García et al. (1996) obtienen que la salud es el principal objetivo para las personas mayores, por delante de la recreación y la distracción. Por su parte, Martínez-López (2003) obtiene que la salud ocupa el cuarto lugar en relación a

los motivos de práctica (21.4%), estando precedido por cuestiones estéticas (45.2%), estar en forma (25%) y relajarse (22.4%). Además, obtiene un mayor porcentaje de hombres que de mujeres que practican por este motivo (25.3% y 17.6% respectivamente).

Allmer (2003) señala que en dichas investigaciones no se tienen en cuenta aspectos como el tipo de actividad deportiva, el compromiso de tiempo de práctica y la forma de organización preferida, aspectos que se han tenido en cuenta en el presente estudio, y más detalladamente en el proyecto de investigación del cual forma parte.

Por otra parte, Romero (2002) explica la necesidad de establecer unas pautas de actuación para actuar frente a los problemas de salud presentes y futuros de las personas mayores, para ello propone:

- En primer lugar, eliminar los hábitos de la vida moderna que influyen negativamente en la salud, como son el tabaco, el alcohol, las drogas y el abuso de los medicamentos.
- Después, promover la adopción de una alimentación correcta, entendiendo por tal, una dieta equilibrada en nutrientes y adecuada en contenido calórico: la leche, el pescado, la carne, el pan, las frutas, las verduras, los cereales y los frutos secos deben ser los alimentos preferidos.
- Por último, luchar denodadamente contra el sedentarismo; condición que aumenta de forma notable con el paso de los años, lo que agrava la incapacidad.

Así, Romero (2002) recuerda que en el Plan salud para todos del año 2000, realizado por la Organización Mundial de la Salud, se fijaron tres objetivos prioritarios para todos los gobiernos: la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud; la prevención de enfermedades presentes y establecer servicios de salud.

Finalmente, en la línea que se está siguiendo a lo largo de la presente tesis doctoral, se debe resaltar que atendiendo a la calidad de vida de las personas en relación a su salud no se deben tener únicamente en cuenta los aspectos físicos o biológicos, sino que se deben tener en cuenta todos los planos de la persona, tal y como explica Schwartzmann (2003) (gráfico 15).

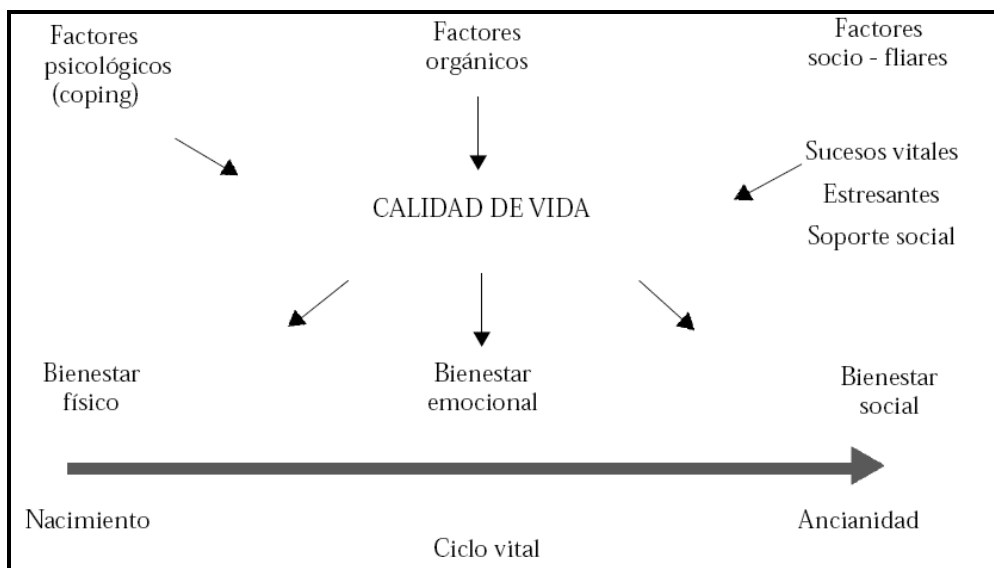


Gráfico 15. Calidad de vida relacionada con la salud (Schwartzmann, 2003, p.18)

2.3.2.2. La salud percibida por las personas mayores

Tal y como detallan Castejón y Abellán (2009), la salud es por naturaleza un indicador subjetivo, aunque puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones, de necesidades y, además, avisa ya del declive en las habilidades funcionales de los ciudadanos. Asimismo, añaden que la percepción del propio estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global y es una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y para la organización de programas, y señalan que el hecho de que uno se sienta bien, determina el propio desarrollo de su vida diaria debido a que existe una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace. En esta línea, Schwartzmann (2003) señala la necesidad de incorporar a las investigaciones la percepción subjetiva del paciente, ya que es una medida válida y confiable que aporta evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Asimismo, esta autora señala, basándose en las consideraciones del grupo WHOQOL, que ésta debe tener en cuenta las características multidimensionales, es decir, diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, cultural, clase social, etc.

Castejón y Abellán (2009) exponen que se debe tener en cuenta que el estado de salud subjetivo varía poco a lo largo del tiempo (tal y como se demostrará posteriormente al comparar los datos obtenidos por el INE en 2006 y 2009), con lo que el impacto que las políticas sanitarias y sociales de prevención y mejora de las

condiciones de vida de las personas es algo que se puede medir a través de este indicador a largo plazo.

Ruthig, Chipperfield, Bailis y Perry (2008) señalan que es necesario que las personas mayores perciban cierto riesgo sobre su estado de salud para llevar a cabo comportamientos para conservarla. No obstante, también explican que estas personas tienden a sobreestimar estos riesgos, lo que puede desencadenar en perjuicios en su bienestar psicológico, en el afrontamiento de las habilidades y en la participación en las conductas de salud. En este sentido, Allmer (2003) expone que no se interesarán por la actividad deportiva aquellos mayores que se sientan sanos, ya que para ellos no existe ningún motivo para la práctica deportiva ni para querer mejorar la salud y que además, la motivación de la salud puede llevar al abandono de la práctica deportiva cuando ésta se haya recobrado. Por ello, señala que hay que reconsiderar muy seriamente la orientación exclusiva de las campañas deportivas hacia el ámbito de la salud, puesto que tales campañas no resultan de mucha ayuda cuando lo que interesa es lograr la adherencia a largo plazo de las personas mayores.

En la misma línea, Pühse (2003) indica que a pesar de las diferencias en los porcentajes relativos al número de personas mayores practicantes de actividad física y deporte, en la actualidad se estiman como poco realistas los valores que se encuentran por encima del 10% de participación. Entre los principales motivos de la poca participación, señala determinados condicionantes propios de la edad, como el decaimiento del deseo funcional, lo que implica tener que superar la desgana para realizar ejercicio físico. Así, para argumentar los motivos de este bajo porcentaje de práctica con datos científicos, dicho autor expone los resultados obtenidos por Denk y Pache (1992), en cuyo estudio se obtiene que el 42% de las personas encuestadas señalan que la principal razón de su inactividad físico-deportiva era porque se sentían bien, sanos y sin sentir necesidad de practicar deporte. Por su parte, el 39% afirmaba sentirse realizados con sus hobbies.

Por otra parte, en la investigación desarrollada por Ruthig et al. (2008) se obtiene que mejor percepción de la salud física disminuye el riesgo estimado sobre ésta. En dicha investigación, trabajando con un rango de 2 a 5 (2 salud muy mala y 5 muy buena) estos autores obtienen una media de percepción de salud por parte de las personas mayores del $3,59 \pm 0,68$.

Fernández-Mayoralas et al. (2007) señalan que la percepción del estado de salud y el nivel de satisfacción con el mismo son importantes indicadores subjetivos de la

dimensión de salud en los estudios de calidad de vida, coincidiendo con Schwartzmann (2003). En la investigación presentada por estos autores se pidió a los mayores que valorasen su estado de salud general en una escala de 5 puntos (1 salud muy mala y 5 muy buena), obteniendo que el nivel medio de la valoración del estado de salud es de $3,7 \pm 0,8$ (salud regular a buena). Además, estos autores obtienen que la valoración del estado de salud es significativamente diferente por género y por tramos de edad, ya que las mujeres valoran su salud peor que los hombres y los más mayores valoran peor su salud que los más jóvenes (el 76% de éstos la valoran como buena o muy buena). En lo que se refiere a la clase social, estos autores detectan una tendencia creciente de las valoraciones positivas conforme se avanza desde la clase social más baja (56%) hasta la media/alta (77%), aunque en la clase alta se interrumpe con un descenso en el porcentaje de mayores que describen su salud como buena y muy buena (68%). Además, en esta investigación se encuentra que la satisfacción con la salud ofrece resultados más positivos que los encontrados en la salud percibida, coincidiendo con las consideraciones expuestas por Michalos (2004).

En la Encuesta Nacional de Salud de 2006 realizada por el INE se obtiene que la percepción del propio estado de salud está condicionada por las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas o residenciales. Además, refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores socio-económicos y del entorno de la persona. El 39.7% de las personas mayores percibe su salud como buena o muy buena, encontrándose que las percepciones negativas aumentan con la edad y que el sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva, ya que el 48.5% de los varones percibe bien o muy bien su estado de salud, y sólo el 33.1% de las mujeres lo percibe de esta forma (Equipo Portal Mayores, 2009).

Asimismo, en el gráfico 16 elaborado a partir de los datos del INE (2006) se puede observar que las personas del grupo de 65 a 74 años perciben en mayor porcentaje su salud como muy buena frente a las personas del grupo de más edad (7% y 5.6% respectivamente). Esto mismo ocurre en la percepción de la salud como buena (37.5% y 28.7% respectivamente). Siguiendo esta tendencia el grupo de personas mayores de 74 años percibe su salud como regular, mala y muy mala en mayor porcentaje que el otro grupo.

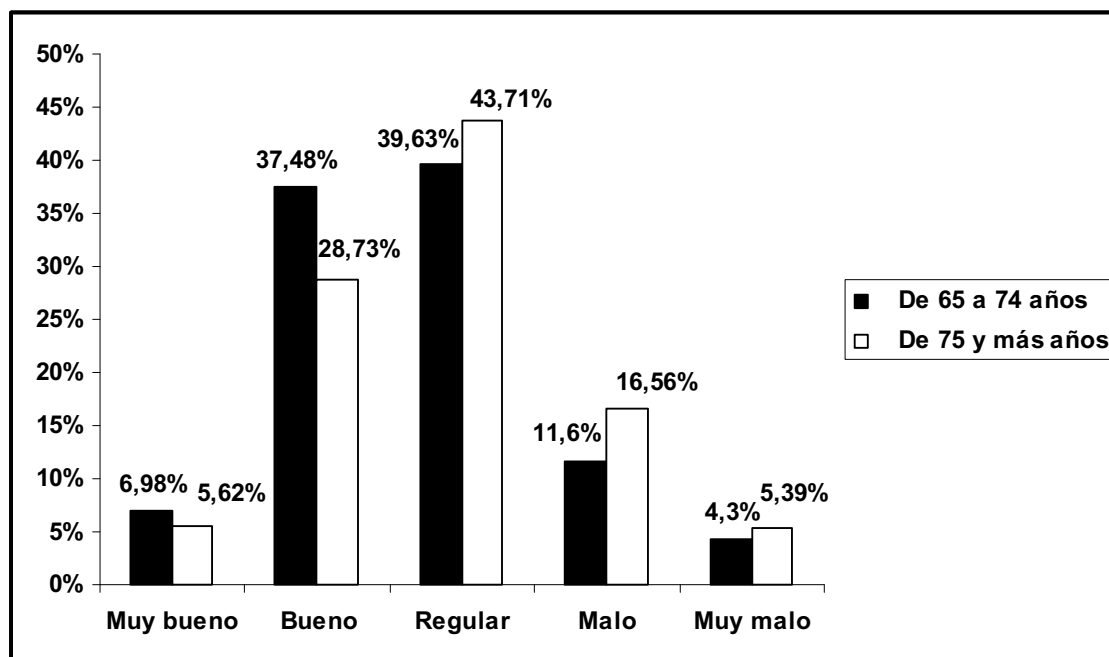


Gráfico 16. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses por las personas mayores según la edad (INE, 2006)

Atendiendo a las variables sociodemográficas edad y sexo, en la tabla 7 y en el gráfico 17 se puede observar que en ambos sexos se repite la tendencia comentada anteriormente (la salud es mejor percibida por las personas de menor edad), así como que los hombres mayores de ambos grupos de edad perciben su estado de salud con mayores porcentajes como bueno o muy bueno que las mujeres. En relación a la variable clase social, el Instituto Nacional de Estadística (2006) establece seis clases sociales, en función del sustentador principal de la familia, obteniendo que a medida que aumentan la clase social de estas personas, la percepción del estado de salud como bueno y muy bueno también es mayor. Finalmente, en este estudio se obtiene que las comunidades o ciudades autónomas españolas en las que se percibe el estado de salud como bueno o muy bueno en mayor porcentaje son: La Rioja (78.7%), Baleares (74.3%), Cantabria (74.3%), Castilla y León (74%) y País Vasco (73.5%). Cabe destacar que Galicia, Asturias, Extremadura, Murcia y Comunidad Valenciana son las zonas geográficas donde en mayor porcentaje se percibe el estado de salud como regular o malo (39.3%, 32.8%, 31.9%, 30.5% y 30.4% respectivamente), y que el porcentaje de respuestas en la percepción del estado de salud como muy malo son inferiores al 4% en todas las comunidades y ciudades autónomas (INE, 2006).

Tabla 7. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses por las personas mayores según la edad y el sexo (INE, 2006)

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
VARONES					
De 65 a 74 años	8,92%	45,45%	35,24%	8,18%	2,21%
De 75 y más años	6,49%	35,13%	42%	11,64%	4,74%
MUJERES					
De 65 a 74 años	5,48%	31,33%	43,02%	14,25%	5,92%
De 75 y más años	4,99%	24,15%	44,92%	20,07%	5,86%

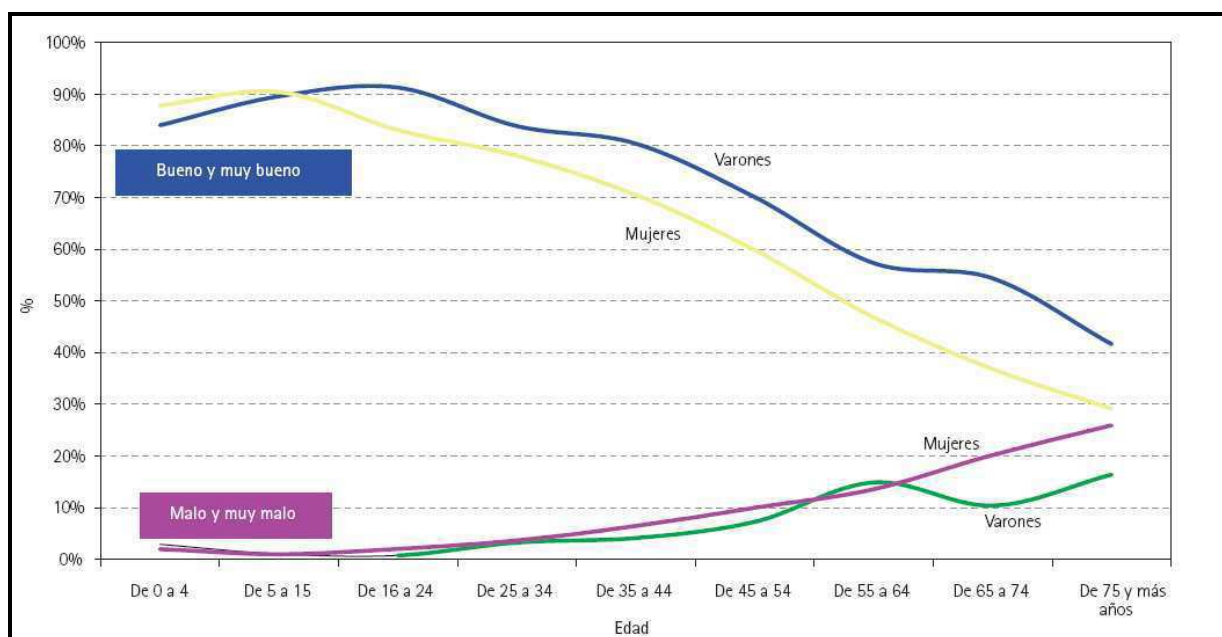


Gráfico 17. Percepción del estado de salud según sexo y edad, 2006 (Castejón y Abellán, 2006, p. 98)

En 2009 se realizó la Encuesta Europea de Salud Pública en España actualizando los datos expuestos anteriormente (INE, 2009). En relación a las variables sociodemográficas edad y sexo, tal y como se puede apreciar en el gráfico 18 y en la tabla 8 los resultados son muy parecidos a los obtenidos en 2006. No obstante, en 2009 se valora la clase social en función de los ingresos mensuales netos del hogar, obteniéndose nuevamente que a medida que aumentan dichos ingresos (clase social) la percepción del estado de salud como bueno y muy bueno también es mayor. Asimismo, en esta última encuesta se tiene en cuenta el tamaño de los municipios de residencia de

las personas entrevistadas, encontrándose que la mayor percepción del estado de salud como muy buena se encuentra en los municipios medianos (entre 10.000 y 50.000 y entre 50.000 y 100.000, con un 21.9% y un 20.8% respectivamente), aunque los resultados son muy similares en todos los tamaños demográficos.

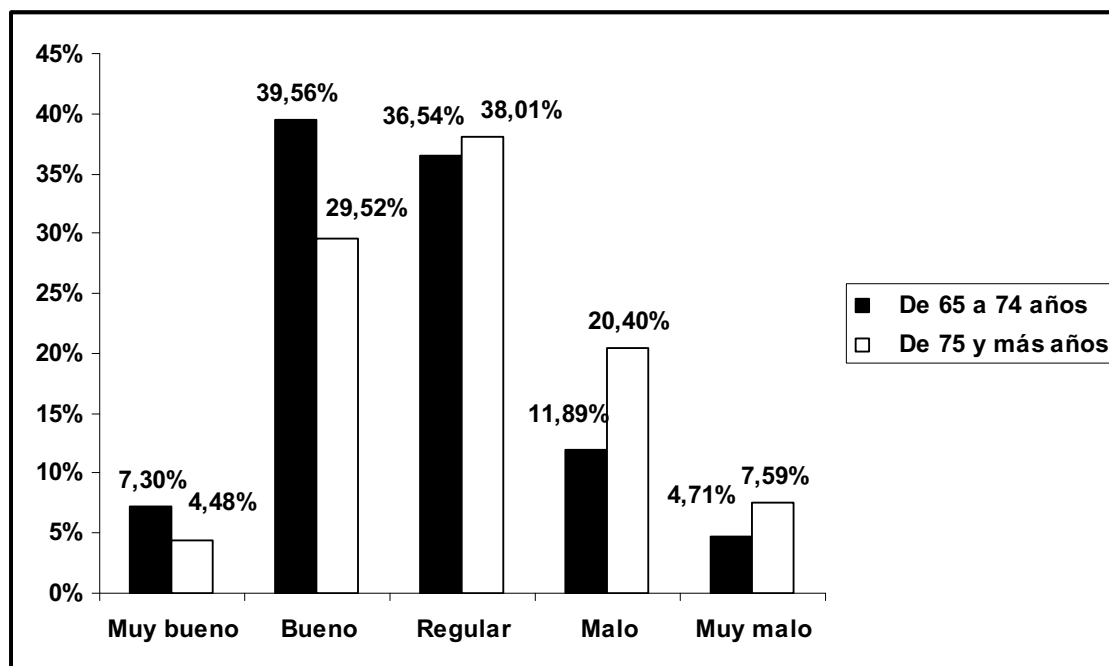


Gráfico 18. Valoración del estado de salud percibido según grupo de edad (INE, 2009)

Tabla 8. Valoración del estado de salud percibido según sexo y grupo de edad (INE, 2009)

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
HOMBRES					
De 65 a 74 años	8,97%	46,69%	32,52%	10,01%	1,81%
De 75 y más años	5,63%	34,7%	36,45%	17,39%	5,83%
MUJERES					
De 65 a 74 años	5,88%	33,51%	39,96%	13,49%	7,17%
De 75 y más años	3,72%	26,1%	39,03%	22,39%	8,76%

Por otra parte, en la Encuesta de Mayores Publicada por el IMSERSO en 2010 se obtiene que un 60% de las personas mayores percibe su salud como buena o muy buena (45.5% buena; 15% muy buena), un 11.5% como mala y un 3% como muy mala.

Además, el 55% de los hombres percibe su salud como buena, reduciéndose este porcentaje al 37% en el caso de las mujeres. Estas últimas perciben en un 17% su estado de salud como malo, reduciéndose este porcentaje al 6% en el caso de los hombres (IMSERSO, 2010).

Semerjian y Stephens (2007) encuentran relación significativa entre la edad y la percepción de su estado de salud, siendo mejor ésta en los individuos de menor edad.

Entre los datos publicados por Martínez del Castillo (2003) se puede apreciar que el 32% de las personas mayores entrevistadas expone que no realiza actividad física porque percibe que su estado de salud es malo, siendo mayor el porcentaje de personas de más de 74 años que señalan dicha respuesta respecto al grupo de personas de 65 a 74 años.

Por su parte, Azpiazu et al. (2002) llevaron a cabo una investigación en la Comunidad de Madrid, en la cual obtienen que el 52.1% de las personas mayores de 65 años perciben su salud como buena o muy buena, mientras que el 47.9% la perciben como regular, mala o muy mala, siendo estos porcentajes mayores en hombres que en mujeres. Estos autores concluyen que las asociaciones con un mal estado de salud percibido por las personas mayores van, en general, en la misma dirección que las descritas en la bibliografía: bajos ingresos económicos; sentimiento de soledad; problemas visuales; estilos de vida sedentarios; incapacidad funcional; bajo nivel de estudios; falta de apoyo emocional; falta de apoyo social y sexo femenino.

Denk y Pache (2003) obtienen que cuanto mayor es la actividad deportiva realizada por las personas mayores, más positiva es la comparación subjetiva de la salud del grupo. Así, el 32% de las personas no practicantes encuestadas perciben su estado de salud como mejor que el de otras personas de su misma edad, el 50% percibe éste como regular y el 18% lo percibe como malo en comparación con otros. Sin embargo, en el grupo de personas practicantes (hasta dos horas semanales) se obtiene que el 49% percibe su estado de salud como mejor que el de otros de su misma edad, el 43% como regular en comparación con otros y el 8% como malo. Por último, en el grupo de personas no practicantes (dos o más de dos horas semanales) el porcentaje de personas que perciben su estado de salud como mejor que el de otros asciende al 56%, el que lo percibe como regular disminuye hasta el 37% y el grupo de personas que lo percibe como malo en comparación con el estado de salud de otros se mantiene prácticamente igual (7%).

Asimismo, al relacionar los datos anteriores con la edad de las personas entrevistadas, estos autores obtienen que a medida que aumenta la edad estos datos se intensifican, de tal forma que las personas que perciben su estado de salud como mejor que el de otras personas de su misma edad representan, en el grupo de personas de hasta 60 años de edad, un 38.1% en el caso de los no practicantes, un 57.6% en el caso de los practicantes y un 53.5% en el caso de los muy practicantes. En el grupo de personas de 61 a 70 años estos datos representan el 33.8%, 38.2% y 51% respectivamente. Finalmente, los porcentajes obtenidos por los mayores de 70 años son 26.9%, 50.7% y 73%. Por ello, concluyen que los deportistas activos tienen un autoconcepto más positivo en relación a su estado de salud y que la actividad físico-deportiva regular mejora objetivamente la salud (Denk y Pache, 2003).

Cochrane, Munro, Davey y Nicholl (1998) realizaron en Reino Unido una investigación experimental con grupo control, utilizando un programa de ejercicio físico de diez semanas de duración para personas mayores sedentarias. Al final del programa, las mejoras en la condición física fueron acompañadas de una mejor salud percibida por las personas mayores, obteniéndose, además, mejoras en los aspectos sociales y emocionales. Igualmente, en la investigación de Seguin et al. (2010) realizada en Estados Unidos se obtiene que las personas que participan en el programa de fuerza mejoran la percepción de su propio estado de salud (siendo estos resultados mayores en las mujeres que en los varones), y la disminución de dolor. Estos autores explican que estos resultados pueden contribuir a eliminar barreras para la práctica de actividad física. Rey, Canales y González (2009) también obtienen que tras participar las personas mayores en el programa “memoria en movimiento” aumentan la percepción de varios parámetros relacionados con su salud. Estos datos confirman lo expuesto por Castillo (2007) quien afirma que existe una relación lineal entre la práctica de actividad física y la mejora de la salud.

En el estudio de Kaplan et al. (2001) en Canadá, atendiendo a los indicadores de salud obtienen que las personas mayores fumadoras son menos propensas a ser activas que las no fumadoras, obteniendo una relación significativa entre el tabaquismo y la falta de actividad física entre los hombres, aunque dicha relación no se encontró en las mujeres. Además, se percataron de que los ancianos activos tenían menos enfermedades crónicas que los no activos (tanto hombres como mujeres). Asimismo, resulta importante destacar que estos autores obtienen que los hombres practicantes de actividad física y deporte, en contra de lo que muchas personas podían pensar

inicialmente, tienen menos probabilidades de sufrir lesiones, obteniéndose una relación inversa y significativa entre estas variables.

Azpiazu et al. (2002) concluyen que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud de las personas mayores. Asimismo, explican que los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador relacionado con la percepción del estado de salud de los mayores.

Según Allmer (2003) hay que considerar que las personas mayores practican voluntariamente deporte por motivos de salud, pero la salud tiene efectos sobre ellos cuando sienten que empeora. En este sentido, entre los cambios que se perciben y que se soportan mal, se encuentra la merma en las conductas del movimiento y del bienestar físico general, de forma que las personas encuestadas sienten determinados achaques, que se ha perdido elasticidad, que los movimientos cotidianos son cada vez más difíciles, que no suben con tanta facilidad las escaleras como hace años.

Finalmente, se debe tener en cuenta que el principal temor ante el envejecimiento es la pérdida de salud, aspecto respondido por un 49% de las personas mayores en la encuesta publicada por el IMSERSO (2010).

2.3.3. La condición física en las personas mayores

2.3.3.1. Conceptualización de la condición física en las personas mayores

En primer lugar, con el objetivo de definir el término de condición física se expone la recopilación de definiciones realizada por Jiménez (2008, p.16) al respecto:

- Barbany, en 1986: conjunto de cualidades o capacidades motrices del sujeto, susceptibles de mejora por medio del trabajo físico.
- Grosser, en 1988: suma ponderada de las cualidades motrices (corporales) importantes para el rendimiento y su realización a través de los atributos de la personalidad.
- Wilmore, en 1990: capacidad o habilidad para realizar de moderados a vigorosos niveles de actividad física, sin excesiva fatiga, y la capacidad de mantener parecida capacidad durante toda la vida.
- Navarro, en 1990: parte de la condición total del ser humano que comprende muchos factores, cada uno de los cuales es específico a su materia.

- Manno, en 1991: condiciones motoras de tipo endógeno que permiten la formación de habilidades motoras, son un conjunto de predisposiciones o potencialidades motrices fundamentales en el hombre que hacen posible el desarrollo de las habilidades motoras aprendidas.
- OMS, en 1992: bienestar integral corporal, mental y social.
- De la Reina, en 2003: conjunto de cualidades o condiciones orgánicas, anatómicas y fisiológicas, que debe reunir una persona para poder realizar esfuerzos físicos, tanto en el trabajo como en los ejercicios musculares deportivos.

Así, Jiménez (2008) manifiesta que al tratarse de una capacidad o aptitud del individuo, determinada según el desarrollo de las capacidades físicas o motoras, puede ser modificada, y permite superar las actividades cotidianas del hombre sin una fatiga excesiva.

Bouchard et al. (1990), siguiendo a la OMS, la definen como la capacidad de realizar trabajo muscular de manera satisfactoria. Van Heuvelen et al. (1998) añaden que incluye componentes tales como la resistencia, la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio, la destreza manual y la velocidad de reacción.

Para Ros (2007) la condición física representa el potencial del organismo para enfrentarse a los retos, desde el punto de vista físico, que se propone, y la define como la suma ponderada de las diferentes capacidades físicas de una persona. Además, este autor señala que existe la condición física relacionada con la salud y la relacionada con el rendimiento, y que la primera está compuesta por tres las capacidades físicas fundamentales: la resistencia aeróbica, la fuerza y la flexibilidad, sin olvidar los ejercicios de equilibrio y coordinación, que deben ser tenidos en cuenta en el trabajo con personas mayores.

En esta línea, Delgado, Gutiérrez y Castillo (2004) señalan que la condición física se puede definir desde tres niveles diferentes: condición física relacionada con la salud, con el rendimiento motor o condición física propiamente dicha (concepto intermedio entre las dos anteriores). Delgado y Tercedor (2002) definen la condición física básica como la capacidad funcional que la persona tiene o adquiere para poder realizar actividad física, coincidiendo con la definición presentada por los autores anteriores en relación a la condición física para la salud, que es la que interesa en mayor medida en los estudios relacionados con las personas mayores.

Weineck (2005) incide en que existen varios enfoques para definir la condición física, unos más estrictos, relacionados con el entrenamiento deportivo y otros más globales, atendiendo a todos los planos de la persona. Así, este último enfoque entiende la condición física como la integración de todos los factores de rendimiento: psíquicos, físicos, técnico-tácticos, cognitivos y sociales, entendiendo estos últimos como condición para hacer algo.

Para Martin, Carl y Lehnertz (2001) es un estado momentáneo de la capacidad de rendimiento psico-física, ya que manifiestan que aún cuando la condición física se ve influida esencialmente por procesos energéticos, la realización de sus cometidos depende también, de forma secundaria, de variables psíquicas. Por ello, la definen como un componente del estado de rendimiento que se basa en primer lugar en la interacción de los procesos energéticos del organismo y los músculos, y se manifiesta como capacidad de fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad y está relacionada con las características psíquicas que estas capacidades exigen. Por lo tanto, estos autores subdividen la condición física en las capacidades físicas expuestas anteriormente, y declaran que éstas son requisitos previos delimitables de la motricidad, y que su modificación a lo largo de la evolución del individuo tiene lugar a partir de un proceso natural de cambios, también sin influjo del entrenamiento, ya que disminuyen a partir de cierta edad.

Castillo, Ortega y Ruiz (2005) la definen como concepto que engloba todas las cualidades físicas que una persona requiere para la práctica de ejercicio, ya que se puede decir que el estado de forma física constituye una medida integrada de todas las funciones y estructuras que intervienen en la realización de ejercicio (locomotriz, cardiorrespiratoria, hematocirculatoria, psiconeurológica y endocrinometabólica).

Resulta evidente que tal y como demuestran los estudios de Van Heuvelen et al. (1998), Kazuo (2006) y Kinugasa et al. (2003), la condición física de las personas mayores de 60 años activas es mejor que la condición física de las personas sedentarias de esa edad. Además, las investigaciones muestran que no sólo mejora la condición física de estas personas, sino también la capacidad funcional de las personas con menor nivel de condición física, y que la diferencia entre personas activas y no activas entre jóvenes y mayores es mayor en estos últimos.

No se puede abordar la condición física de las personas mayores de forma asilada, sin relacionarla con la salud, ya que tal y como declaran Blair, Cheng y Holder (2001) existe una gran asociación entre ambas variables, aunque se deben tener en

cuenta su relación con otros aspectos, tales como el estilo de vida (dieta, actividad física realizada, fumar, beber alcohol, el estrés, etc.) o los componentes genéticos. Así, estos autores señalan que la actividad física y la condición física están estrechamente relacionadas, de forma que una mayor actividad física desemboca en una mejor condición física, aunque es importante tener en cuenta que la actividad física no es el único aspecto que influye en la condición física y en la salud (gráfico 19).

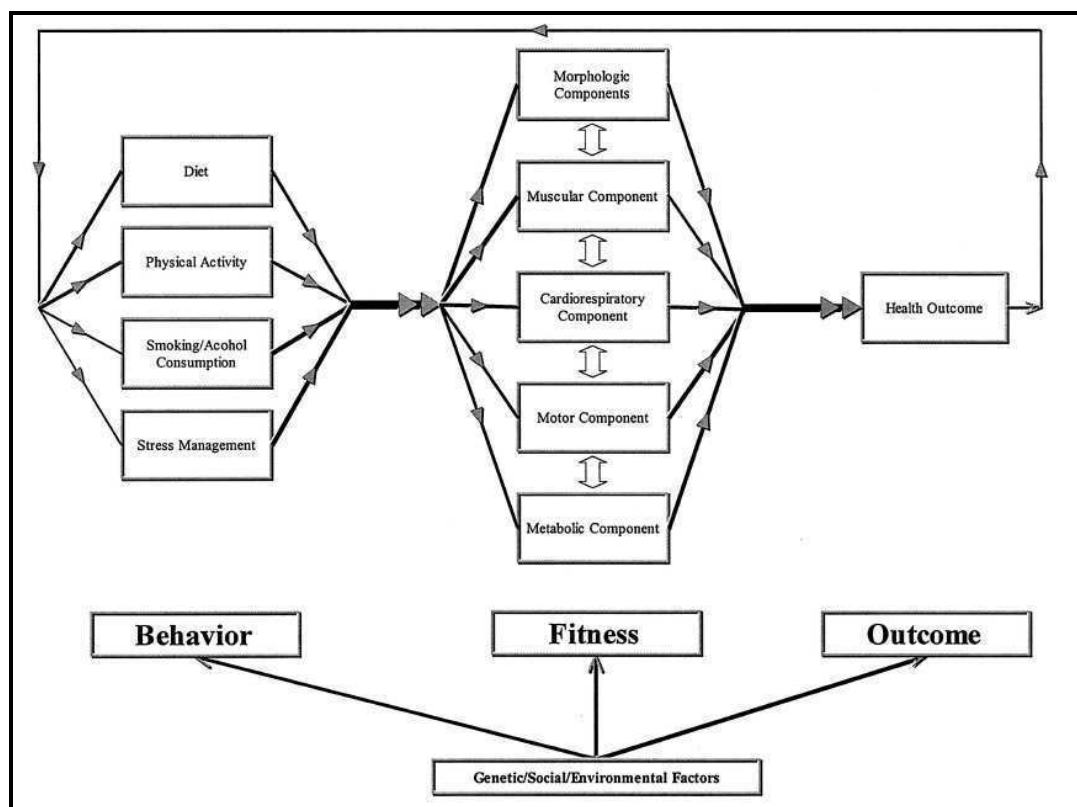


Gráfico 19. Interrelación entre los comportamientos relacionados con la salud, varios indicadores de la condición física y sus influencias en la salud (Blair, Cheng y Holder, 2001, p. S380)

Castillo, Ortega y Ruiz (2005) y Castillo (2009) exponen que con el paso de los años se produce un progresivo deterioro estructural, así como un lento e inexorable declinar en la capacidad funcional, lo que influye en la condición física, constituyendo la principal característica del proceso de envejecimiento. Además, estos autores explican que el nivel de funcionalidad y el aspecto de un tejido o un órgano es función directa del número y actividad de sus unidades funcionales, es decir, sus células. Igualmente, afirman que para gran parte de las funciones orgánicas, la máxima

capacidad funcional se alcanza, precisamente, al final del período de maduración sexual o inicio de la vida adulta, una vez alcanzado el máximo de capacidad, comienza el declive de capacidad funcional que caracteriza el proceso de envejecimiento (gráfico 20).

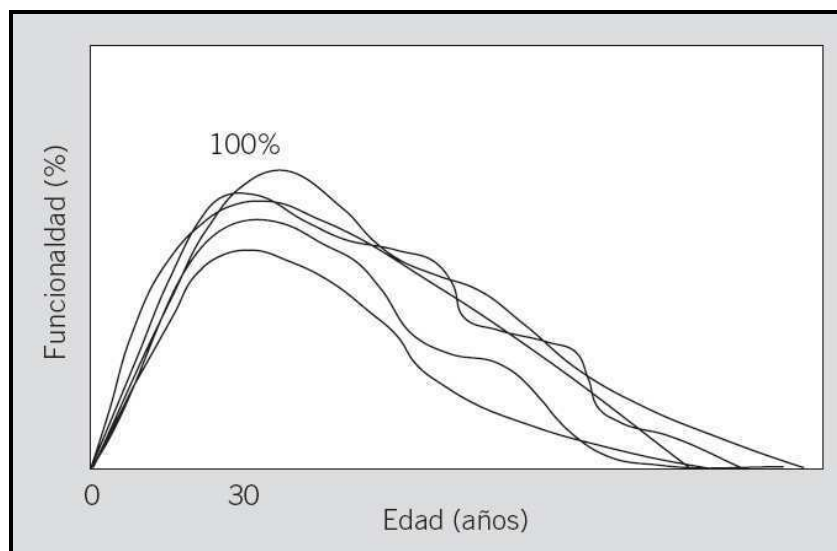


Gráfico 20. Deterioro funcional con el paso de los años (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005, p. 147)

Asimismo, estos autores añaden que en sus inicios esta pérdida de capacidad funcional resulta imperceptible y pasa fácilmente desapercibida, pero que con el paso del tiempo todos los órganos y tejidos se ven afectados aunque el grado de afectación varía de unos tejidos a otros y de unas funciones a otras, siendo en unos casos la caída muy acusada, y en otros más lenta. Estos autores, en la línea de las teorías biológicas del envejecimiento, exponen que los mecanismos que explican la pérdida de la capacidad funcional en las personas mayores son tres: pérdida de actividad celular, la cual puede ser consecuencia tanto de la falta de estímulos como de su exceso; pérdida de elementos funcionales (células) por apoptosis (muerte celular regulada genéticamente); y destrucción celular por necrosis se produce en respuesta a agentes químicos (falta de oxígeno, exposición a tóxicos), físicos (traumatismo, radiaciones) o biológicos (infección, inflamación, reacción autoinmune).

Se debe tener en cuenta que la importancia que tiene esa afectación también es variable, en unos casos, las consecuencias son sólo estéticas (canas, debilidad, arrugas),

en otros comportan minusvalías o enfermedades (sordera, Alzheimer) y en otros son incluso mortales (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca). Por lo que mantener un adecuado grado de actividad funcional, sin excederse, es de capital importancia para proteger la actividad de la mayoría de las funciones orgánicas y mejorar la capacidad funcional. En este sentido, el ejercicio físico, practicado de manera apropiada, es la mejor herramienta hoy disponible para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona. De hecho, el ejercicio físico ayuda a mantener el adecuado grado de actividad funcional para la mayoría de las funciones orgánicas, y tener una mala condición física indica un mal funcionamiento de una o varias funciones fisiológicas. Dado que la principal característica del envejecimiento es la progresiva pérdida de funcionalidad, y puesto que el envejecimiento y la muerte no están genéticamente programados, con la práctica de ejercicio físico o deporte resulta posible retardar o atenuar ese declive funcional, mejorar la salud y el buen estado de forma física y mental. No se debe olvidar que hasta hace relativamente poco tiempo mantener una alta tasa de actividad física y una buena forma física han constituido una necesidad fisiológica que garantizaba la supervivencia del individuo y de sus genes (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005 y Castillo, 2009).

Por todo ello, se debe tener en cuenta que la condición física estará directamente influida por la capacidad funcional de una persona, y en función de ello se deberá individualizar el programa de ejercicio físico.

Atendiendo a una de las capacidades de la condición física, la fuerza, Chiroso, Chiroso y Padial (2000) exponen que son varios los motivos que disminuyen la eficacia de ésta, y que hay que buscar las causas tanto a nivel neuronal como a nivel morfológico. Además, apuntan que el potencial de fuerza necesario para satisfacer las exigencias de la vida cotidiana no varía a lo largo de la vida, aunque la fuerza en todas sus manifestaciones, generalmente muy superior a las exigencias cotidianas al comienzo de la vida, va reduciéndose de forma constante con el envejecimiento. No obstante, se ha demostrado que las personas que han realizado actividad física durante toda su vida reducen en un menor porcentaje la pérdida de fuerza.

Por todo ello, Van Heuvelen al. (1998) señalan que las personas mayores obtienen peores resultados en todas las variables relacionadas con la condición física (resistencia, fuerza, flexibilidad, equilibrio y tiempo de reacción) que las personas más jóvenes. Además, se encuentran que los hombres obtuvieron mejores resultados en la marcha, la resistencia, la fuerza de agarre, el equilibrio, y la velocidad de reacción. Sin

embargo, las mujeres obtuvieron mejores resultados en la flexibilidad de la cadera y la columna vertebral, la flexibilidad del hombro, y la destreza manual que los hombres.

Denk y Pache (2003) se plantean que las personas mayores que practican habitualmente deporte pueden tener un actitud más positiva hacia la vejez, ya que debido a un entrenamiento corporal regular suele presentar un mayor nivel de condición física y por ello están afectadas en menor medida por los procesos de pérdida propios de la vejez que las personas inactivas de la misma edad.

Aoyagi et al. (2009) en un estudio realizado en Japón con hombres y mujeres de entre 65 y 84 años (aparentemente sanos), en el que se midió la actividad física realizada durante un año utilizando acelerómetros, obtienen que la práctica de actividad física, así como la variable condición física es mayor en hombres que en mujeres. Además, estos autores obtienen que ambas variables son mayores en el grupo de personas de entre 65 y 74 años que en el grupo de entre 75 y 84 años y que, como podría presuponerse, existe relación entre el nivel de condición física y la actividad física diaria, coincidiendo con lo expuesto por varios autores al respecto (Van Heuvelen et al., 1998; Blain et al., 2000; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Elousa, 2005; Kazuo, 2006 y Kinugasa et al., 2003). Por su parte, Elousa (2005) matiza que a igualdad de gasto energético, la actividad física de tipo intenso se asocia con una mejoría en la condición física mayor que la actividad física de tipo moderado o ligero.

Chodzko-Zajko (1996) señala que la literatura científica refleja que existe relación entre el nivel de condición física de las personas mayores y su procesamiento cognitivo, aunque señala que esta relación puede ser secundaria a mejoras en la circulación cerebral, la regeneración de células nerviosas y/o cambios en la síntesis neurotransmisora y la degradación.

Finalmente, Mänty et al. (2009) en una investigación con un grupo de control llevada a cabo en Finlandia durante dos años, encontraron que las personas que fueron asesoradas en relación a la actividad física que debían realizar, aumentaron sus niveles de práctica de actividad física (al menos manteniéndose moderadamente activos), y mejoraron su movilidad, aumentando así su nivel de forma física. De ahí la importancia de atender las necesidades individuales en relación a la condición física de cada persona.

2.3.3.2. La condición física percibida por las personas mayores

Taylor et al. (2004) exponen que en varias investigaciones realizadas recientemente se pone de manifiesto la importancia de considerar la percepción de la autoeficacia de las personas mayores (relacionada con la forma física y la condición física) para realizar las acciones de la vida diaria como un indicador crítico de la salud de estas personas en relación con su calidad de vida. Así, estos autores manifiestan que existe una fuerte evidencia entre la mala percepción de la propia eficacia (siendo uno de los determinantes del declive funcional) para hacer las cosas por parte de las personas mayores con la aparición de enfermedades crónicas. Igualmente, Castillo, Ortega y Ruiz (2005) inciden en que recientes investigaciones han puesto de manifiesto el interés que tiene conocer el estado de forma física o condición física que posee una persona, ya que constituye un excelente predictor, quizá el mejor, de la expectativa de vida y, lo que es más importante, de la calidad de vida, existiendo, de forma clara y directa, una relación entre longevidad y condición física. Así, estos autores añaden que numerosos estudios epidemiológicos y prospectivos han mostrado una clara asociación entre el nivel de condición física y el índice de morbimortalidad de la población, coincidiendo con lo expuesto por Blain et al. (2000).

En el estudio presentado por Martínez del Castillo (2003) puede apreciarse que uno de los principales beneficios buscados por las personas mayores que desean realizar actividad física o deporte es la mejora de la forma física (80%). Igualmente, en el trabajo de Martínez-López (2003) aparece estar en forma como el segundo motivo de práctica de actividad física por parte de las personas mayores (25%), siendo el porcentaje de hombres que realizan actividad física por este motivo mayor que el de mujeres (25.3% y 21.6% respectivamente). Asimismo, en el estudio de Moreno, Cervelló y Martínez (2007) aparece el fitness (entendido como condición física saludable) como principal motivo de práctica de actividad física o deporte, obteniendo una media ligeramente superior en hombres que en mujeres y en personas mayores respecto al resto de la población.

Rey, Canales y Táboas (2011) obtienen que la condición física es tercer el factor que más preocupa a las personas mayores (alrededor del 60%), tras la memoria y la comunicación interpersonal.

En este sentido, los resultados expuestos por Denk y Pache (2003) muestran que al preguntar a las personas mayores deportivamente activas sobre las expectativas que

asocian al ejercicio físico y el deporte, se obtienen los mayores porcentaje en relación a las capacidades corporales, siendo nombrado en un 85.2% de ocasiones.

Asimismo, el estudio de Romero (2010) mostró la necesidad de las personas mayores de mantener su condición física y cognoscitiva, su vinculación con la sociedad, el sentido de pertenencia al grupo y el sentido de utilidad y autosuficiencia. En esta línea, Ruiz, González y Moreno (2008) exponen que en la actualidad son millones las personas mayores que gozan de buena salud y que desean mantener y mejorar su condición física.

En la encuesta sobre hábitos deportivos de los Españoles, el CIS (2010) obtiene que el 57.4% de las personas mayores de 65 años responde que andan o pasean más o menos deprisa, con el propósito de mantener o mejorar su forma física; de ellos, el 70.4% todos o casi todos los días, en 15.2% dos o tres veces semanales, el 3.6% fines de semana, el 9.8% de vez en cuando, y el 0.3% en vacaciones. Además, se encuentran que las personas mayores perciben su forma física en un 35.5% como aceptable, en un 27.5% como buena, en un 26.3% como deficiente y en un 6.7% francamente mala. Cabe reflejar que tan sólo el 3.1% la percibe como excelente.

Por su parte, Sordo (2007) en su tesis doctoral llevó a cabo un programa de actividad física con personas mayores, y tras ello evaluó el estado afectivo de éstas, así como la condición física percibida. En relación a este último aspecto, este autor expone que las personas mayores mejoraron su percepción respecto a los siguientes componentes de la condición física: la percepción de la agilidad mejora un 68.9% (80% en hombres, 63.3% en mujeres); de la movilidad-flexibilidad un 42.2% (40% en hombres, 43.3% en mujeres); de la estabilidad-equilibrio un 24.4% (13.3% en hombres, 30% en mujeres); de la resistencia un 51.1% (60% en hombres, 46.7% en mujeres); de la coordinación un 6.7% (13.3% en hombres, 3.3% en mujeres) y de la fuerza un 24.4% (30% en hombres, 13.3% en mujeres).

Atendiendo a la mejora de las cualidades físicas, Sordo (2007) explica, en relación a la flexibilidad que antes de llevar a cabo el programa de ejercicio físico, las mujeres se encuadraban en un nivel de condición física “malo” y terminaron el programa con un nivel “medio”. Por su parte los hombres comenzaron con un nivel “medio” y concluyeron con un nivel “bueno”. En cuanto a la fuerza, antes de llevar a cabo el programa de ejercicio físico las mujeres se encuadraban en un nivel de condición física “medio” y “malo” (mano derecha y mano izquierda respectivamente) y “malo” (miembros inferiores) y terminaron el programa con un nivel “bueno” en ambas

manos y en miembros inferiores. Por su parte, los hombres tanto al inicio como al final mostraron un nivel “bueno” en ambas manos, aunque comenzaron con un nivel “bueno” en miembros inferiores y concluyeron con un nivel “muy bueno” en éstos. Respecto al equilibrio, tanto hombres como mujeres estaban encuadrados según los datos de la evaluación inicial, dentro del nivel de condición física “medio” pasando al final del programa de condición física al nivel de “buena” condición física. Atendiendo a la agilidad, tanto hombres como mujeres al inicio tenían un nivel de condición física “malo”, pasando al final a estar dentro del grupo de nivel de condición física “buena”. Al medir la fuerza-resistencia abdominal, las mujeres al inicio del programa estaban encuadradas dentro del nivel de condición física “medio”, pasando al final al grupo de nivel de condición física “bueno”. Los hombres, tanto al inicio como al final del programa, estarían dentro del nivel de condición física “bueno”. Cabe destacar que este autor encontraron un menor nivel de condición física en mujeres que en hombres al inicio del programa, aunque al final del mismo las mujeres perciben mayores mejoras que los hombres.

Lanning, Bowden, Owens y Massey-Stokes (2004) obtuvieron que las personas mayores perciben su nivel de condición física en la media o por encima de la media.

En el estudio de Melillo et al. (1996) las personas mayores entrevistadas entendieron la condición física como ser capaz de cuidar de sí mismos y hacer lo que querían y necesitaban hacer, afirmando que era un componente fundamental de bienestar y calidad de vida.

Del Barrio et al. (2009) exponen los datos obtenidos por el CIS en el baremo de diciembre de 2006, en los cuales se puede apreciar que entre los aspectos que más satisfacción producen a las personas de 65 años y más se encuentra su estado de forma física, con un 32.1% de respuestas, tras la situación familiar (52%).

Semerjian y Stephens (2007) encuentran relación entre la percepción de la condición física y la capacidad funcional de las mujeres mayores, así como que las mujeres que percibían mejor su salud también percibían un mayor nivel de condición física. En esta misma línea, Cochrane et al. (1998) en el estudio realizado en Reino Unido, citado anteriormente, obtuvieron que las personas mayores mejoraron todas las funciones físicas medidas, excepto la flexibilidad en el hombro en el grupo que siguió el programa y permanecieron igual en el grupo de control. Al final del programa, las mejoras en la condición física fueron acompañadas de una mejor salud percibida por las personas mayores. Igualmente, Misook y Kiyoji (2011) en una investigación llevada a

cabo en Corea demuestran que existe una relación entre la condición física y la salud percibida por los adultos mayores.

Asimismo, Huang et al. (1998) observaron la relación existente entre condición física y la independencia funcional en personas adultas y mayores.

2.3.4. La competencia motriz y corporal en las personas mayores

2.3.4.1. Conceptualización de la competencia motriz y corporal en las personas mayores

La competencia motriz es un proceso dinámico que desarrolla la inteligencia operativa, que supone conocer qué hacer, cómo hacerlo, cuándo, con quién y en función de las condiciones cambiantes del medio (Brito, 2009).

Grasso y Erramouspe (2005) explican que *“cuando se habla de competencia motriz, se hace referencia a la capacidad, a la facultad de moverse como un proceso dinámico que se manifiesta a través del manejo que hace un sujeto de sí mismo y de sus acciones en relación con los otros o con los objetos del medio; este desarrollo evoluciona y cambia según la edad de la persona, sus dominios y habilidades”* (p. 25). Además, estas autoras añaden que los sujetos aprenden a ser competentes cuando interpretan mejor las situaciones que reclaman una actuación eficaz y utilizan los recursos necesarios para responder de una forma que se ajuste a sí mismo y a las demandas de la situación, del problema o de la tarea motriz. De ahí la importancia de la práctica de actividad física para mantener o mejorar este aspecto del individuo en la tercera edad, momento en el cual, además, se está produciendo una lenta, pero continua involución.

Basándonos en las consideraciones de Ruiz (1995), podríamos definirla como el conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y sentimientos que intervienen en las múltiples interacciones que realiza la persona con su medio y con los demás, y que permiten superar los principales problemas motrices planteados, tanto en la actividad física como en la vida cotidiana. Este mismo autor añade, *“hablar del desarrollo de la competencia motriz en las edades avanzadas implica estudiar los cambios y transformaciones que se dan en los seres humanos a lo largo de todo su ciclo vital, y sobretudo al estudio de las variables personales, situacionales y ambientales que influyen en dichas transformaciones”* (Ruiz, 1996, p. 77).

Tal y como señalan Ruiz, Meléndez, Linaza, Graupera y Martínez del Castillo (1996) la capacidad de autonomía motriz y personal se convierte en estas edades en un objetivo prioritario a preservar en las personas mayores y muy mayores.

Así, se debe tener en cuenta que en el proceso de involución asociado a la vejez afecta de manera diferencial a órganos y sistemas y se manifiesta en una merma de su competencia para adaptarse al mundo que le rodea. Al descender el rendimiento físico y motor de las personas mayores existen mayores dificultades para realizar las tareas, aunque no todo son transformaciones biológicas o psicológicas, ya que la competencia motriz de los mayores también se ve influida por una serie de factores psicosociales, entre los que destacan la experiencia pasada y el estilo de vida (Ruiz, 1996).

Tras realizar la conceptualización del término se puede observar la clara relación con la condición física, siendo la competencia motriz una manifestación de ésta.

En este contexto, para la presente investigación se ha utilizado el “Cuestionario estandarizado de Actividad Física y Personas Mayores” para medir las demandas de actividad física de las personas mayores y otras variables relacionadas (Graupera, Martínez del Castillo y Martín-Novo, 2003). En dicho cuestionario la competencia motriz y corporal es medida por los siguientes ítems percibidos por las personas mayores (gráfico 21):

- Ser capaz de hacer gimnasia o deporte.
- Le gusta su cuerpo ahora.
- No le falta fuerza para hacer las cosas.
- Ser capaz de aprender algún deporte.
- Ser capaz de correr suavemente.
- Se siente atractivo.
- Está más fuerte que otros de su misma edad.
- Piensa que tiene buen aspecto físico.
- Se siente con energía.

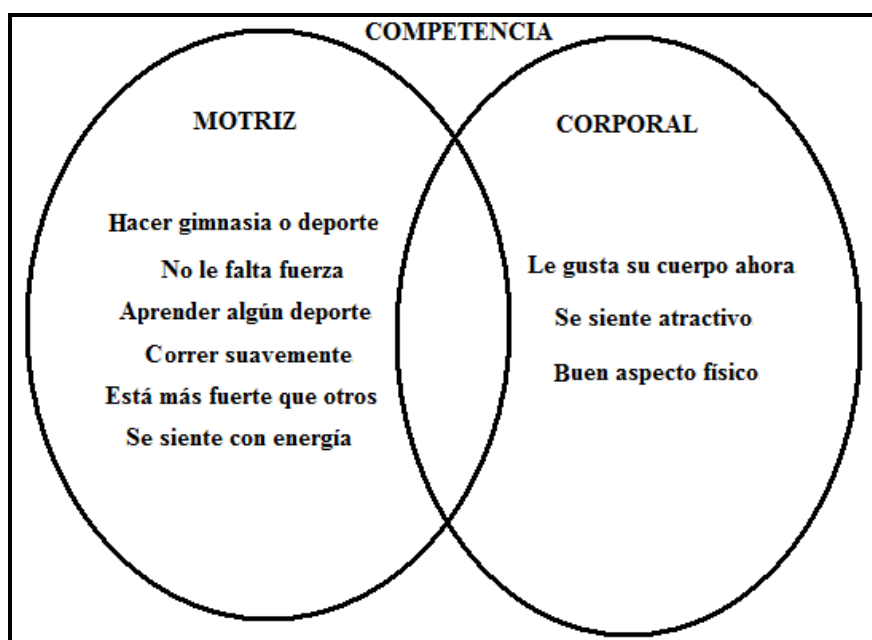


Gráfico 21. Relación entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal.

Ya en 1996 Ruiz et al. (1996) utilizaron un cuestionario sobre la competencia física percibida (CCFP) a través del cual las personas mayores emitieron su opinión sobre aspectos relacionados con su capacidad para llevar a cabo tareas motrices diversas, sobre su aspecto físico, su capacidad para practicar con otros o para aprender nuevas habilidades motrices, sentimientos personales relativos a su competencia física y motriz, etc. Asimismo, tras analizar los resultados, estos autores incluyeron dentro del factor “competencia motriz” aspectos relacionados con “ser capaces de hacer cosas” y con la “opinión que tenían las personas mayores de sí mismas”, aunque la “opinión sobre el aspecto físico” la incluyeron, además de en el factor citado anteriormente, en los factores “condición física”, “salud” y “sociomotor”.

Allmer (2003) señala que el deseo de práctica físico-deportiva no existe cuando los cambios psicofísicos producidos se evalúan como incontrolables, se cree que la movilidad y la capacidad funcional merman con la edad y no se puede hacer nada para evitarlo. Así, muchas personas mayores valoran la edad como algo negativo, porque se enfrentan a tareas funcionales que creen que no pueden controlar, de forma que el hecho de creer que no se puede hacer nada más desemboca en inactividad y favorece la aparición de déficits funcionales, creándose de esta forma un “círculo vicioso” (mala autopercepción-inactividad-degradación-mala percepción). Esta inactividad causa un

proceso de degradación que refuerza la desgana hacia el ejercicio y condiciona una imagen corporal negativa. La persona se ve inmersa en un círculo vicioso del que se sale con dificultad debido a la aceptación resignada de los cambios condicionados por la edad.

Atendiendo a la competencia corporal, tal y como expone Castillo (2009), la falta de ejercicio acelera el envejecimiento y sus consecuencias, siendo una de ellas el propio aspecto de la persona. Así, este autor afirma que entre personas de la misma edad y del mismo substrato genético, aquellas que se mantienen física y sexualmente poco activas, se alimentan de manera poco saludable y se exponen a factores de riesgo, presentan un aspecto menos joven y menos saludable. Además, apunta que este aspecto se puede afirmar desde un punto de vista estrictamente fisiológico.

Además, en la encuesta sobre personas mayores publicada por el IMSERSO (2010) se aprecia que el principal temor de estas personas ante el envejecimiento es el deterioro físico, con un 37%.

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, Ruiz, González y Moreno (2008) señalan que es muy probable que se haya infravalorado el papel de la actividad física y de la práctica estructurada de ejercicio en la mejora de la competencia motriz y deportiva de las personas mayores.

2.3.4.2. La competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores

Para autores como Bandura (1986, citado por Ruiz et al., 1996) analizar la autoeficacia y competencia percibida permite tener un entramado particular para predecir las conductas saludables de los ancianos, siendo considerados unos de los mediadores más importantes de las conductas de las personas mayores y muy mayores. Así, tal y como apuntan estos autores, un elevado sentimiento de autoeficacia y competencia aumentan las posibilidades de acción de las personas mayores y favorecen sentimientos de bienestar personal. Además, hay que tener en cuenta que la competencia motriz percibida juega un papel importante para mantener la motivación por la práctica, pues una adecuada percepción de competencia motriz es asociada con consecuencias positivas (Hellín, Moreno y Rodríguez, 2006).

En los resultados expuestos por Pühse (2003), se aprecia que alrededor de la mitad de las personas mayores entrevistadas reconocía que un buen estado general (55%) y buenas capacidades de rendimiento corporal (43.3%) pueden relacionarse con la práctica de actividad física, con lo que se puede apreciar que no todas las personas

son conscientes de los beneficios que puede aportar la práctica de actividad física y deporte en este sentido. Por ello, es importante que las personas mayores conozcan estos beneficios para poner a su disposición un elemento motivante más que facilite su adherencia a la práctica físico-deportiva.

Por otra parte, Graupera, Linaza, Meléndez y Ruiz (1996) en un estudio desarrollado en la Comunidad de Madrid observan que las personas mayores tienden a sentirse capaces de realizar las tareas relacionadas con la competencia motriz mostradas en el cuestionario, aunque comprueban que no son capaces de realizar todas las tareas que señalan poder hacer. Además, al evaluar la competencia motriz en estas personas observan diferencias significativas entre sexos, aunque no entre grupos de edad.

Ruiz et al. (1996), en referencia a este mismo estudio, obtienen que el 74% de las personas mayores entrevistadas se sienten fuertes (obteniendo mejores resultados los más mayores, con un 93%), el 79% afirma sentirse con energía, el 63% afirma no sentirse torpe al moverse, al 68% les gusta como es su cuerpo en la actualidad, aunque sólo un 54% se siente capaz de hacer ejercicio. Asimismo, el 74% de las personas entrevistadas se sentían capaces de realizar cosas difíciles con las manos, el 89% se creían capaces de botar una pelota, el 67% de aprender nuevos juegos (obteniendo las personas más jóvenes mejores resultados con un 85%), o de practicar gimnasia (60%). Además, un 74% se creen capaces de correr suavemente, un 42% no se considera capaz de saltar y un 56% tiene miedo a las caídas. Por otra parte, un 84% de las personas mayores de este estudio creen que poseen un buen aspecto físico, pero reconocen que les cuesta aprender más que antes, ya que el 57% manifiesta tener dificultades. Finalmente, el 90% de las personas entrevistadas no cree que los demás piensen de ellos que son inútiles, el 58% se siente más fuerte que otros de su edad y el 67% se perciben más saludables, ascendiendo estos porcentajes a la hora de sentirse atractivos para los demás (75%). Cabe destacar que el 67% no teme que los demás se rían de ellos por realizar ejercicio.

Por su parte, Melillo et al. (1996) encontraron que la mayoría de las personas mayores entrevistadas se creían capaces de hacer cosas que las demás personas de su edad no podían hacer.

Hellín, Moreno y Rodríguez (2006) en un estudio realizado con personas de entre 15 y 64 años, entre las conclusiones más relevantes obtienen que la percepción de la competencia motriz es mayor en jóvenes y hombres, y que va disminuyendo

progresivamente con la edad. Además, existe una relación directa entre la competencia motriz percibida y el nivel de práctica físico-deportiva.

Si se analizan los datos de la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009) se puede observar que el 14.2% de las personas mayores de entre 65 y 74 años manifiesta que tiene dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria, siendo este porcentaje mucho mayor en las personas del grupo de más de 74 años (38.8%). Asimismo, se puede comprobar que en ambos grupos de edad las mujeres presentan mayores porcentajes que los hombres (17.9% y 7.9% respectivamente en el grupo de menor edad y 44.4% y 30.4% respectivamente en el grupo de más edad). En este mismo estudio se aprecia que el 46% de las personas mayores de 65 años tienen dificultad para realizar alguna actividad relacionada con el hogar, mientras que el 54% afirma no tener ninguna dificultad para ello. Si se analizan estos datos en función del sexo, se comprueba que un mayor porcentaje de mujeres (56.8%) que de hombres (31.2%) tiene dificultad para hacer estas tareas. Se debe tener en cuenta que tal y como se aprecia en los datos aportados por el IMSERSO (2010) se mantiene el modelo tradicional de reparto de tareas en el hogar.

Asimismo, en el estudio de Azpiazu et al. (2002), citado anteriormente, se encuentra que el 74.4% de las personas mayores presenta problemas de movilidad física, el 19.9% problemas para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 7.7% tiene problemas para llevar a cabo su cuidado personal.

En los resultados obtenidos por Sordo (2007) en su tesis doctoral, se puede apreciar que tras la realización del programa de actividad física las personas mayores perciben que han mejorado en la realización de las tareas de la vida diaria en un 66.2% (66.7% mujeres, 53.3% hombres). Además, un 26.7% percibe que ha mejorado su estado de ánimo (30% mujeres, 20% hombres).

Por su parte, Denk y Pache (2003) en un estudio realizado con personas mayores de 40 años (la mayoría mayores de 50 años) obtienen que el 32% de las personas no deportistas valoran su capacidad de rendimiento corporal como mejor que el de otras personas de su misma edad, el 52% expone que éste es regular si se compara con otros de la misma edad y el 17% lo percibe como malo. En el caso de las personas deportistas que realizan hasta dos horas de actividad física semanal, los datos muestran que el 54% percibe su rendimiento corporal como mejor que otros de su misma edad, el 41% como regular y el 5% como malo. Asimismo, entre las personas que practican ejercicio físico más de dos horas a la semana los resultados son superiores en cuanto a la valoración del

rendimiento corporal como mejor que el de otros de la misma edad, 65%, el doble que en el grupo de personas no practicantes, un 30% afirma que es regular y el 5% mala. Asimismo, estos autores relacionan los datos anteriores con la edad de las personas mayores entrevistadas, obteniendo que a medida que aumenta la edad estos datos se intensifican, de tal forma que las personas que perciben sus capacidades corporales como mejores que las de otras personas de su misma edad representan, en el grupo de personas de hasta 60 años de edad, un 36.5% en el caso de los no practicantes, un 54.1% en el caso de los practicantes y un 68.6% en el caso de los muy practicantes. En el grupo de personas de 61 a 70 años estos datos representan el 30.9%, 55.1% y 56.3% respectivamente. Finalmente, los porcentajes obtenidos por los mayores de 70 años son 29.7%, 52.1% y 78.4%. Por ello, estos autores concluyen que los deportistas activos tienen un autoconcepto más positivo en relación a sus capacidades corporales y que la actividad deportiva regular mejora objetivamente las capacidades corporales.

Por otra parte, Carmeli, Orbach, Zinger-Vaknin, Morad y Merrick (2008) en un estudio llevado a cabo con personas mayores con discapacidad intelectual en Israel, encontraron una relación significativa entre la práctica de ejercicio físico y la apariencia física percibida por estas personas.

En el estudio presentado por Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) se obtiene que en Madrid existe una media superior de mujeres que de hombres mayores que consideran que es bastante verdad o totalmente verdad que los beneficios que buscarían con la práctica física serían mejorar su atractivo, sentirse productivas y olvidarse de los problemas. Además, en esta investigación se obtiene que las personas de clase social baja y media/baja consideran que es bastante verdad que los beneficios esperados con la práctica físico-deportiva son mejorar su atractivo, sentirse productivos, olvidarse de los problemas y retardar el envejecimiento. Igualmente, Martínez-López (2003) obtiene que el 45.2% de las personas mayores realizan actividad física y deporte en gimnasios por motivos estéticos, siendo mayores estos porcentajes en las mujeres que en los hombres (59.5% y 29.4% respectivamente).

En esta línea, tal y como se ha expuesto anteriormente, Denk y Pache (2003) exponen que en dependencia con la actividad físico-deportiva no sólo aparece una actitud positiva frente a la vejez o el deporte, sino que también se forma un autorretrato de las propias capacidades del cuerpo.

Resulta importante señalar que en el estudio de Paxton, Motl, Aylward y Nigg (2010), llevado a cabo con personas mayores en Hawái, se encontraron relaciones

significativas entre la práctica de ejercicio físico, la “autoeficacia” (eficacia percibida, competencia motriz percibida) de las personas mayores y la mejora de la calidad de vida, estando ésta, además, negativamente asociada con problemas de salud mental.

Son muchas las investigaciones actuales que han demostrado que el ejercicio físico influye favorablemente en la percepción de la propia imagen corporal, el autoconcepto, la autoestima (Stewart et al., 1994; Oña, 2002; Strawbridge et al., 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Soler, 2006; Castillo, 2009; Speck et al., 2009; González, 2010; Musanti, 2011 y Rey Canales y Táboas, 2011) y la autoeficacia (Ruiz et al., 1996; Taylor et al., 2004 y Paxton et al., 2010). Así, tal y como señalan Denk y Pache (2003), en dependencia con la actividad físico-deportiva no sólo aparece una actitud positiva frente a la vejez o el deporte, sino que también se forma un autorretrato de las propias capacidades del cuerpo y la propia salud.

Según Allmer (2003) las personas mayores sienten determinados achaques, que se ha perdido elasticidad, que los movimientos cotidianos son cada vez más difíciles, que no suben con tanta facilidad las escaleras como hace años.

En esta línea, Ruiz et al. (1996) manifiestan que la práctica de actividades físicas y deportivas en la tercera edad juega un papel destacado en el sentimiento de bienestar cotidiano de estas personas y en su autonomía personal. Siguiendo a los mismos autores, se considera necesario señalar que es importante tener en cuenta que para las personas mayores, sentirse competentes y eficaces en el dominio físico es una condición importante para que estas personas se involucren, participen y persistan en programas de actividad física y deportiva. Igualmente, la bibliografía especializada refleja que mantener un elevado nivel de actividad física y mental proporciona la posibilidad de disfrutar de una mayor autosuficiencia en la vejez, disminuyendo la dependencia respecto al entorno y a los demás (Soler, 2006).

Finalmente, se debe tener presente que tal y como exponen Martínez del Castillo et al. (2006), la práctica de actividad física o deportiva durante la niñez y/o en etapas posteriores incrementa las competencias de los individuos para la acción social en el deporte y entre ellas, las competencias motrices, su capital motriz, aumentando sus oportunidades y probabilidades de realizar actividad física, o el deseo de realizarla, de adultos o en la vejez.

2.3.5. La dependencia funcional en las personas mayores

2.3.5.1. Conceptualización de la dependencia funcional en las personas mayores

El concepto de dependencia funcional está muy relacionado con las variables expuestas en los apartados anteriores, ya que inicialmente, se puede presuponer que una persona dependiente tiene menor competencia motriz para llevar a cabo actividades físico-deportivas, así como las actividades de la vida diaria, que su nivel de capacidad funcional y de condición física será menor y que su estado de salud se verá mermado respecto a otras personas mayores que no presenten ningún tipo de dependencia. Al respecto, autores como González (2006) señalan que existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia, tal y como se ha expuesto en apartados anteriores.

Actualmente, la actuación de las diferentes administraciones públicas y privadas va encaminada principalmente a favorecer la dependencia de las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida (Azpiazu et al., 2002 y OMS, 2002). Así, uno de los principales objetivos a conseguir en relación a las investigaciones e intervenciones relacionadas con las personas mayores es la prevención de la dependencia, que a su vez tiene una estrecha relación con la capacidad funcional (González, 2006).

Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de la vida diaria (Dorantes-Mendoza, Ávila-Funes, Mejía-Arango y Gutiérrez-Robledo, 2007 y Zagalaz et al., 2009), entendiendo estas actividades como *“las que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”* (artículo 2.3, Ley de Dependencia, 2006, en Zagalaz, et al., 2009, p. 782). Además, la autonomía personal se puede considerar como el conjunto de hábitos integrados, entre los que se incluyen la alimentación, el descanso, las posturas y desplazamientos, el aseo personal o la actividad física (Oña, 1994).

Según la Organización Mundial de la Salud la dependencia es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales (García De Mingo, 2004) y este mismo organismo entiende que la dependencia funcional, como la discapacidad en general, tiene como

causa esencial la deficiencia psico-biológica, es decir, la alteración de estructuras anatómicas o de funciones psíquicas y biológicas (Arriba y Moreno, 2009).

Por su parte, González (2006) señala que *“la dependencia puede entenderse, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como la consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana”* (p. 26).

Asimismo, la independencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa (Dorantes-Mendoza et al., 2007). Siguiendo a estos mismos autores, se debe tener en cuenta que la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Igualmente, la OMS (2002) entiende la independencia como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (Castejón y Abellán, 2009) muestra que a partir de los 65 años, la tasa de discapacidad varía en función del sexo, incrementándose, de forma significativa, en el caso de las mujeres, según aumenta la edad (gráfico 22).

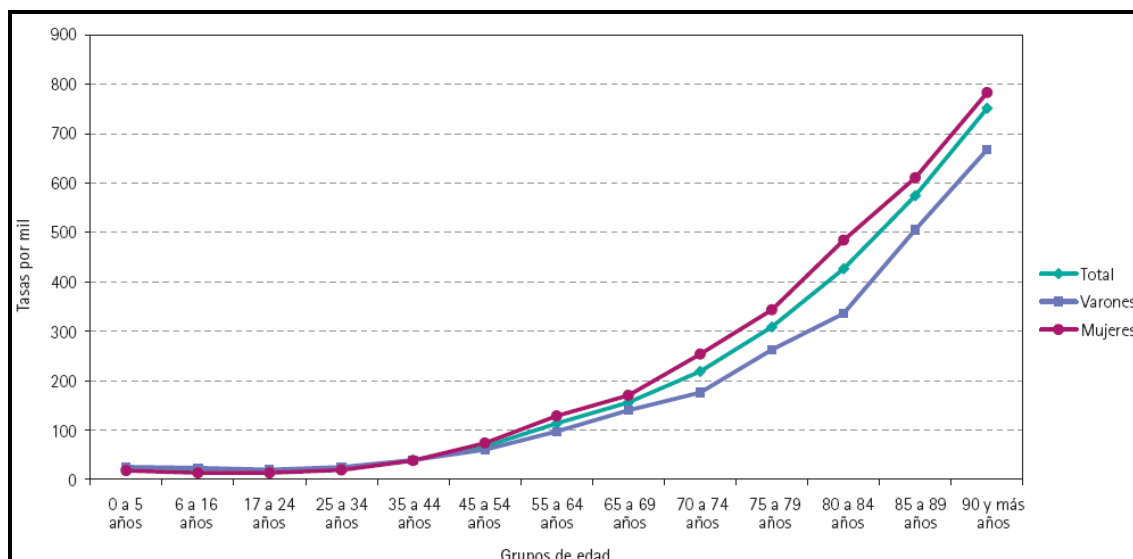


Gráfico 22. Tasa de discapacidad por sexo y edad (Castejón y Abellán, 2009, p. 127)

Como se ha señalado en otro apartado de la presente investigación, en la mayoría de los países desarrollados la esperanza de vida presenta una evolución temporal ascendente, sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud. Así, en España la esperanza de vida libre de incapacidad al nacer en 2000 eran 70.7 años (69 en hombres y 72,4 en mujeres) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Igualmente, Strawbridge et al. (2002) señala que la dependencia aumenta con la edad y que se asocia fuertemente con la depresión. Así, desde que una persona cumple los 65 años hasta su muerte, como media, el 40% de personas en ese tramo de vida presenta algún tipo de dependencia (Romo et al., 2009).

Castillo (2009) expone que el hecho de que se vivan cada vez más años es un hecho positivo y deseable, aunque vivir más años no es suficiente, ya que como este autor señala, se necesita también disponer de una buena calidad de vida que permita a la persona disfrutar de lo que la vida pueda ofrecerle con el menor nivel posible de dependencia. Además, este autor añade que la pérdida de funcionalidad que se produce con la edad es la principal consecuencia del envejecimiento, y que el efecto del ejercicio puede ser considerado como una verdadera terapia que lucha contra las inevitables consecuencias del proceso de envejecimiento.

Además, recientes investigaciones muestran el aumento de los porcentajes de personas mayores que viven solas y en situaciones de dependencia creciente (Merino, 2007). En esta línea, Stenholm et al. (2008) apuntan que la tendencia indica que se va a incrementar la población anciana con discapacidades y minusvalías. Este hecho no sólo ocurre en España, sino en todos los países desarrollados (gráfico 23), siendo además bastante pesimistas las previsiones al respecto (OMS, 2002 y Giannakouris, 2008).

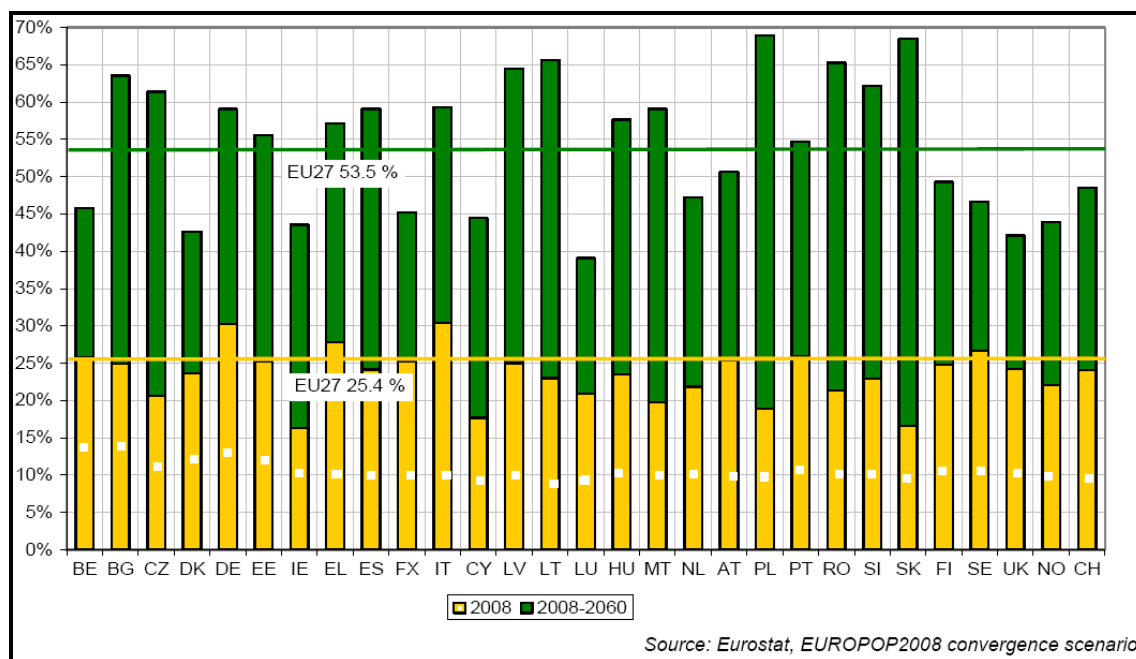


Gráfico 23. Ratio de dependencia en la vejez para los estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Suiza 2008-2060 (Giannakouris, 2008, p. 4)

En este contexto tan alarmista, la práctica de actividad física y deportiva podría ser una de las mejores medicinas en contra de la dependencia funcional.

Así, afortunadamente, tal y como explican Ruiz et al. (1996), la tradicional concepción de persona mayor como persona enferma, descontenta con la realidad o incapaz de comprender el mundo que le rodea, está dando paso hacia una aceptación de que muchas personas de 65 años y más mantienen unos niveles funcionales satisfactorios. Para conseguir esto, moverse es el gran objetivo, realizarlo de manera moderada y/o vigorosa para adquirir la energía suficiente para sentir la fuerza de que se es capaz, de que se puede seguir siendo autónomo y de que se puede mantener la independencia funcional (Ruiz, González y Moreno, 2008), ya que el mantenimiento de

un estilo de vida activo a estas edades, evitando el sedentarismo al que nuestra sociedad somete a la tercera edad, evitaría en buena medida la dependencia funcional (González, 2006).

No obstante, Ruiz, González y Moreno (2008) señalan que la situación actual es poco halagüeña en este sentido, ya que un porcentaje alto de mayores sanos no practican habitualmente actividades físicas, y que esta circunstancia provoca que su proceso de envejecimiento se vea afectado por un estilo de vida desfavorable, sobre todo si lo que se persigue es una vejez exitosa en la que los sujetos mantengan su salud y su independencia física.

Este aspecto resulta preocupante si se tiene en cuenta que en el estudio de Kaplan et al. (2001) en Canadá, la disminución de la actividad física estuvo asociada con un número creciente de enfermedades crónicas y con limitaciones funcionales, tanto en hombres como en mujeres. Además, en dicho estudio, la lesión se asoció significativamente de forma inversa con la actividad física.

Al respecto, Romo et al. (2009) señalan que diversos estudios constatan que la práctica de ejercicio regular retrasa y reduce el nivel de incapacitación siendo el ejercicio físico la variable más influyente en la independencia motriz de los ancianos. En este sentido, el estudio de Miller et al. (2000) sugiere que la práctica de actividad física puede reducir o retrasar la progresión de la dependencia en personas mayores, por lo que el tiempo que una persona haya vivido de forma activa puede depender el retraso o la aparición de discapacidad y/o dependencia (Párraga, 2009).

Por su parte, Mazzeo et al. (1998) en un documento elaborado por la ACSM manifiestan que incrementar la densidad ósea, la masa muscular y por consiguiente la fuerza en personas mayores podría ser una manera importante de aumentar la independencia funcional.

Igualmente, Malbut-Shennan y Young (1991) indican que el ejercicio físico puede aumentar la potencia aeróbica máxima, la fuerza muscular y la fuerza explosiva en los hombres y mujeres mayores, y que estos aumentos pueden ayudar a la persona mayor para mantener su independencia durante más tiempo.

Cochrane et al. (1998) apuntan que estudios actuales han mostrado que programas de ejercicio físico en grupo podrían suponer un ahorro en los costos de la salud, por ejemplo, mediante la reducción de la incidencia de fracturas de cadera por caídas o la atención a pacientes con disminución funcional. Del mismo modo, la OMS (2002) incide en que el hecho de mantenerse activas puede ayudar a las personas

mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas. Asimismo, se ha comprobado que estilos de vida saludables, activos, donde la actividad física ocupa un lugar importante generan personas con mayor autonomía que reducen el gasto general (Stearns et al., 2000 y Oña, 2002).

Castañeda, Campos y Garrido (2009) indican que el aumento de la independencia motriz de los ancianos a través de la actividad física bien orientada les permite reducir el aislamiento social, el abandono y la depresión entre otras cosas.

Para que sea posible llevar a cabo el modelo “Life-Span” que promueva un envejecimiento interactivo, diferenciador y ligado al estilo de vida elegido por cada persona, Oña (2002) advierte que es necesaria una intervención institucional, que promueva una persona mayor integrada en la sociedad y que mantenga sus niveles de autonomía y de calidad de vida, siendo una persona útil, en lugar de un lastre para ella.

En esta línea, Chodzko-Zajko (2002) explica que en Estados Unidos se ha creado un programa denominado: “*Plan General Nacional: aumentar la actividad física entre los adultos de 50 años o más*”. En dicho programa participan 46 organizaciones con experiencia en salud, medicina, ciencias sociales y comportamentales, epidemiología, geriatría/gerontología, clínica, política pública, marketing, sistemas médicos, organización comunitaria y aspectos medioambientales. Además, este plan reconoce que entre las organizaciones de salud pública, los proveedores de la sanidad, las organizaciones de servicio a las personas mayores, el sector privado y las organizaciones gubernamentales, no lucrativas y filantrópicas existe un gran interés por trabajar en colaboración para lograr un aumento de práctica de actividad física entre las personas de más edad. Para que esto sea posible, este autor especifica que es necesario un trabajo interdisciplinar y colaborativo entre los canales de suministro y las áreas de experiencia profesional, tal y como se viene argumentando en la presente investigación.

En la línea de lo expuesto en el apartado dedicado a la condición física por Castillo, Ortega y Ruiz (2005), la OMS (2002) explica que:

“la capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta y con factores externos y medioambientales. La

pendiente del declive puede llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como de salud pública” (p.98) (gráfico 24).

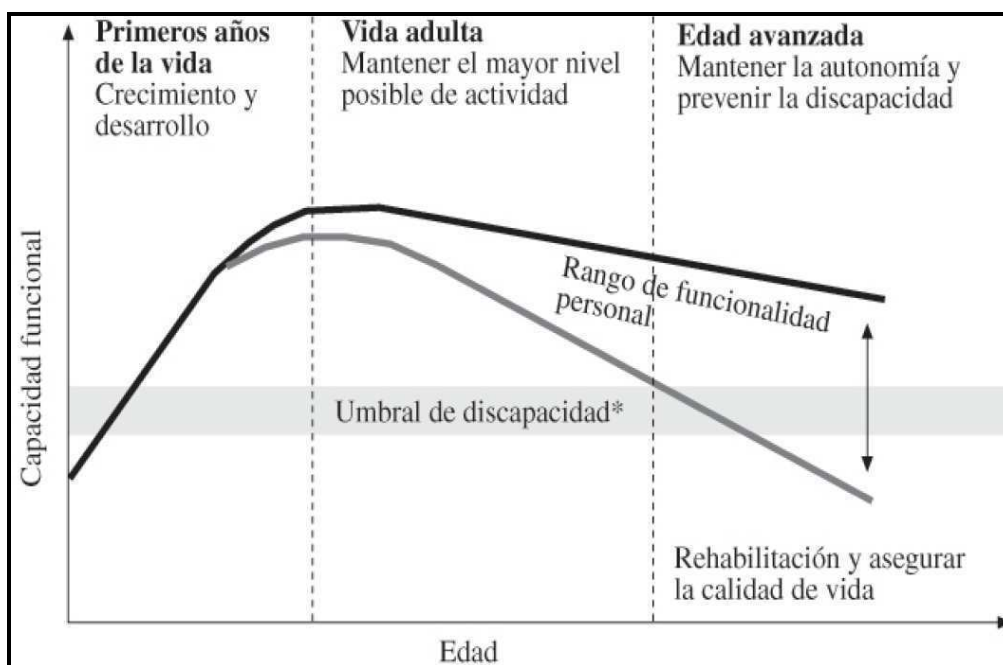


Gráfico 24. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital (OMS, 2002, P. 79, adaptado de Kalache y Kickbusch, 1997)

En este sentido, Párraga (2009) expone que la población es cada vez más longeva, y cronológicamente más vieja, pero sus capacidades se ven modificadas generación por generación en las mismas franjas de edad, es decir, las personas de 70 años de hace unas décadas tenían un nivel de capacidades inferior a las actuales, con la misma edad.

Siguiendo a Pühse (2003), en la tercera edad, las sensaciones de bienestar, de actividad e independencia en relación con las fases anteriores de la vida, están unidas en gran medida al cuerpo y a la experimentación en el registro de sutiles funciones corporales. Muchas personas mayores se preguntan cuestiones del tipo ¿va a colaborar mi espalda hoy? ¿me dolerán las rodillas al caminar?. Por ello, este autor entiende que desempeña un papel muy importante la seguridad de poder hacer algo todavía (andar, correr, nadar, etc.), incluso la capacidad de poder hacer algo puede no sólo confirmarse,

sino amentar en una edad más avanzada. Este mismo autor afirma que el ejercicio físico ayuda a mantener las antiguas habilidades y a vitalizar o revitalizar un cuerpo que se vuelve cada vez más frágil. Además, afirma que con el ejercicio físico y el deporte se pueden conseguir retrasar el momento de la limitación de la movilidad.

En esta línea, Dorantes-Mendoza et al. (2007), entre sus conclusiones más relevantes, exponen que la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Además, señalan que el conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

Por todo ello, siguiendo las reflexiones de León et al. (2009), se precisan estrategias eficaces que creen las condiciones para vivir una vida positiva, plena y con autonomía, consiguiéndose una alta calidad de vida hasta el final, en lugar de una larga e inevitable agonía. Esto se conseguiría mediante unos hábitos de vida saludables, donde la actividad física ocupe un lugar importante.

2.3.5.2. La dependencia funcional percibida por las personas mayores

En primer lugar debe considerarse que la dependencia funcional es uno de los mayores miedos de las personas mayores, aspecto que no es de extrañar tras la conceptualización realizada anteriormente. Así en la encuesta sobre personas mayores publicada por el IMSERSO (2010) se aprecia que, entre los principales temores ante el envejecimiento de estas personas se encuentran: la pérdida de autonomía, con un 27% de respuestas y sentirse inútiles, con un 25%. Por otra parte, en este mismo estudio se obtiene que el 8.1% de las personas mayores no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados.

En los datos recogidos en la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), puede observarse que el 79.4% de las personas de entre 65 y 74 años tienen alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución, aumentando este porcentaje al 86.5% en las personas mayores de 74 años. Asimismo, los porcentajes presentados por las mujeres son mayores que los de los hombres en ambos grupos de edad, ya que en el grupo de entre 65 y 74 años las mujeres presentan un 82.7% en este aspecto y los hombres un 75.5%, aumentando estos porcentajes al 88.8% y al 82.9% respectivamente en las personas de más de 74 años. En este mismo trabajo se encuentra que las personas del grupo de más edad presentan mayores porcentajes de limitación

funcional física severa o total que el grupo de menor edad (gráfico 25). En relación al sexo, las mujeres del grupo de 65-74 años presentan mayores porcentajes de limitación funcional física severa o total que los hombres (14% y 6.9% severa, respectivamente y 37.1% y 26.3% total, respectivamente), aunque en el grupo de más de 74 años son los hombres los que presentan mayores porcentajes al respecto, con un 15.2% en hombres, 12.9% en mujeres en la limitación severa y un 47.6% en hombres y 63.7% en mujeres (tabla 9). Atendiendo al tamaño demográfico de la población de residencia se obtiene que los municipios de población igual o menor a 10.000 habitantes son los que más porcentaje de personas con limitación funcional física presentan, con un 20.5%, mientras que los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes son los que presentan menor porcentaje al respecto, con un 14.3%.

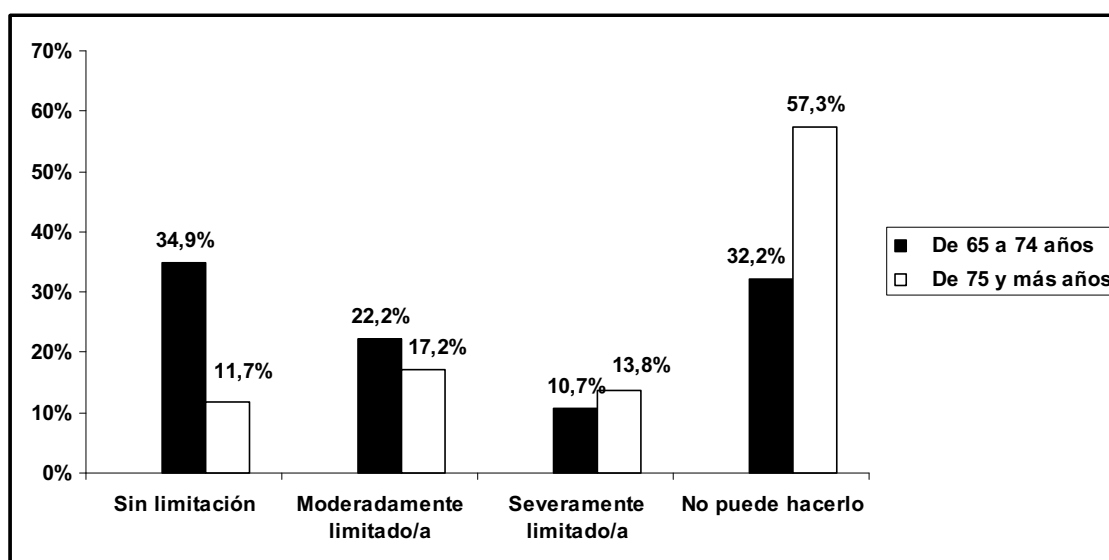


Gráfico 25. Limitación funcional física según el grupo de edad (INE, 2009)

Tabla 9. Limitación funcional física según sexo y grupo de edad (INE, 2009)

	Sin limitación	Moderadamente limitado/a	Severamente limitado/a	No puede hacerlo
Hombres				
De 65 a 74 años	46,32%	20,47%	6,88%	26,33%
De 75 y más años	18,41%	18,76%	15,19%	47,64%
Mujeres				
De 65 a 74 años	25,29%	23,58%	13,98%	37,15%
De 75 y más años	7,31%	16,12%	12,86%	63,7%

Los miembros del Equipo Portal Mayores (2009) tras analizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE en 2006, concluyen que la tasa de discapacidad crece con la edad, que a los 80 años, más de la mitad de la población española tiene problemas para realizar las actividades cotidianas y que ésta es más alta en las personas sin estudios, en los viudos y en los que viven en hogares multigeneracionales (con hijos).

Esparza (2011) expone los resultados de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008. Si se observan estos resultados se comprueba que el 8.5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 2.148.548 son dependientes (55.8%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos. Además, señala que las mujeres representan el 34.8% de todos los dependientes y que su presencia es muy superior en las edades avanzadas. Así, dos de cada tres dependientes son personas de 65 y más años en España. Resulta importante señalar que tal y como expone esta autora, las dificultades de movilidad están en la base de los problemas más frecuentemente referidos por las personas de edad con dependencia. Igualmente, se puede observar que la mayoría de las personas en situación de dependencia reside en capitales de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes (39.9%), seguido de los municipios de menos de 10.000 habitantes (28.4%).

Por otra parte, si atendemos a las personas que se benefician de la ley de dependencia, se puede apreciar que un 67% de las beneficiarias son mujeres y un 33% son hombres (IMSERSO, 2011).

Cohen-Mansfield et al. (2004) se encuentran que las personas mayores con mayor discapacidad física atribuyen mayor importancia a practicar actividad física con personas que tengan su misma edad y a la realización de ejercicio físico con música. También estas personas respondieron que no estaban dispuestas a encontrar el tiempo y el lugar para caminar durante media hora, y que les gustaría andar menos. Asimismo, las personas mayores que sienten algún tipo de dolor señalan que les gustaría caminar menos que las personas que no presentan ningún dolor, valoran en mayor medida practicar ejercicio físico en presencia de un profesional de la salud o un profesional que evalúe el programa, el tipo de ejercicios que deben practicar y sus efectos, practicar en grupo para socializar, y hacerlo con música. Por su parte, las personas con depresión valoran en mayor medida practicar ejercicio físico en una clase que les convenga, además, señalaron que participarían en programas de ejercicio de bajo costo, con un amigo que haga ejercicio con ellos, en grupo para socializar y con otros participantes de su misma edad.

Por su parte, en el estudio de Strawbridge et al. (2002) un 9.8% de las personas mayores estudiadas eran dependientes.

En la investigación de Seguin et al. (2010) realizada en Estados Unidos se obtiene que las personas que participan en el programa de fuerza mejoran la percepción de su propio estado de salud y que disminuyó el dolor. Estos autores explican que estos resultados pueden contribuir a eliminar barreras para la práctica de actividad física.

Igualmente, los datos obtenidos por Peri et al. (2008) en un estudio llevado a cabo con personas mayores en Nueva Zelanda sugieren que la participación en un programa de actividad física por parte de personas con bajo nivel de dependencia mejora su capacidad de realizar las acciones de la vida diaria y su estado de salud.

Dorantes-Mendoza et al. (2007) en una investigación llevada a cabo en México con personas mayores de 60 años obtienen que las personas que, en mayor medida presentaban dependencia funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (7.3% del total) eran las de mayor edad y que en este colectivo predominaban las mujeres. Además, se encuentran que las personas dependientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (8.4% del total), percibían peor su propio estado de salud.

Finalmente, Azpiazu et al. (2002) obtienen que el 58% de las personas mayores son independientes para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (42% dependencia parcial o total), siendo este porcentaje del 78% para las actividades básicas

de la vida diaria (22% dependencia parcial o total). Asimismo, concluyen que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud de las personas mayores. Igualmente, explican que los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador relacionado con la percepción del estado de salud de estas personas, y que el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado.

CAPÍTULO TERCERO

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En el planteamiento del problema de esta tesis doctoral se ha puesto de manifiesto que las personas mayores son un grupo demográfico en continua expansión (Oña, 2002; García, 2005 y Párraga, 2009), debido por un lado a la bajísima natalidad y mortalidad y por otro al constante aumento de la esperanza de vida. Por ello, actualmente estamos asistiendo a un envejecimiento demográfico de la población, especialmente en los países desarrollados (Weinert y Timiras, 2003; Pühse, 2003; Merino, 2007; Giannakouris, 2008; Del Barrio y Abellán, 2009 y Castillo, 2009).

En este contexto, adquieren especial relevancia las investigaciones relacionadas con las personas mayores, especialmente las que abordan diversos aspectos relacionados con la práctica de la actividad física y el deporte, debido a los beneficios físicos, psicológicos, afectivos y sociales que aportan a las personas mayores. No obstante, se ha demostrado que actualmente la participación de este colectivo en dichas actividades es muy escasa (Tokarski, 1991; National Institutes of Health, 2001; Chodzko-Zajko, 2002; OMS, 2002; Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; Pühse, 2003; Martínez del Castillo, 2003; García-Ferrando, 2006; Martínez del Castillo et al., 2006; Nelson et al., 2007; Troiano et al., 2008; Castillo, 2007, 2009; Castejón y Abellán, 2009; Rubio, 2009 y CIS, 2010).

Así, como ha sido abordado en el marco teórico, tras realizar la revisión de la literatura se ha observado que la capacidad funcional de las personas mayores está relacionada con la condición física, la competencia motriz, la dependencia funcional y la salud (Ruiz et al., 1996; Semerjian y Stephens, 2007; Sordo, 2007 y Castillo, 2009). Asimismo, una percepción negativa de estos aspectos podría suponer una barrera de práctica, por lo que se considera importante valorar la percepción que las personas mayores tienen sobre cada uno de ellos, así como sus posibles relaciones, para posteriormente poder establecer programas de actividad física y deporte teniendo en cuenta sus características y necesidades.

Sin embargo, no ha sido desarrollado todavía ningún estudio representativo del conjunto de las personas mayores en España que permita conocer como perciben: su salud, su condición física, su competencia motriz y corporal y su dependencia funcional. Tampoco ha sido realizada ninguna investigación que estudie las citadas variables según tipos de demanda, ni que relacione todo ello con las variables sociodemográficas, los hábitos de pasear, las actividades practicadas o deseadas, la frecuencia de práctica realizada o esperada y la práctica o el deseo de práctica en presencia de un profesor o

profesora. Según Jiménez-Beatty (2002) y Martínez del Castillo et al. (2010), todas las personas que habitan en un territorio pueden ser clasificados en tres tipos de demanda:

- *Demanda Establecida*, es la formada por aquellas personas practicantes de una o más actividades físicas o deportes.
- *Demanda Latente*, es la formada por aquellas personas no practicantes por algún obstáculo o barrera, pero que están interesadas en practicar una o más actividades físicas o deportes.
- *Demanda Ausente*, es la formada por aquellas personas no practicantes y que no están interesadas en realizar ninguna actividad física o deportiva.

Pues bien, partiendo del problema y el objeto general de la investigación, así como del marco teórico elaborado, los objetivos específicos de la presente tesis doctoral con respecto a las personas mayores de 65 años en España, son los siguientes:

I. OBJETIVOS EN LAS CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.

I.1.a. Identificar las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España.

I.1.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España*”.

I.2.a. Identificar las relaciones de las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con las variables sociodemográficas.

I.2.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con las variables sociodemográficas*”.

I.3.a. Identificar las relaciones de las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con los hábitos de pasear.

I.3.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con los hábitos de pasear*”.

II. OBJETIVOS EN LAS CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ.

II.1.a. Identificar las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida.

II.1.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida y las variables sociodemográficas*”.

II.1.c. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor*”.

II.2.a. Identificar las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente.

II.2.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente y las variables sociodemográficas*”.

II.2.c. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor*”.

II.3.a. Identificar las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda ausente.

II.3.b. Aportar evidencias estadísticas en las siguientes hipótesis: “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda ausente y las variables sociodemográficas*”.

CAPÍTULO CUARTO

METODOLOGÍA

4.1 Universo y muestra del estudio

4.2 Instrumento de recogida de información. cuestionario aplicado

4.3 Procedimiento

4.4 Plan de análisis estadístico

4.1 UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO

El UNIVERSO de estudio en la encuesta del subproyecto I+D+i “Investigación prospectiva sobre la influencia del envejecimiento demográfico en las infraestructuras, las necesidades y las barreras percibidas para la práctica del deporte para todos en las personas mayores en España”, en cuyo marco ha sido realizado la presente tesis, eran todas las personas de 65 años cumplidos o más empadronadas en España. Según el Padrón Municipal a 1-1-2006, este universo era de 7.484.392 personas (INE, 2006): siendo mujeres el 57.72% y varones el 42.28%.

Con respecto a la MUESTRA TEÓRICA y dados los recursos finalmente disponibles, se optó por las siguientes opciones en cuanto a su diseño (Miquel et al., 2000; Rodríguez-Osuna, 2000; Sierra-Bravo, 2001 y Santesmases, 2005):

- *El tamaño de la muestra*, dado que era una población infinita o muy numerosa, y trabajando con un intervalo de confianza del 95.5%, un margen de error permitido de muestreo del 3.08% y suponiendo en la varianza poblacional el caso más desfavorable de p igual a 50, luego $q = 50$, debía ser de 1056 personas mayores (Sierra-Bravo, 1999).
- *El tipo de muestreo*, sería probabilístico de tipo polietápico (Miquel et al., 2000; Rodríguez-Osuna, 1991 y Santesmases, 2005). En este tipo de muestreo la selección de las unidades se realiza por etapas sucesivas: “*Las unidades de primera etapa se llaman unidades primarias de muestreo y a las unidades subsecuentes, unidades de segunda etapa, etcétera; a las unidades finales se las suele llamar unidades últimas de muestreo*” (Rodríguez-Osuna, 1991, p. 34).

Pues bien, las unidades de primera etapa fueron los ocho municipios elegidos aleatoriamente de los listados de municipios según tamaño demográfico del INE en 2006. En concreto se extrajeron dos municipios por cada uno de los siguientes tamaños demográficos: menos de 10.000 habitantes; 10.000 a 50.000; 50.000 a 100.000; más de 100.000). Las unidades de segunda etapa fueron todos los barrios existentes en cada uno de los municipios, eligiéndose en cuáles de ellos se iban a aplicar los cuestionarios, mediante elección por sistema aleatorio simple sin reemplazamiento. En cada uno de los barrios seleccionados, las unidades de tercera etapa fueron las calles de inicio de la ruta (conjunto de diez entrevistas a aplicar en esa zona); dicha elección se efectuó al azar sobre el callejero de la ciudad. A partir de ahí eran los entrevistadores quienes continuaban con la selección polietápica, aplicando los criterios de elección que se les indicaron (partiendo de los criterios de los estudios mediante ruta aleatoria de Miquel et al., 2000, p. 166) y seleccionando las siguientes unidades de etapa: portal de inmueble;

planta del edificio, puerta de vivienda y selección de las unidades últimas de muestreo, es decir las personas mayores concretas a entrevistar.

- Respecto a la *afijación de la muestra*, de las diferentes alternativas posibles (Cea, 2004; Sierra-Bravo, 2001 y Rodríguez-Osuna, 1991) se optó por una afijación proporcional a la distribución según género de la población objeto de estudio: es decir el 57.72% de los cuestionarios se aplicarían a mujeres (610 entrevistas) y el 42.28% de los cuestionarios se aplicarían a varones (446 entrevistas). Asimismo se optó por una afijación simple por cada tamaño demográfico, a fin de poder tener un número similar de sujetos en el diseño experimental del tercer subproyecto del proyecto coordinado. En la siguiente tabla 1 vienen reflejados: los porcentajes de personas mayores empadronadas en los municipios según tamaño demográfico de los municipios (INE, explotación del Padrón a 1-1-2006), la afijación proporcional de las 1056 entrevistas de la muestra teórica y la afijación simple efectuada .

Tabla 1. Universo y muestra teórica del estudio

Tamaño demográfico de los municipios (en nº de habitantes)	Población de personas mayores	% población mayor	Afijación proporcional de entrevistas (nº)	Afijación simple de entrevistas (nº)	Afijación simple de entrevistas (%)
>100.000	2.968.188	39,66	419	264	25
50.000 - 100.000	724.677	9,68	102	264	25
10.000 - 50.000	1.715.471	22,92	242	264	25
<10.000	2.076.056	27,74	293	264	25
TOTAL	7.484.392	100,00	1056	1056	100,00

El tamaño de la MUESTRA REAL finalmente obtenida y válida fue de 933 personas mayores (Tabla 2). Por lo tanto, optando por un intervalo de confianza del 95.5%, y suponiendo en la varianza poblacional el caso más desfavorable de $p = 50$, luego $q = 50$, el margen de error permitido de muestreo es del 3.27% (Sierra-Bravo, 2001 y Rodríguez-Osuna, 2000). Respecto a la distribución por *género* fue la siguiente:

53.1% mujeres y 46.9% varones (Tabla 2). Es decir muy próxima a la distribución censada en el universo y prevista en la muestra teórica.

En la *distribución por tamaño demográfico de los municipios*, se logró en los diferentes estratos un número próximo de cuestionarios válidos al previsto en la afijación de la muestra teórica, excepto en los municipios de menos de 10.000 habitantes, donde fue algo menor: 214 cuestionarios válidos frente a los 264 previstos (Tabla 2 y Gráfico 1). Ello se debió principalmente a la gran desconfianza existente en los pequeños municipios estudiados, y especialmente en uno de ellos, donde en los meses previos había habido algunos problemas de seguridad.

En referencia a las *edades de la muestra real* (Tabla 3), el 54.7% tenían entre 65 y 74 años y el 45.3 % superaban los 75 años. Es decir una distribución muy próxima a la observada en el universo: 52% y 48% respectivamente (INE, 2006).

Respecto a su *estado civil* (Tabla 4), la mayoría estaban casados (65.3%) o lo habían estado (26.7% de viudas/os). Si bien la mayor esperanza de vida de la mujer deja sentir con gran claridad, su influencia en la distribución según género de esta variable: en los varones sólo había un 12.4% de viudos, mientras que en las mujeres, casi la mitad estaban viudas (39.4%).

La variable *nivel de estudios* también refleja a través de esta muestra (Tabla 5), los diferentes entornos sociales con respecto a la actualidad, en que crecieron y se formaron estas personas, sobre todo los mayores de setenta y cinco años: un tercio no tenían ningún tipo de estudios (36.3%); la mitad sólo contaba con estudios primarios (51.5%); un 6.7% tenía estudios de bachiller o formación profesional y sólo un 5.4% habían culminados estudios universitarios. Esta tendencia de reducida formación es algo más acusada en las mujeres (sólo el 8% tenía estudios de bachiller o universitarios) que en los varones (el 17% tenía estudios de bachiller o universitarios).

En referencia a la distribución según la *clase social percibida* se observa que la mayoría se consideran de clase media (Tabla 6): el 55.3% de clase media-media y el 27.6% de media-baja. Tan sólo el 8.4% se consideraba de clase baja y el 8.9 % de clase media-alta o alta.

En cuanto al *nivel de ingresos* (Tabla 7), la mitad de las personas mayores declararon vivir con los ingresos suficientes (47.4%), pero la otra mitad vivía con estrecheces e incluso un 5.1% necesitaba que le ayudaran económicamente. En las distribuciones por género o edad de los niveles de ingresos, se han observado unos

porcentajes algo superiores de situaciones económicas no adecuadas en las mujeres y en las personas mayores de 75 años.

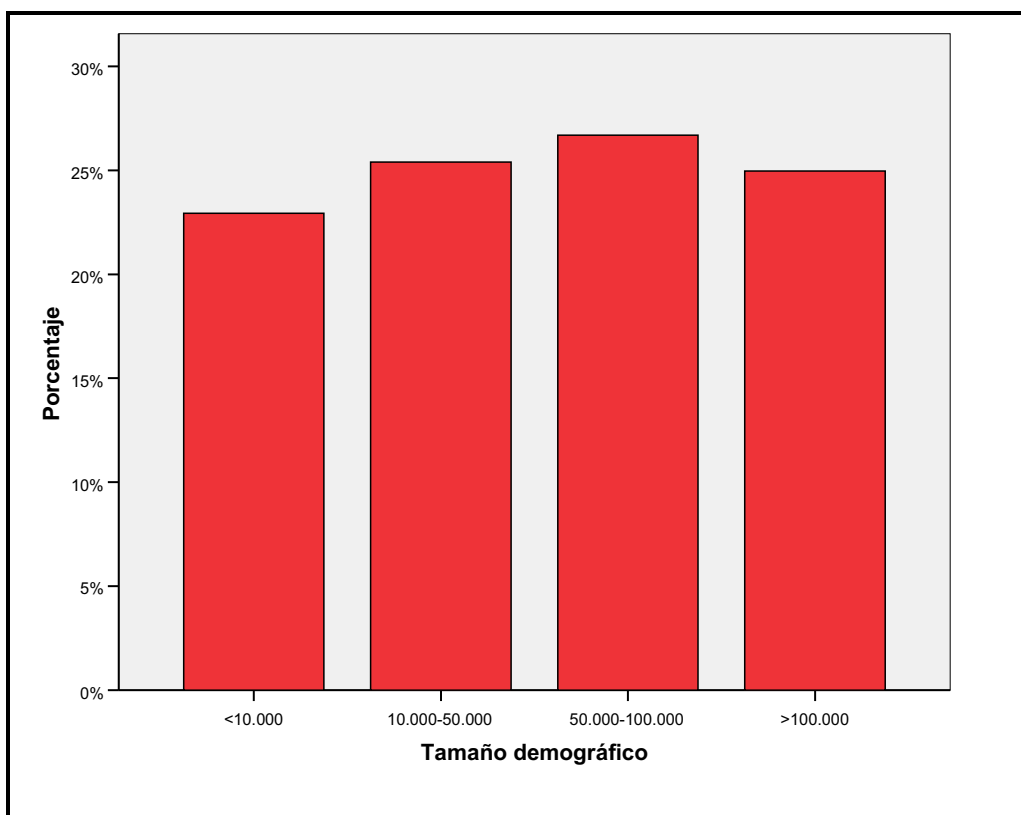


Gráfico 1. Distribución de la muestra real según tamaño demográfico

Tabla 2. Distribución de la muestra real según tamaño demográfico y género

Tabla de contingencia Tamaño demográfico * Género

		Género			
		Hombre	Mujer	Total	
Tamaño demográfico	<10.000	Recuento	94	120	214
		% de Tamaño demográfico	43.9%	56.1%	100.0%
10.000-50.000	Recuento	119	118	237	
	% de Tamaño demográfico	50.2%	49.8%	100.0%	
50.000-100.000	Recuento	115	134	249	
	% de Tamaño demográfico	46.2%	53.8%	100.0%	
>100.000	Recuento	110	123	233	
	% de Tamaño demográfico	47.2%	52.8%	100.0%	
Total	Recuento	438	495	933	
	% de Tamaño demográfico	46.9%	53.1%	100.0%	

Tabla 3. Distribución según grupo de edad y género

Tabla de contingencia Edad * Género

		Género			
		Hombre	Mujer	Total	
Edad	<=74	Recuento	250	260	510
		% de Edad	49.0%	51.0%	100.0%
		% de Género	57.1%	52.5%	54.7%
	>=75	Recuento	188	235	423
		% de Edad	44.4%	55.6%	100.0%
		% de Género	42.9%	47.5%	45.3%
Total		Recuento	438	495	933
		% de Edad	46.9%	53.1%	100.0%
		% de Género	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4. Distribución según estado civil y género

Tabla de contingencia Estado civil * Género

		Género			
		Hombre	Mujer	Total	
Estado civil	Soltero/a	Recuento	26	30	56
		% de Género	6.0%	6.1%	6.0%
	Casado/a	Recuento	347	258	605
		% de Género	79.6%	52.7%	65.3%
	En pareja	Recuento	1	0	1
		% de Género	.2%	.0%	.1%
	Separado/a	Recuento	3	3	6
		% de Género	.7%	.6%	.6%
	Divorciado/a	Recuento	5	6	11
		% de Género	1.1%	1.2%	1.2%
	Viudo/a	Recuento	54	193	247
		% de Género	12.4%	39.4%	26.7%
Total		Recuento	436	490	926
		% de Género	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5. Distribución según nivel de estudios y género

Tabla de contingencia Nivel de estudios * Género

		Género			
			Hombre	Mujer	Total
Nivel de estudios	Sin estudios	Recuento	152	182	334
		% de Género	35.2%	37.4%	36.3%
	Estudios primarios	Recuento	207	266	473
		% de Género	47.9%	54.6%	51.5%
	FP - Bachiller	Recuento	42	20	62
		% de Género	9.7%	4.1%	6.7%
	Universitarios	Recuento	31	19	50
		% de Género	7.2%	3.9%	5.4%
Total		Recuento	432	487	919
		% de Género	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6. Distribución según clase social percibida y género

Tabla de contingencia Clase social * Género

		Género			
			Hombre	Mujer	Total
Clase social	Alta	Recuento	4	1	5
		% de Género	.9%	.2%	.5%
	Media alta	Recuento	44	33	77
		% de Género	10.2%	6.8%	8.4%
	Media media	Recuento	252	255	507
		% de Género	58.3%	52.7%	55.3%
	Media baja	Recuento	112	141	253
		% de Género	25.9%	29.1%	27.6%
	Baja	Recuento	20	54	74
		% de Género	4.6%	11.2%	8.1%
Total		Recuento	432	484	916
		% de Género	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 7. Distribución según nivel de ingresos y género

Tabla de contingencia Ingresos * Género

		Género		Total	
		Hombre	Mujer		
Ingresos	Suficientes	Recuento	221	214	435
		% de Género	51.4%	43.9%	47.4%
	Estrecheces	Recuento	189	247	436
		% de Género	44.0%	50.6%	47.5%
	Con ayuda	Recuento	20	27	47
		% de Género	4.7%	5.5%	5.1%
Total		Recuento	430	488	918
		% de Género	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 8. Distribución según nivel de estudios y grupo de edad

		Edad		Total	
		<=74	>=75		
Nivel de estudios	Sin estudios	Recuento	167	167	334
		% de Edad	33.4%	39.9%	36.3%
	Estudios primarios	Recuento	257	216	473
		% de Edad	51.4%	51.6%	51.5%
	FP - Bachiller	Recuento	44	18	62
		% de Edad	8.8%	4.3%	6.7%
	Universitarios	Recuento	32	18	50
		% de Edad	6.4%	4.3%	5.4%
Total		Recuento	500	419	919
		% de Edad	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 9. Distribución según nivel de ingresos y grupo de edad

Tabla de contingencia Ingresos * Edad

		Edad		Total	
		<=74	>=75		
Ingresos	Suficientes	Recuento	249	186	435
		% de Edad	49.7%	44.6%	47.4%
	Estrecheces	Recuento	226	210	436
		% de Edad	45.1%	50.4%	47.5%
	Con ayuda	Recuento	26	21	47
		% de Edad	5.2%	5.0%	5.1%
Total		Recuento	501	417	918
		% de Edad	100.0%	100.0%	100.0%

4.2. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN. CUESTIONARIO APLICADO

Para captar la información necesaria para los objetivos del subproyecto I+D+i “Investigación prospectiva sobre la influencia del envejecimiento demográfico en las infraestructuras, las necesidades y las barreras percibidas para la práctica del deporte para todos en las personas mayores en España” y de la presente tesis, se partió del “Cuestionario estandarizado de Actividad Física y Personas Mayores” elaborado por Graupera Sanz y Martínez del Castillo para medir las demandas de actividad física de las personas mayores y otras variables relacionadas (Graupera, Martínez del Castillo y Martín-Novo, 2003), y ya aplicado y validado en posteriores estudios (Jiménez-Beatty, 2002; Jiménez-Beatty, Martínez del Castillo, Graupera y Pouso, 2002; Jiménez-Beatty et al., 2007 y Martínez del Castillo et al., 2010).

Dicho cuestionario estandarizado fue adaptado a los objetivos del subproyecto I+D+i y de la presente tesis, incluyendo sólo los ítem relacionados con dichos objetivos. El cuestionario aplicado al total de la muestra del subproyecto I+D+i (expuesto en el Anexo I), se compone de 26 preguntas, correspondientes a 26 variables, y de las que en la presente tesis se analizan sólo las variables incluidas en los objetivos e hipótesis, es decir las siguientes variables:

a) Variables sociodemográficas

- Tamaño demográfico del municipio de residencia
- Género
- Edad
- Clase social percibida

b) Variables dependientes comunes a todas las personas mayores

- Satisfacción con estado de salud
- Condición Física percibida
- Dependencia funcional
- Competencia motriz y corporal percibida
- Hábitos de pasear
- Variable tipo de demanda de actividad física semanal:
 - Demanda Establecida
 - Demanda Latente
 - Demanda Ausente

c) En la Demanda Establecida

- Categorías de actividades practicadas
- Horas de práctica semanal realizada
- Presencia de profesor en la actividad

d) En la Demanda Latente

- Categorías de actividades deseadas
- Horas de práctica semanal deseada
- Presencia deseada de profesor en la actividad

4.3. PROCEDIMIENTO

Según Cea (2004) y Miquel et al. (2000), el trabajo de campo comprende el conjunto de acciones necesarias para la recogida física de la información: acciones que permiten localizar a las personas que deben contestar a las preguntas; acciones de aplicación de los cuestionarios y registro de la información deseada; así como la comprobación de los soportes de información una vez cumplimentados.

Pues bien, el trabajo de campo englobó el conjunto de acciones necesarias para la recogida física de la información y se compuso de las siguientes fases (Cea, 2004 y Miquel et al., 2000):

- la planificación del trabajo de campo,
- la selección y formación de los entrevistadores,
- la realización física del trabajo de campo,
- las acciones de control y supervisión.

Con respecto a la planificación del trabajo de campo, fue realizada durante el mes de mayo de 2006. La selección y formación de los entrevistadores en el cuestionario estandarizado de la investigación (Anexo I), en las rutas y cuotas de género a aplicar, y en los criterios de selección de las personas mayores a entrevistar, tuvo lugar en los meses de octubre y noviembre de 2006.

Finalmente el trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de diciembre de 2006. En él, los entrevistadores aplicaron el cuestionario estandarizado mediante entrevista personal estructurada cara a cara, en el domicilio habitual de la persona mayor seleccionada. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de catorce minutos, que oscilaban entre los ocho minutos cuando los entrevistados eran no practicantes no interesados y en torno a diecinueve minutos cuando los entrevistados

eran practicantes y además querían realizar alguna otra actividad física, que en ese momento no podían realizar.

Durante el transcurso del trabajo de campo y a su término, se efectuaron las tareas de control y supervisión. Comprobando que las rutas y su respectivas cuotas de varones y mujeres habían sido completadas. Comprobando así mismo que los cuestionarios se hallaran total y adecuadamente cumplimentados, es decir que se hubieran recogido todas las informaciones previstas y además verificando que los datos realmente hubieran sido recogidos como se debían recoger (Cea, 2004 y Miquel, 2000). En los casos que no fue así, 123, se rechazaron los cuestionarios. Es por ello que la muestra real final estuvo compuesta por las 933 personas mayores reflejadas en la tabla 2.

4.4. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Partiendo del marco teórico y de los objetivos del estudio, así como siguiendo las indicaciones para el análisis de los datos de encuesta de López-Pintor y Wert (2000), y de Cea (2004), se decidió realizar los siguientes análisis de datos mediante el paquete informático de programas SPSS para WINDOWS (V 15.0):

- Análisis descriptivo:

- Análisis univariable mediante gráficas de distribución de frecuencias relativas (porcentajes),
- Análisis bivivariable mediante tablas de frecuencias relativas,
- Análisis inferencial:
 - Análisis de tablas de contingencia, incluyendo el coeficiente de correlación Phi, y el valor de Chi-cuadrado de Pearson y su significación (expuestas en los Anexos correspondientes a cada apartado del análisis de resultados).

CAPÍTULO QUINTO

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en el conjunto de las personas mayores en España

5.2 Salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal percibidas y su situación en los tipos de demanda de actividad física en la vejez

5.1 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

En el presente apartado se expondrán los resultados obtenidos en relación a la satisfacción con el estado de salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores en España, de tal forma que en primer lugar se expondrán los resultados globales de cada una de las variables, así como las relaciones existentes entre las mismas. Posteriormente, se relacionarán dichas variables con las diferentes variables sociodemográficas y por último se expondrán los resultados obtenidos tras relacionar las variables que nos ocupan con el los hábito de pasear.

5.1.1 Relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas

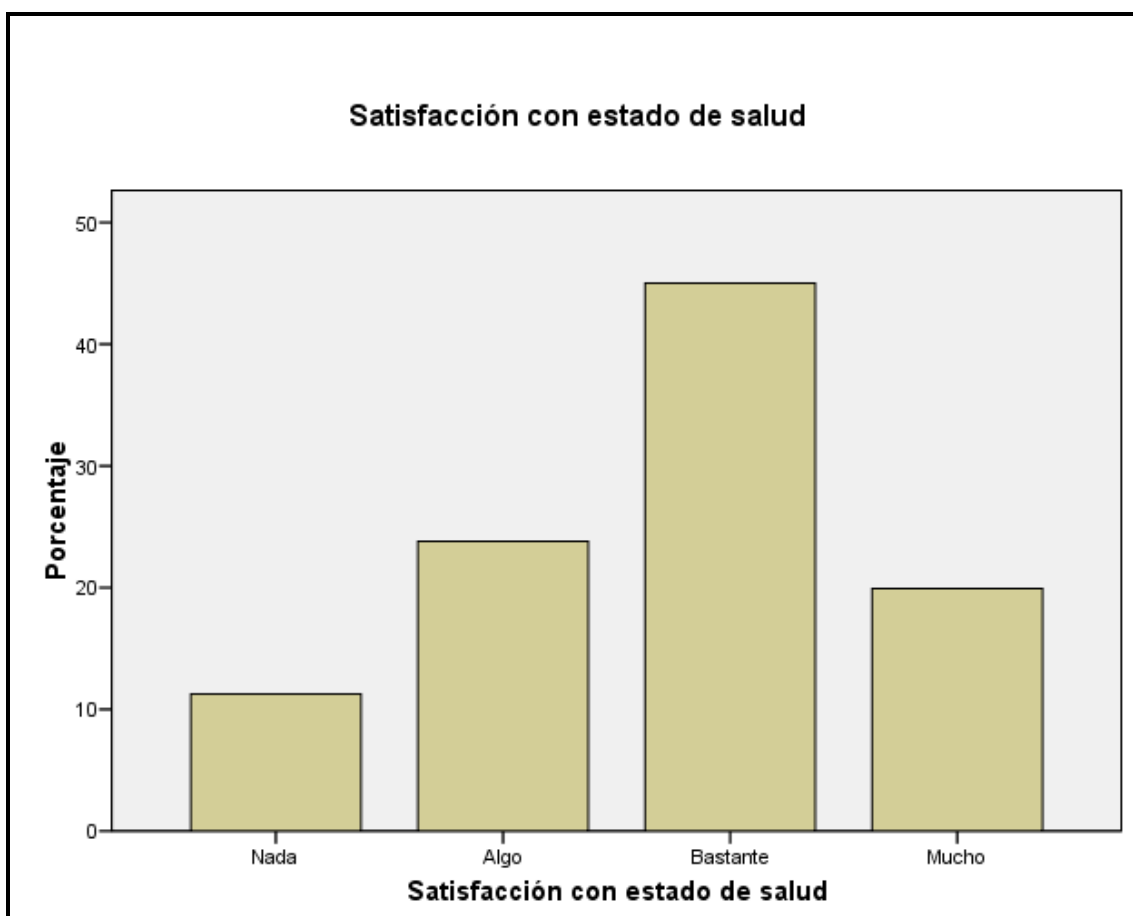


Gráfico 1. Satisfacción de las personas mayores con su estado de salud

En el gráfico 1 se puede observar que el 45% de las personas mayores se sienten bastante satisfechas con su estado de salud y que el 19.9% están muy satisfechas con el mismo. Asimismo, se observa que existe un porcentaje del 23.8% que afirman sentirse solamente algo satisfechas con su estado de salud y un preocupante 11.3% de las personas señalan no estar nada satisfechas con éste.

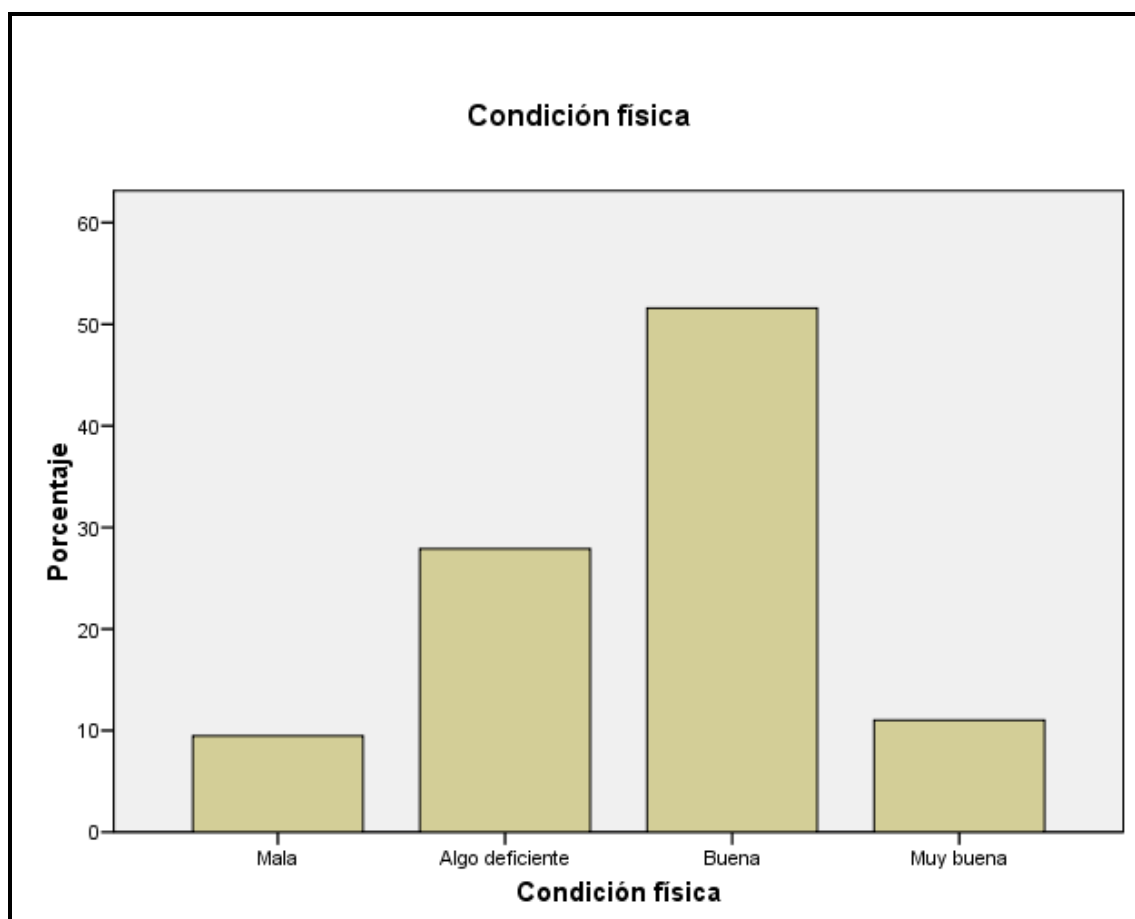


Gráfico 2. Condición física percibida por las personas mayores

En relación a la condición física, el 51.6% de las personas mayores considera que ésta es buena, el 27.9% percibe que es algo deficiente, el 11% señala que es muy buena y el 9.5% estima que su condición física es mala (gráfico 2).

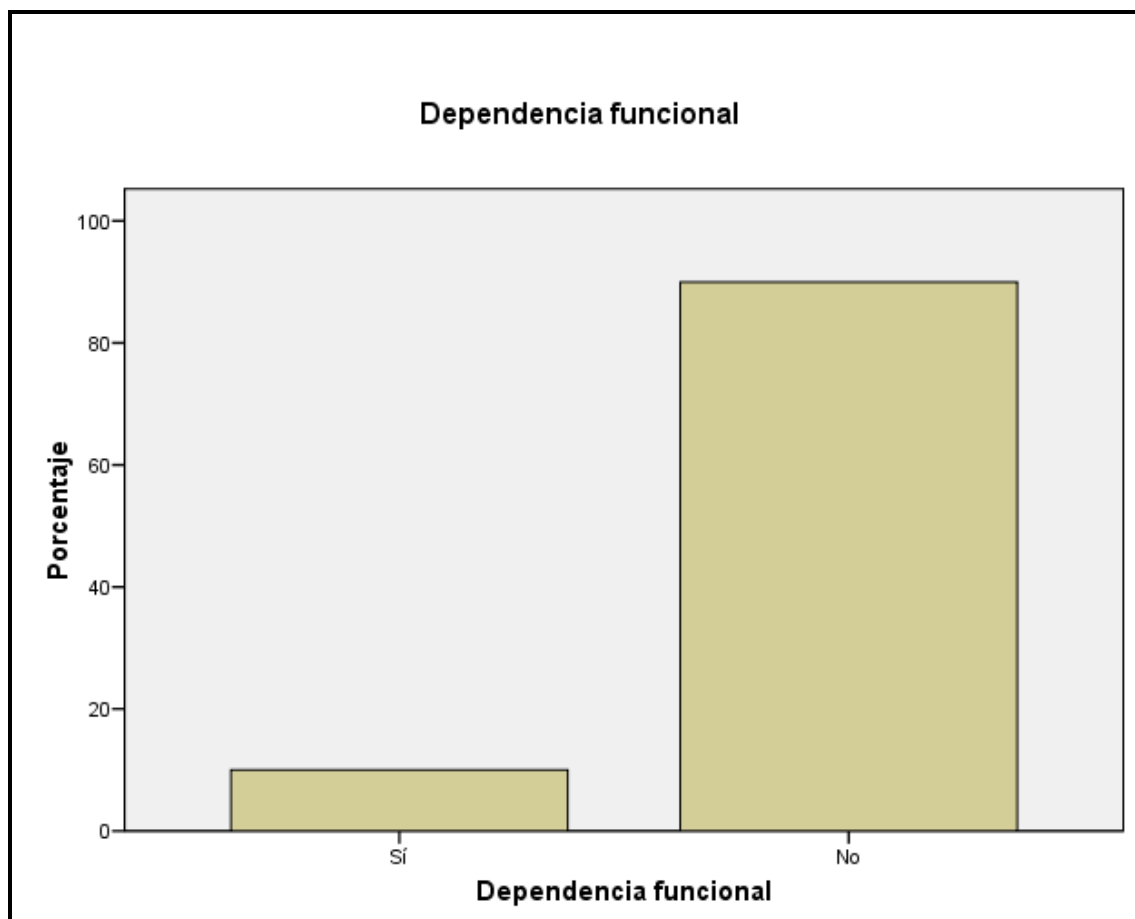


Gráfico 3. Dependencia funcional percibida por las personas mayores

En cuanto a la dependencia funcional percibida por las personas mayores en España, en el gráfico 3 se observa claramente que la mayoría de las personas no es dependiente (90%), lo que resulta un dato bastante alentador de cara a la posibilidad de estas personas de practicar algún tipo de actividad física. Sin embargo, cabe señalar que existe un pequeño porcentaje del 10% que sí es dependiente.

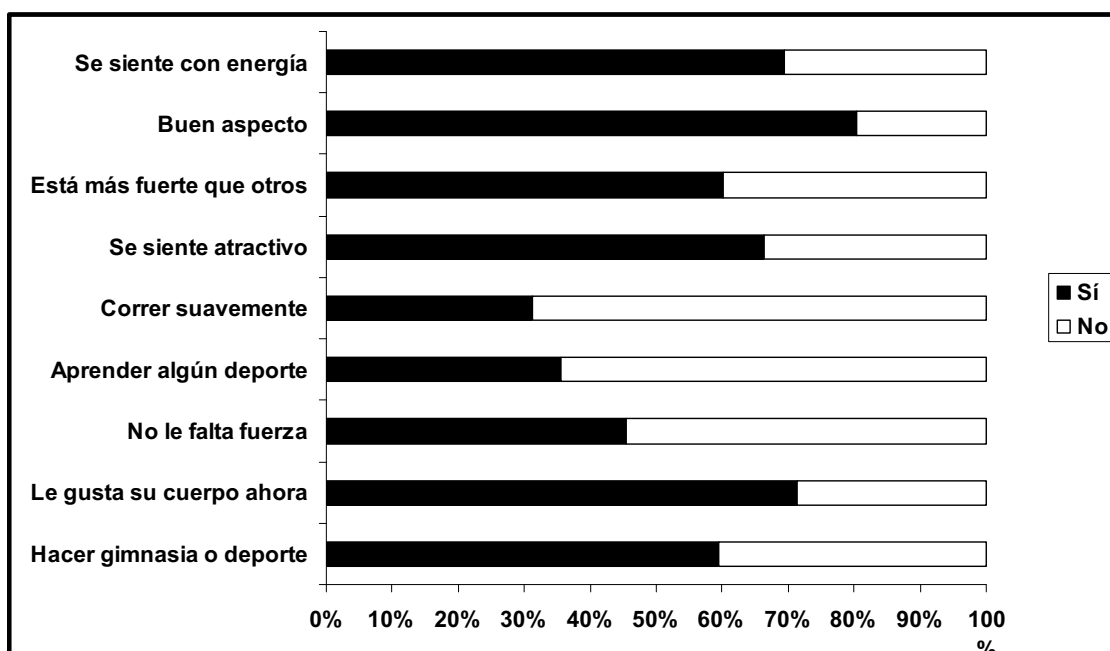


Gráfico 4. Competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores

Por otra parte, atendiendo a la competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores en España, en el gráfico 4 queda reflejado que un 80% de las personas entrevistadas considera que tiene buen aspecto físico, alrededor de un 70% se siente habitualmente con energía y le gusta como es su cuerpo ahora, y un 60% de las personas, aproximadamente, se sienten atractivas para las demás, consideran que están más fuerte que otras personas de su edad y se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte. Asimismo, un poco menos de la mitad de las personas responden que no les falta fuerza para hacer las cosas, alrededor de un 40% creen que son capaces de aprender un deporte nuevo y un 30% aproximadamente consideran que serían capaces de aprender un deporte nuevo.

Asimismo, al efectuar el análisis bivariable entre las variables anteriormente expuestas se han obtenido los siguientes resultados:

- En cuanto a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la condición física percibida por las personas mayores (tabla 1), puede apreciarse que, en general, a medida que las personas están más satisfechas con su estado de salud perciben que tienen una mejor condición física, y de igual modo, a medida que las personas perciben que tienen una mejor condición física están más satisfechas con su estado de salud. Cabe destacar que menos de la mitad de las

personas mayores que están muy satisfechas con su estado de salud perciben que su condición física es muy buena. En cambio, la mayoría de las personas que señalan que tienen muy buena condición física están muy satisfechas con su estado de salud (74.7%). Existe una relación significativa entre las variables satisfacción con el estado de salud y condición física percibida, siendo ésta además alta ($\Phi = .83$, $p = < .01$). Todas las tablas de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.1.1 están incluidas en el Anexo II.

- Atendiendo a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la dependencia funcional, en la tabla 2 queda reflejado que la inmensa mayoría de las personas que están muy satisfechas con su estado de salud no tienen dependencia funcional (96.7%), observándose además un descenso de personas dependientes a medida que aumenta la satisfacción con el estado de salud. Además, se observa que existe relación significativa entre ambas variables, siendo ésta moderada ($\Phi = .25$, $p = < .01$).
- En lo que a la relación entre condición física y dependencia funcional se refiere (tabla 3), se observan resultados similares a los comentados en el análisis anterior, ya que la gran mayoría de las personas que perciben su condición física como muy buena no tienen dependencia funcional (97%), y además también se observa un descenso de personas dependientes a medida que aumenta la condición física percibida, ya que de las personas con dependencia funcional, el 69.2%, percibe su condición física como mala o algo deficiente y el 30.7% como buena o muy buena. Así, la relación entre ambas variables es significativa, aunque es baja o ligera ($\Phi = .24$, $p = < .01$).
- Por último, se expondrán los resultados obtenidos tras relacionar cada uno de los ítems de la variable competencia motriz y corporal con las variables satisfacción con estado de salud, condición física y dependencia funcional.
- En cuanto a la satisfacción con el estado de salud, se han obtenido los siguientes resultados: el 76.5% de las personas que están muy satisfechas con su estado de salud se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, representando el 66.7% las que están bastante satisfechas. Además, se aprecia una relación moderada entre ambas variables y siendo ésta significativa ($\Phi = .31$, $p = < .01$). Asimismo, el 77.3% de las personas a las que sí les gusta su cuerpo ahora están bastante o muy satisfechas con su estado de salud, comprobándose además que a la gran

mayoría de las personas bastante o muy satisfechas con éste les gusta su cuerpo ahora (78.6% y 91.2% respectivamente) (tabla 5). Además, se ha obtenido una relación moderada y significativa entre ambas variables ($\Phi = .39$, $p = < .01$). Por otra parte, tal y como se puede observar en la tabla 6, casi la mitad de las personas mayores a las que muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas afirman estar nada o algo satisfechas con su estado de salud (17.9% y 31.8% respectivamente), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables ($\Phi = .36$, $p = < .01$). Además, a medida que las personas se sienten más capaces de aprender algún deporte nuevo se sienten más satisfechas con su estado de salud (tabla 7), encontrándose una relación baja o ligera, pero significativa entre estas variables ($\Phi = .22$, $p = < .01$). El 81.7% de las personas que piensan que son capaces de correr suavemente están bastante o muy satisfechas con su estado de salud (tabla 8), presentando estas variables una relación moderada y significativa ($\Phi = .28$, $p = < .01$). También se puede observar que en general, a medida que las personas se sienten más atractivas están más satisfechas con su estado de salud (tabla 9), encontrándose una relación baja entre ambas variables, aunque estadísticamente significativa ($\Phi = .23$, $p = < .01$). Por otra parte, el 45.8% de las personas que se sienten más fuertes que otras están bastante satisfechas con su estado de salud y el 29.2% afirman estar muy satisfechas con el mismo (tabla 10), comprobándose que la relación existente entre estas variables es moderada y significativa ($\Phi = .30$, $p = < .01$). Por su parte, el 74.8% de las personas que creen que su aspecto físico es bueno están muy o bastante satisfechas con su estado de salud (tabla 11), existiendo una relación moderada y significativa entre dichas variables ($\Phi = .30$, $p = < .01$). Finalmente, el 77.1% de las personas que se sienten con energía también se sienten muy o bastante satisfechas con su estado de salud (tabla 12), obteniéndose una relación moderada y significativa al respecto ($\Phi = .39$, $p = < .01$).

- En relación a la condición física, los resultados obtenidos son los siguientes: en primer lugar, cabe destacar que la gran mayoría de las personas mayores que se creen capaces de hacer gimnasia o deporte perciben su condición física como buena (62.7%) o muy buena (16%), representando el 17.6% las personas que creen que son capaces de practicar gimnasia o deporte y perciben su condición física como algo deficiente y el 3.7% los que la perciben como mala (tabla 13).

Además la relación obtenida entre ambas variables es moderada y significativa ($\Phi = .40, p = < .01$). En segundo lugar, la mayoría de las personas a las que sí les gusta cómo es su cuerpo ahora perciben su condición física como buena o muy buena (76%) (tabla 14), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables ($\Phi = .40, p = < .01$). En tercer lugar, aproximadamente la mitad de las personas mayores que afirman que muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (52.7%) perciben su condición física como mala o deficiente (15.4% y 37.3% respectivamente) (tabla 15). Así, la relación obtenida entre estas variables es moderada y significativa ($\Phi = .37, p = < .01$). Por otra parte, únicamente el 19.4% de las personas que están dispuestas a aprender un nuevo deporte perciben su condición física como algo deficiente o mala, representando el 80.6% las personas que perciben ésta como buena o muy buena (tabla 16). Cabe resaltar que se ha encontrado una relación moderada y significativa entre estas variables ($\Phi = .26, p = < .01$). Asimismo, tan sólo el 13% de las personas mayores que se creen capaces de correr suavemente perciben su condición física como mala (1.1%) o algo deficiente (11.9%) (tabla 17), existiendo una relación moderada y significativa entre estas variables ($\Phi = .36, p = < .01$). Igualmente, la mayoría de las personas mayores que se sienten atractivas (75%) perciben su condición física como buena o muy buena (tabla 18), presentando ambas variables una relación moderada y significativa ($\Phi = .27, p = < .01$). Por su parte, menos de la mitad de las personas mayores que niegan sentirse más fuerte que otras personas de su misma edad (44.7%) perciben su condición física como buena o muy buena (tabla 19), siendo moderada y significativa la relación encontrada al respecto ($\Phi = .37, p = < .01$). Otro aspecto que se debe considerar en relación a la competencia corporal es la percepción del buen aspecto físico, ya que el 74.5% de las personas mayores que consideran que tienen buen aspecto físico, también percibe su condición física como buena o muy buena (tabla 20), existiendo una relación moderada y significativa entre estas variables ($\Phi = .34, p = < .01$). Por último, reflejar que tan sólo el 34.2% de las personas que no se sienten con energía perciben su condición física como buena o muy buena (tabla 21). Así, la relación existente entre estas variables es moderada y significativa ($\Phi = .43, p = < .01$).

- Atendiendo a la dependencia funcional, a continuación se muestran los resultados obtenidos: de las personas mayores que sí se creen capaces de hacer

gimnasia o deporte, únicamente el 5.7% tiene dependencia funcional, y del total de personas que sí tienen dependencia funcional, el 33.7% se cree capaz de hacer gimnasia o deporte (tabla 22). Además, existe una relación ligera o baja, aunque significativa entre ambas variables ($\Phi = -.18$, $p = < .01$). Por otra parte, en la tabla 23 queda reflejado que del total de las personas mayores a las que sí les gusta como es su cuerpo ahora, únicamente el 8.1% padece dependencia funcional, en cambio, al 60% de las personas que padecen dependencia funcional les gusta como es su cuerpo ahora, existiendo una relación baja o ligera, aunque significativa entre dichas variables ($\Phi = -.08$, $p = .02$). Asimismo, la gran mayoría de las personas mayores que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (95.1%) no tienen dependencia funcional (tabla 24), encontrándose una relación baja, pero significativa entre estas variables ($\Phi = -.16$, $p = < .01$). Cabe destacar que la gran mayoría de las personas que se creen capaces de aprender un nuevo deporte (92.2%) no padecen dependencia funcional, aumentando el porcentaje de dependencia en las personas que no se creen capaces de ello (11.5% de personas con dependencia funcional) (tabla 25), aunque la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = -.06$, $p = .09$). En relación a las personas que se creen capaces de correr suavemente, la gran mayoría 95.7% no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas (tabla 26). La relación entre estas variables es baja, aunque significativa ($\Phi = -.13$, $p = < .01$). Por otro lado, la mayoría de las personas que se sienten atractivas para las demás no tienen dependencia funcional (91%), aunque cabe destacar que la mayoría de las personas con dependencia funcional se sienten atractivas para las demás (61.2%) (tabla 27). A pesar de ello no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .04$, $p = .33$). En otro sentido, la mayoría de las personas que afirman sentirse más fuertes que otras de su edad (91.9%) no tienen dependencia funcional y de las personas que sí la tienen, el 52.9% afirma no sentirse más fuerte que otros (tabla 28). Existe una relación ligera, aunque significativa entre dichas variables ($\Phi = -.09$, $p = .02$). En relación a la percepción del aspecto físico, la dependencia funcional no parece un factor determinante, ya que de las personas dependientes, casi el 72% afirman que tienen buen aspecto físico (tabla 29), aunque no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = .06$). Finalmente, la mitad de las personas con dependencia funcional se sienten con energía y del total de

personas que se sienten con energía, la gran mayoría no tienen dependencia funcional (tabla 30). Cabe resaltar que la relación entre ambas variables es ligera, pero significativa ($\Phi = - .14$, $p = < .01$).

Tabla 1. Satisfacción con estado de salud y condición física

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Condición física

			Condición física				Total
			Mala	Algo deficiente	Buena	Muy buena	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	53,4%	35,0%	11,7%	0%	100,0%
		% de Condición física	64,0%	14,3%	2,6%	0%	11,4%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	7,9%	59,3%	31,0%	1,9%	100,0%
		% de Condición física	19,8%	50,8%	14,4%	4,0%	23,9%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	2,2%	19,9%	72,6%	5,2%	100,0%
		% de Condición física	10,5%	31,7%	62,7%	21,2%	44,5%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	2,7%	4,4%	52,2%	40,7%	100,0%
		% de Condición física	5,8%	3,2%	20,4%	74,7%	20,2%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	9,5%	27,9%	51,6%	11,0%	100,0%
		% de Condición física	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2. Satisfacción con estado de salud y dependencia funcional**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Dependencia funcional**

			Dependencia funcional		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	27,5%	72,5%	100,0%
		% de Dependencia funcional	30,4%	9,0%	11,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	15,1%	84,9%	100,0%
		% de Dependencia funcional	35,9%	22,4%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	6,0%	94,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	27,2%	47,2%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	3,3%	96,7%	100,0%
		% de Dependencia funcional	6,5%	21,4%	19,9%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	10,0%	90,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3. Condición física y dependencia funcional**Tabla de contingencia Condición física * Dependencia funcional**

			Dependencia funcional		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	27,4%	72,6%	100,0%
		% de Dependencia funcional	25,3%	7,5%	9,3%
	Algo deficiente	% de Condición física	15,9%	84,1%	100,0%
		% de Dependencia funcional	44,0%	26,1%	27,9%
	Buena	% de Condición física	5,4%	94,6%	100,0%
		% de Dependencia funcional	27,5%	54,4%	51,7%
	Muy buena	% de Condición física	3,0%	97,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	3,3%	11,9%	11,1%
Total		% de Condición física	10,1%	89,9%	100,0%
		% de Dependencia funcional	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4. Satisfacción con estado de salud y hacer gimnasia o deporte**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Hacer gimnasia o deporte**

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	27,7%	72,3%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	5,4%	20,6%	11,6%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	46,3%	53,7%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	18,1%	30,8%	23,3%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	50,1%	36,7%	44,7%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	76,5%	23,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	26,4%	11,9%	20,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5. Satisfacción con estado de salud y le gusta su cuerpo ahora**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Le gusta su cuerpo ahora**

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	33,7%	66,3%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	5,1%	24,9%	10,7%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	17,6%	34,2%	22,3%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	78,6%	21,4%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	51,1%	34,6%	46,4%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	91,2%	8,8%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	26,2%	6,3%	20,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	71,4%	28,6%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. Satisfacción con estado de salud y no le falta fuerza**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*No le falta fuerza**

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	13,0%	87,0%	100,0%
		% de No le falta fuerza	3,1%	17,9%	11,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	27,2%	72,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	14,0%	31,8%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	53,8%	46,2%	100,0%
		% de No le falta fuerza	53,0%	38,6%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	68,3%	31,7%	100,0%
		% de No le falta fuerza	29,8%	11,7%	20,0%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	45,9%	54,1%	100,0%
		% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. Satisfacción con estado de salud y aprender algún deporte**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Aprender algún deporte**

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	17,3%	82,7%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	5,8%	15,3%	11,9%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	24,6%	75,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	15,8%	26,7%	22,8%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	50,0%	41,4%	44,5%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	48,5%	51,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	28,4%	16,6%	20,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8. Satisfacción con estado de salud y correr suavemente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Correr suavemente**

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	7,7%	92,3%	100,0%
		% de Correr suavemente	2,9%	15,6%	11,6%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	20,4%	79,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	15,4%	27,3%	23,6%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	34,8%	65,2%	100,0%
		% de Correr suavemente	49,8%	42,3%	44,6%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	49,4%	50,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	31,9%	14,8%	20,1%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	31,2%	68,8%	100,0%
		% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9. Satisfacción con estado de salud y se siente atractivo**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Se siente atractivo**

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Se siente atractivo	7,8%	15,4%	10,3%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	54,4%	45,6%	100,0%
		% de Se siente atractivo	19,1%	31,7%	23,3%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	69,3%	30,7%	100,0%
		% de Se siente atractivo	48,6%	42,7%	46,6%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	82,8%	17,2%	100,0%
		% de Se siente atractivo	24,6%	10,1%	19,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	66,5%	33,5%	100,0%
		% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 10. Satisfacción con estado de salud y está más fuerte que otros**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Está más fuerte que otros**

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	32,4%	67,6%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	5,6%	17,7%	10,5%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	49,1%	50,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	19,4%	30,3%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	62,1%	37,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	45,8%	42,1%	44,3%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	81,5%	18,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	29,2%	10,0%	21,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	60,1%	39,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 11. Satisfacción con estado de salud y buen aspecto**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Buen aspecto**

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	58,2%	41,8%	100,0%
		% de Buen aspecto	7,3%	21,7%	10,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	67,3%	32,7%	100,0%
		% de Buen aspecto	17,9%	36,2%	21,5%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	84,9%	15,1%	100,0%
		% de Buen aspecto	50,2%	36,8%	47,6%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	95,1%	4,9%	100,0%
		% de Buen aspecto	24,6%	5,3%	20,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	80,6%	19,4%	100,0%
		% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 12. Satisfacción con estado de salud y se siente con energía**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Se siente con energía**

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	33,3%	66,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	5,2%	23,9%	10,8%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	53,3%	46,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	17,7%	35,9%	23,2%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	77,8%	22,2%	100,0%
		% de Se siente con energía	50,4%	33,2%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	89,9%	10,1%	100,0%
		% de Se siente con energía	26,7%	6,9%	20,7%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	69,8%	30,2%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13. Condición física y hacer gimnasia o deporte**Tabla de contingencia Condición física*Hacer gimnasia o deporte**

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	22,6%	77,4%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	3,7%	18,7%	9,8%
	Algo deficiente	% de Condición física	39,0%	61,0%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	17,6%	40,5%	26,9%
	Buena	% de Condición física	72,1%	27,9%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	62,7%	35,6%	51,7%
	Muy buena	% de Condición física	82,0%	18,0%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	16,0%	5,2%	11,6%
Total		% de Condición física	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14. Condición física y le gusta su cuerpo ahora**Tabla de contingencia Condición física*le gusta su cuerpo ahora**

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	31,9%	68,1%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	3,9%	21,1%	8,8%
	Algo deficiente	% de Condición física	53,9%	46,1%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	20,1%	43,1%	26,6%
	Buena	% de Condición física	82,6%	17,4%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	61,2%	32,3%	53,0%
	Muy buena	% de Condición física	91,5%	8,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	14,8%	3,4%	11,5%
Total		% de Condición física	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 15. Condición física y no le falta fuerza**Tabla de contingencia Condición física*No le falta fuerza**

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	12,9%	87,1%	100,0%
		% de No le falta fuerza	2,7%	15,4%	9,6%
	Algo deficiente	% de Condición física	27,1%	72,9%	100,0%
		% de No le falta fuerza	16,6%	37,3%	27,9%
	Buena	% de Condición física	55,2%	44,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	62,1%	42,3%	51,4%
	Muy buena	% de Condición física	75,8%	24,2%	100,0%
		% de No le falta fuerza	18,6%	5,0%	11,2%
Total		% de Condición física	45,6%	54,4%	100,0%
		% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 16. Condición física y aprender algún deporte**Tabla de contingencia Condición física*Aprender algún deporte**

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	16,5%	83,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	4,5%	12,6%	9,7%
	Algo deficiente	% de Condición física	20,4%	79,6%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	14,9%	32,1%	26,0%
	Buena	% de Condición física	42,8%	57,2%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	63,0%	46,5%	52,3%
	Muy buena	% de Condición física	52,6%	47,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	17,6%	8,8%	11,9%
Total		% de Condición física	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 17. Condición física y correr suavemente**Tabla de contingencia Condición física*Correr suavemente**

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	3,5%	96,5%	100,0%
		% de Correr suavemente	1,1%	13,6%	9,7%
	Algo deficiente	% de Condición física	13,6%	86,4%	100,0%
		% de Correr suavemente	11,9%	34,8%	27,5%
	Buena	% de Condición física	41,2%	58,8%	100,0%
		% de Correr suavemente	67,3%	44,4%	51,6%
	Muy buena	% de Condición física	56,1%	43,9%	100,0%
		% de Correr suavemente	19,8%	7,2%	11,1%
Total		% de Condición física	31,6%	68,4%	100,0%
		% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 18. Condición física y se siente atractivo**Tabla de contingencia Condición física*Se siente atractivo**

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	39,6%	60,4%	100,0%
		% de Se siente atractivo	4,7%	14,4%	7,9%
	Algo deficiente	% de Condición física	52,9%	47,1%	100,0%
		% de Se siente atractivo	20,4%	36,5%	25,7%
	Buena	% de Condición física	75,4%	24,6%	100,0%
		% de Se siente atractivo	63,1%	41,4%	55,9%
	Muy buena	% de Condición física	75,7%	24,3%	100,0%
		% de Se siente atractivo	11,9%	7,7%	10,5%
Total		% de Condición física	66,8%	33,2%	100,0%
		% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 19. Condición física y está más fuerte que otros**Tabla de contingencia Condición física*Está más fuerte que otros**

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	25,8%	74,2%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	4,0%	17,4%	9,3%
	Algo deficiente	% de Condición física	41,5%	58,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	17,7%	37,9%	25,7%
	Buena	% de Condición física	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	62,2%	40,5%	53,6%
	Muy buena	% de Condición física	85,5%	14,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	16,2%	4,2%	11,4%
Total		% de Condición física	60,4%	39,6%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 20. Condición física y buen aspecto**Tabla de contingencia Condición física*Buen aspecto**

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	50,8%	49,2%	100,0%
		% de Buen aspecto	5,2%	20,5%	8,2%
	Algo deficiente	% de Condición física	65,4%	34,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	20,3%	43,7%	24,9%
	Buena	% de Condición física	88,4%	11,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	60,7%	32,5%	55,1%
	Muy buena	% de Condición física	94,4%	5,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	13,8%	3,3%	11,7%
Total		% de Condición física	80,3%	19,7%	100,0%
		% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 21. Condición física y se siente con energía**Tabla de contingencia Condición física*Se siente con energía**

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	26,3%	73,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	3,4%	22,0%	9,0%
	Algo deficiente	% de Condición física	52,3%	47,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	21,0%	43,9%	27,9%
	Buena	% de Condición física	81,3%	18,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	60,0%	31,8%	51,4%
	Muy buena	% de Condición física	93,9%	6,1%	100,0%
		% de Se siente con energía	15,7%	2,4%	11,6%
Total		% de Condición física	69,7%	30,3%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 22. Dependencia funcional y hacer gimnasia o deporte**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Hacer gimnasia o deporte**

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	33,7%	66,3%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	5,7%	16,6%	10,1%
	No	% de Dependencia funcional	62,4%	37,6%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	94,3%	83,4%	89,9%
Total		% de Dependencia funcional	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 23. Dependencia funcional y le gusta su cuerpo ahora**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Le gusta su cuerpo ahora**

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	8,1%	13,5%	9,6%
	No	% de Dependencia funcional	72,7%	27,3%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	91,9%	86,5%	90,4%
Total		% de Dependencia funcional	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 24. Dependencia funcional y no le falta fuerza**Tabla de contingencia Dependencia funcional*No le falta fuerza**

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	21,7%	78,3%	100,0%
		% de No le falta fuerza	4,9%	14,6%	10,2%
	No	% de Dependencia funcional	48,2%	51,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	95,1%	85,4%	89,8%
Total		% de Dependencia funcional	45,5%	54,5%	100,0%
		% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 25. Dependencia funcional y aprender algún deporte**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Aprender algún deporte**

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	27,4%	72,6%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	7,8%	11,5%	10,2%
	No	% de Dependencia funcional	36,5%	63,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	92,2%	88,5%	89,8%
Total		% de Dependencia funcional	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 26. Dependencia funcional y correr suavemente**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Correr suavemente**

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	13,0%	87,0%	100,0%
		% de Correr suavemente	4,3%	13,0%	10,3%
	No	% de Dependencia funcional	33,4%	66,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	95,7%	87,0%	89,7%
Total		% de Dependencia funcional	31,3%	68,7%	100,0%
		% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 27. Dependencia funcional y se siente atractivo**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Se siente atractivo**

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	61,2%	38,8%	100,0%
		% de Se siente atractivo	9,0%	11,4%	9,8%
	No	% de Dependencia funcional	67,2%	32,8%	100,0%
		% de Se siente atractivo	91,0%	88,6%	90,2%
Total		% de Dependencia funcional	66,6%	33,4%	100,0%
		% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 28. Dependencia funcional y está más fuerte que otros**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Está más fuerte que otros**

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	47,1%	52,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	8,1%	13,6%	10,3%
	No	% de Dependencia funcional	61,5%	38,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	91,9%	86,4%	89,7%
Total		% de Dependencia funcional	60,1%	39,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 29. Dependencia funcional y buen aspecto**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Buen aspecto**

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	71,8%	28,2%	100,0%
		% de Buen aspecto	8,1%	13,0%	9,0%
	No	% de Dependencia funcional	81,2%	18,8%	100,0%
		% de Buen aspecto	91,9%	87,0%	91,0%
Total		% de Dependencia funcional	80,4%	19,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 30. Dependencia funcional y se siente con energía**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Se siente con energía**

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	50,6%	49,4%	100,0%
		% de Se siente con energía	7,4%	16,3%	10,1%
	No	% de Dependencia funcional	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Se siente con energía	92,6%	83,7%	89,9%
Total		% de Dependencia funcional	69,4%	30,6%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

5.1.2 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas

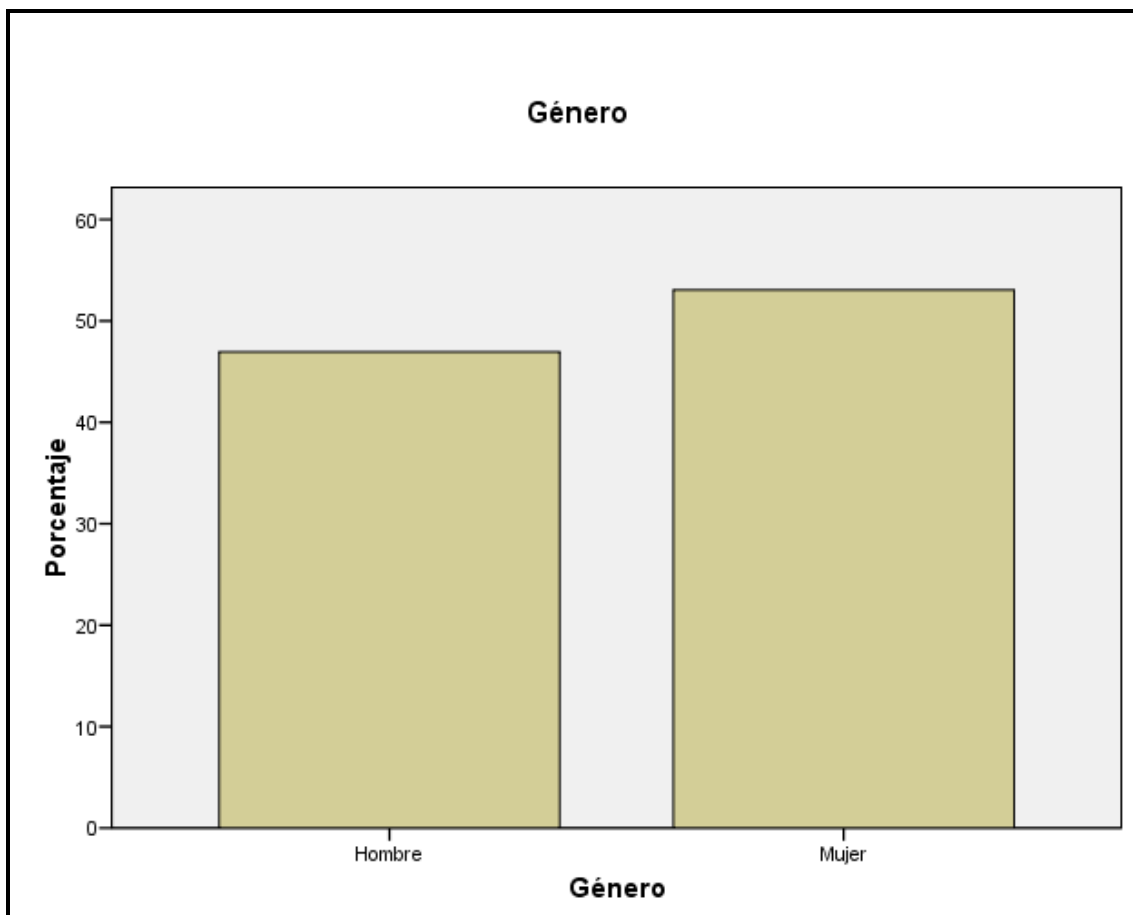


Gráfico 5. Género de las personas mayores

En el gráfico 5 se muestra el género de las personas mayores entrevistadas en la fase de trabajo de campo de la presente investigación (dentro de la muestra real), como se puede apreciar el 46.9% fueron hombres y el 53.1% mujeres.

Asimismo, al efectuar el análisis bivariable del género con las variables satisfacción con el estado de salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal se obtienen los siguientes resultados:

- En relación a la satisfacción con el estado de salud (tabla 31), se puede comprobar que los resultados son bastante similares, aunque los hombres están, en general, más satisfechos con su estado de salud que las mujeres, ya que obtienen mayores porcentajes al considerar que están muy satisfechos con el

mismo (22.3% de los hombres frente a un 17.8% de las mujeres). Por su parte, las mujeres obtienen mayores porcentajes en la consideración de no estar nada satisfechas con su estado de salud (13.1% de mujeres frente a un 9.2% de hombres). Además, se ha obtenido que existe relación baja pero significativa entre estas variables ($\Phi = .09$, $p = .05$). Todas las tablas de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.1.2 están incluidas en el Anexo III.

- En cuanto a la relación entre la condición física y el género, en la tabla 32 se aprecia que en general los hombres perciben que tienen mejor condición física que las mujeres, aunque ambos presentan porcentajes bastante similares. Además, cabe destacar que no existe relación entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = .16$).
- Atendiendo a la relación entre la dependencia funcional y el género de las personas mayores, en la tabla 33 queda reflejado que los hombres presentan menores porcentajes de dependencia funcional que las mujeres (6.7% de hombres frente a un 13% de mujeres). Además, la relación entre estas variables es baja o ligera, aunque significativa ($\Phi = -.11$, $p < .01$).
- A continuación serán expuestos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica género: en primer lugar, se ha obtenido que los hombres se creen más capaces de realizar gimnasia o deporte que las mujeres (64.7% en hombres, respecto a 54.6% en mujeres) (tabla 34), existiendo una relación baja o ligera, aunque significativa entre estas variables ($\Phi = .10$, $p < .01$). Igualmente, los hombres presentan mayores porcentajes en relación a la consideración de que les gusta su cuerpo tal y como es ahora (74.9%) que las mujeres (68.1%) (tabla 35). Además existe una relación baja aunque significativa entre dichas variables ($\Phi = .07$, $p = .03$). Por otra parte, se ha obtenido que un mayor porcentaje de mujeres afirman que les falta fuerza para hacer las cosas, representando éste el 40.1% de las mujeres, frente al 51.5% de los hombres (tabla 36) que realizan dicha afirmación. Así, se ha obtenido una relación ligera entre estas variables, aunque dicha relación es significativa ($\Phi = .11$, $p < .01$). En relación a si las personas se creen capaces de aprender algún deporte nuevo, los porcentajes entre hombres y mujeres son similares, ya que el 37.5% de los hombres afirman que sí se creen capaces y el 33.6% de las mujeres

realizan dicha afirmación (tabla 37), aunque no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .04$, $p = .24$). No obstante, en cuanto a las personas mayores que sí se creen capaces de correr suavemente, los hombres obtienen mayores porcentajes (39.9%) que las mujeres (23.6%) (tabla 38). Además la relación entre estas variables es ligera, pero significativa ($\Phi = .17$, $p = < .01$). Nuevamente son los hombres los que presentan mayores porcentajes en cuanto a una buena percepción corporal, ya que el 68.9% de los mismos afirma sentirse atractivo, siendo un 64.1% de las mujeres las que realizan dicha afirmación (tabla 39). Cabe destacar que la mayoría de hombres y mujeres mayores se sienten atractivos. Además no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .05$, $p = .18$). Igualmente, un 66% de los hombres afirman sentirse más fuertes que otros y un 54.6% de las mujeres realizan dicha afirmación (tabla 40), encontrándose una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera ($\Phi = .11$, $p = < .01$). Otro indicador de la mejor percepción de la competencia corporal por parte de los hombres es que el 83.8% de éstos consideran que actualmente tienen buen aspecto, descendiendo este porcentaje al 77.2% en el sexo femenino (tabla 41). Además se ha encontrado una relación significativa entre estas variables, aunque baja ($\Phi = .08$, $p = .02$). Finalmente, se ha obtenido que, en general, los hombres se sienten con más energía que las mujeres, ya que el 74.2% de éstos afirma sentirse con energía, frente al 65.1% de las mujeres que realizan esta afirmación (tabla 41). Se ha comprobado que existe una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera ($\Phi = .10$, $p = < .01$).

Tabla 31. Satisfacción con estado de salud y género

Tabla de contingencia satisfacción con estado de salud*género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	22,3%	17,8%	19,9%
	Bastante	46,9%	43,4%	45,0%
	Algo	21,6%	25,8%	23,8%
	Nada	9,2%	13,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 32. Condición física y género**Tabla de contingencia condición física*género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Muy buena	12,1%	10,0%	11,0%
	Buena	54,2%	49,3%	51,6%
	Algo deficiente	25,5%	30,1%	27,9%
	Mala	8,2%	10,6%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 33. Dependencia funcional y género**Tabla de contingencia dependencia funcional*género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	No	93,3%	87,0%	90,0%
	Sí	6,7%	13,0%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 34. Hacer gimnasia o deporte y género**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	No	35,3%	45,4%	40,6%
	Sí	64,7%	54,6%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 35. Le gusta su cuerpo ahora y género**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	No	25,1%	31,9%	28,7%
	Sí	74,9%	68,1%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 36. No le falta fuerza y género**Tabla de contingencia No le falta fuerza y género*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	No	48,5%	59,9%	54,6%
	Sí	51,5%	40,1%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 37. Aprender algún deporte y género**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	No	62,5%	66,4%	64,5%
	Sí	37,5%	33,6%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 38. Correr suavemente y género**Tabla de contingencia Correr suavemente*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	No	60,1%	76,4%	68,8%
	Sí	39,9%	23,6%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 39. Se siente atractivo y género**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	No	31,1%	35,9%	33,6%
	Sí	68,9%	64,1%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 40. Está más fuerte que otros y género**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	No	34,0%	45,4%	39,9%
	Sí	66,0%	54,6%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 41. Buen aspecto y género**Tabla de contingencia Buen aspecto*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	No	16,2%	22,8%	19,6%
	Sí	83,8%	77,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 42. Se siente con energía y género**Tabla de contingencia Se siente con energía*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	No	25,8%	34,9%	30,6%
	Sí	74,2%	65,1%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

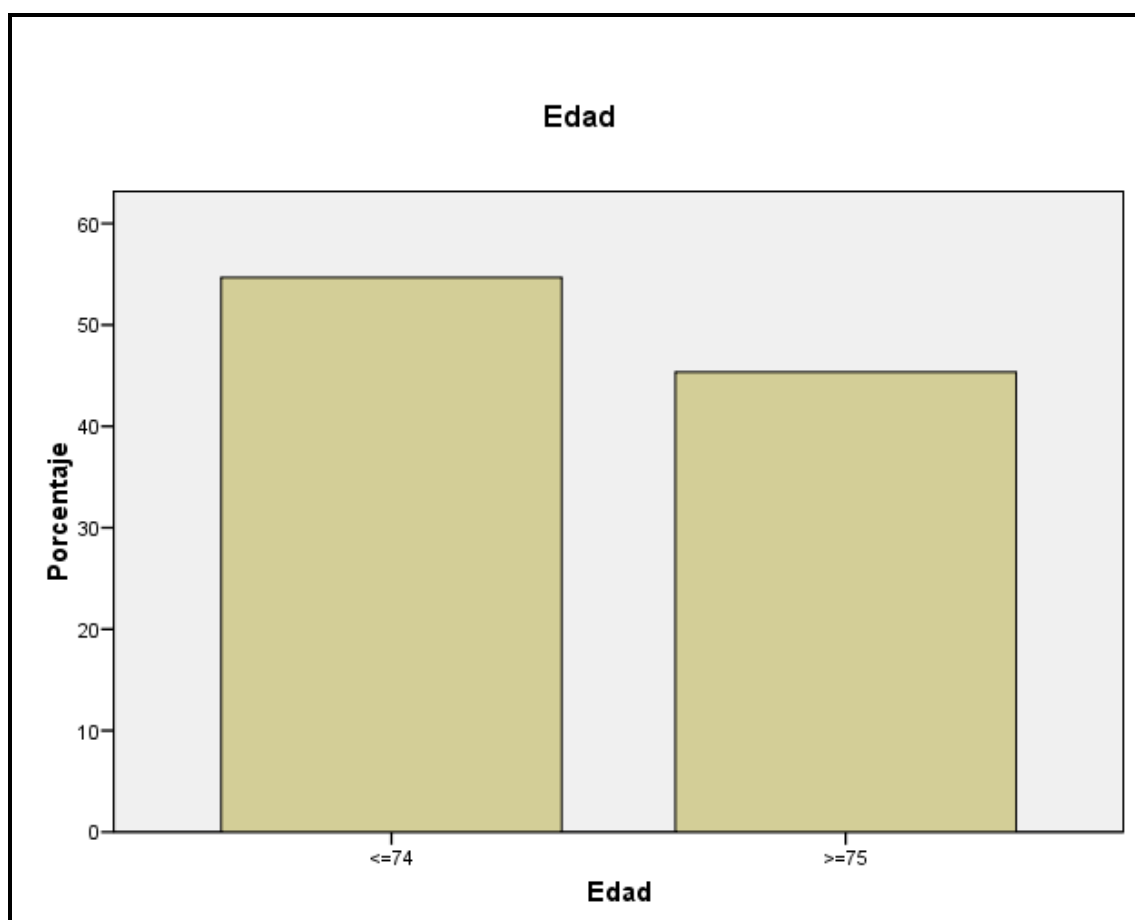


Gráfico 6. Edad de las personas mayores

En relación a la edad de las personas mayores objeto de estudio, se ha agrupado la edad de las personas entrevistadas en dos grandes grupos, personas con edad menor o igual a 74 años y personas con edad mayor o igual a 75 años, de esta forma, en el gráfico 6 se observa que el 54.7% de estas personas formaban parte del grupo de edad menor o igual a 74 años y que el 45.3% de las mismas tenían 75 años o más.

Por otra parte, al realizar el análisis bivariable entre la variable sociodemográfica edad y las variables satisfacción con el estado de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal se obtienen los resultados mostrados a continuación:

- En cuanto a la relación de la edad con la satisfacción de las personas mayores con su estado de salud, en la tabla 43 queda reflejado que las personas mayores de 75 años son las menos satisfechas con su estado de salud, siendo las personas menores de 74 años las que mayores porcentajes presentan en la consideración de estar muy satisfechas con el mismo (21.8%). A pesar de ello, los mayores

porcentajes se obtienen, en ambos rangos de edad, en la consideración de estar bastante satisfechos con su estado de salud. Además se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .09$, $p = .06$).

- En referencia a la relación existente entre la edad y la condición física percibida por las personas mayores, en la tabla 44 se aprecia, igualmente, que el grupo de personas menores de 74 años es el que percibe que su condición física es mejor y que los mayores de 75 años son los que mayores porcentajes presentan al considerar mala su condición física. No obstante, los mayores porcentajes se obtienen, en ambos casos, en la percepción de su condición física como buena (55.5% y 47% respectivamente). Asimismo, se comprueba que la relación entre estas variables es significativa, aunque baja o ligera ($\Phi = .14$, $p = < .01$).
- Al realizar el análisis entre la variable edad y la variable dependencia funcional (tabla 45) se obtiene que en ambos casos el porcentaje de personas no dependientes es mucho mayor que el de personas dependientes, aunque estos porcentajes son mayores en el grupo de personas enmarcadas en el rango de edad igual o menor a 74 años (94.5%) que en las personas de edad igual o mayor a 75 años (84.5%). Entre estas dos variables existe una relación significativa, pero baja o ligera ($\Phi = - .16$, $p = < .01$).
- A continuación serán expuestos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica edad: un 70.9% de las personas menores de 74 años se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, mientras que menos de la mitad de las personas mayores de 75 años (45.3%) se creen capaces de ello (tabla 46). Además, existe una relación significativa y moderada entre ambas variables ($\Phi = .26$, $p = < .01$). En cuanto a la consideración de si a las personas mayores les gusta su cuerpo ahora, no se encuentran diferencias en función de la edad, ya que en ambos grupos se obtienen porcentajes cercanos al 70%, siendo ligeramente superiores los obtenidos en el grupo de personas menores de 74 años (tabla 47), aunque no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .03$, $p = .37$). Por otra parte, más de la mitad de las personas menores de 74 años afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (51%), reduciéndose este porcentaje al 38.7% en el grupo de personas mayores de más de 75 años (tabla 48). Además existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre dichas variables ($\Phi = .12$, $p = < .01$). Igualmente, es el grupo de personas menores de

74 años el que mayores porcentajes presenta en cuanto a creerse capaz de aprender un nuevo deporte (43.4%) ya que tan sólo un 25.7% de las personas de más de 75 años se creen capaces de hacerlo (tabla 49). Cabe resaltar que existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre dichas variables ($\Phi = .18$, $p = < .01$). Por otra parte, únicamente el 20% de las personas mayores de 75 años se creen capaces de correr suavemente. Así, el porcentaje obtenido en el grupo de personas menores de 74 años tampoco es muy alentador, ya que tan sólo el 40.7% de éstas se creen capaces de correr suavemente (tabla 50). Además, existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre dichas variables ($\Phi = .22$, $p = < .01$). No se encuentran grandes diferencias entre ambos grupos de edad en la consideración de sentirse atractivos actualmente, ya que en ambos grupos alrededor de 65% de las personas mayores afirman sentirse atractivas (tabla 51), aunque no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .02$, $p = .67$). De igual modo, los resultados obtenidos en ambos grupos son similares en relación a estar más fuerte que otras personas de su misma edad (60% aproximadamente) (tabla 52), no encontrándose relación significativa al respecto ($\Phi = .01$, $p = .72$). En cuanto a percibir su aspecto como bueno, ambos grupos presentan porcentajes de alrededor del 80% (tabla 53), aunque tampoco existen diferencias significativas al respecto ($\Phi = - .02$, $p = .62$). Por último, un porcentaje superior de personas menores de 74 años afirman sentirse con energía, el 72.3%, en cuanto al grupo de personas mayores de 75 años, donde el 65.9% realiza dicha afirmación (tabla 54), existiendo una relación significativa entre estas variables, aunque muy baja ($\Phi = .07$, $p = .04$).

Tabla 43. Satisfacción con estado de salud y edad

Tabla de contingencia satisfacción con estado de salud*edad

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	21,8%	17,7%	19,9%
	Bastante	45,5%	44,4%	45,0%
	Algo	23,8%	23,9%	23,8%
	Nada	8,9%	14,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 44. Condición física y edad**Tabla de contingencia condición física*edad**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Muy buena	13,0%	8,7%	11,0%
	Buena	55,5%	47,0%	51,6%
	Algo deficiente	24,5%	32,0%	27,9%
	Mala	7,1%	12,3%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 45. Dependencia funcional y edad**Tabla de contingencia dependencia funcional*edad**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	No	94,5%	84,5%	90,0%
	Sí	5,5%	15,5%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 46. Hacer gimnasia o deporte y edad**Tabla de contingencia hacer gimnasia o deporte*Edad**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	No	29,1%	54,7%	40,6%
	Sí	70,9%	45,3%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 47. Le gusta su cuerpo ahora y edad

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	No	27,5%	30,3%	28,7%
	Sí	72,5%	69,7%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 48. No le falta fuerza y edad

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	No	49,0%	61,3%	54,6%
	Sí	51,0%	38,7%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 49. Aprender algún deporte y edad

Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	No	56,6%	74,3%	64,5%
	Sí	43,4%	25,7%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 50. Correr suavemente y edad

Tabla de contingencia Correr suavemente*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	No	59,3%	80,0%	68,8%
	Sí	40,7%	20,0%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 51. Se siente atractivo y edad**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	No	32,9%	34,5%	33,6%
	Sí	67,1%	65,5%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 52. Está más fuerte que otros y edad**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	No	39,3%	40,7%	39,9%
	Sí	60,7%	59,3%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 53. Buen aspecto y edad**Tabla de contingencia Buen aspecto*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Buen aspecto	No	20,3%	18,8%	19,6%
	Sí	79,7%	81,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 54. Se siente con energía y edad**Tabla de contingencia Se siente con energía*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Se siente con energía	No	27,7%	34,1%	30,6%
	Sí	72,3%	65,9%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

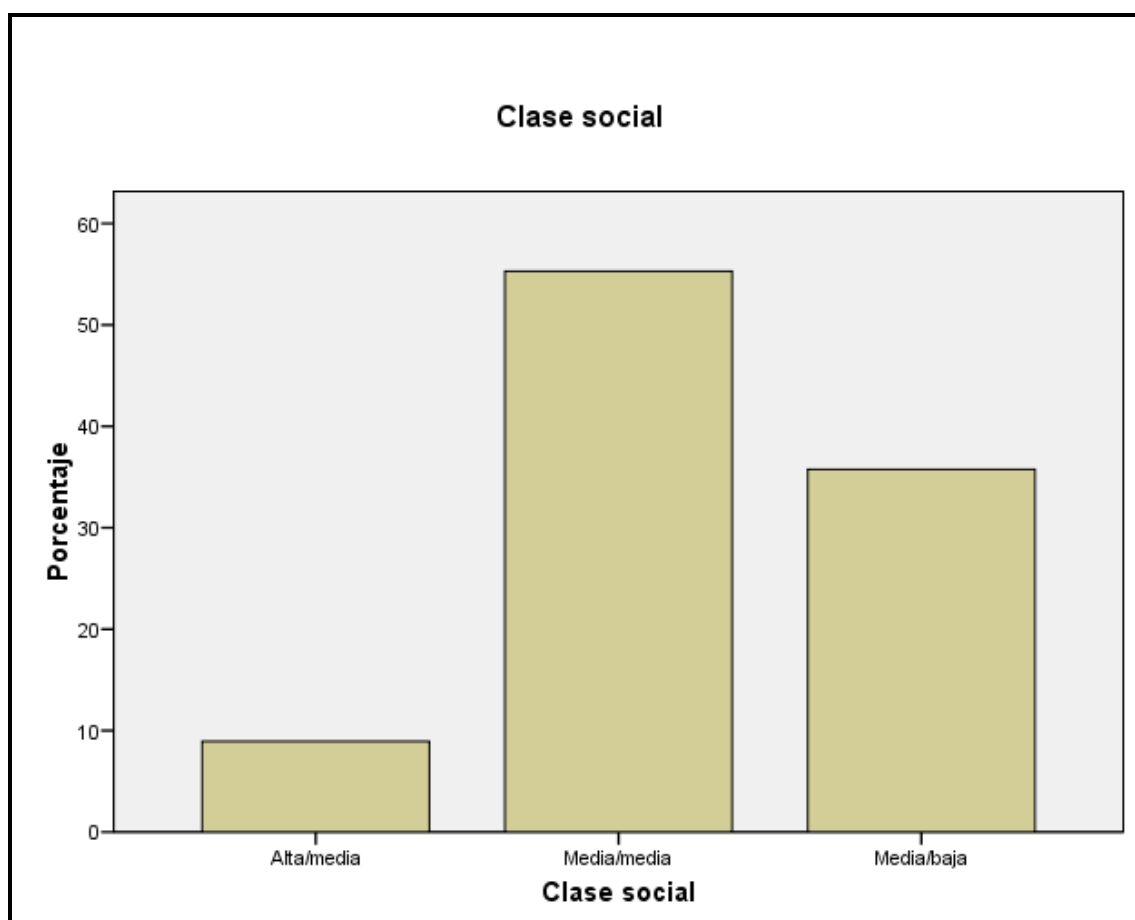


Gráfico 7. Clase social de las personas mayores

Atendiendo a la clase social, en el gráfico 7 queda reflejado que el 8.9% de las personas mayores se consideraban de clase media/alta, el 55.3% de clase media/media, y el 35.8% de clase media/baja.

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras realizar el análisis bivariable entre la clase social y todas las variables estudiadas en los casos anteriores:

- En primer lugar, de la relación entre satisfacción con estado de salud y clase social (tabla 55) se puede extraer que los mayores porcentajes en todos los casos se obtienen en la consideración de estar bastante satisfechos con el propio estado de salud, aunque es en las personas de clase media/alta donde dicho porcentaje se acerca bastante al de sentirse muy satisfechos con su estado de salud (38% bastante satisfechos, 36.7% muy satisfechos). Además, aunque en general los resultados son bastante similares en las personas de las clases media/media y media/baja, se debe destacar que las personas de clase media/media presentan mayores porcentajes en la consideración de sentirse bastante satisfechos con su

estado de salud, con un 48.3%, frente al 40.6% presentado en las personas de clase media/baja y que, por su parte, las personas de clase media/baja presentan mayores porcentajes en la consideración de no sentirse nada satisfechos con su estado de salud (16.1%) que las personas de clase media/media (9.1%). Además las personas de clase media/alta son las que menores porcentajes presentan en este último aspecto (6.3%). Así, se comprueba que existe relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera ($\Phi = .17, p = < .01$).

- Por otra parte, los resultados obtenidos tras relacionar la variable condición física con la variable clase social (tabla 56) son bastante similares a los expuestos anteriormente, ya que en todos los casos se obtienen los mayores porcentajes en la percepción de una buena condición física, aunque nuevamente es en las personas de clase media/alta donde se obtienen porcentajes de muy buena condición física percibida superiores al resto, ya que en esta clase social representa un 17.7% del total y en las otras alrededor de un 10% del total. Además, aunque en general los resultados también son bastante similares en las personas de las clases media/media y media/baja, se debe reseñar que las personas de clase media/media presentan mayores porcentajes al percibir su condición física como buena, con un 55.5%, frente al 42.5% presentado en las personas de clase media/baja y que, por su parte, las personas de clase media/baja presentan mayores porcentajes en la percepción de su condición física como mala (13.8%) que las personas de clase media/media (7.3%). Además, las personas de clase media/alta presentan porcentajes muy pequeños en este último aspecto (3.8%). Por último, se comprueba que existe relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera ($\Phi = .19, p = < .01$).
- En cuanto a la dependencia funcional en función de la clase social, se aprecia en la tabla 57 que cuanto más baja es la clase social mayor porcentaje de personas sufre dependencia funcional. Además, se obtiene que existe relación significativa entre ambas variables, aunque dicha relación es baja o ligera ($\Phi = .13, p = < .01$).
- A continuación serán expuestos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica clase social: en la tabla 58 se aprecia que a medida que la clase social de las personas mayores es más alta, en general, se creen más capaces de hacer gimnasia o deporte ya que el 76.3% de las personas de clase

alta responden afirmativamente a la pregunta, reduciéndose este porcentaje al 63.8% en las personas de clase media y al 47.3% en las personas de clase social baja. Además existe una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera ($\Phi = .19$, $p = < .01$). Igualmente, en la tabla 59 se observa, en relación a la consideración de las personas mayores sobre si les gusta su cuerpo ahora, una disminución de respuestas afirmativas a medida que disminuye la clase social (78.9% en las personas de clase alta, 73.4% en personas de clase media y 65.3% en personas de clase social baja), obteniéndose nuevamente una relación significativa entre estas variables, aunque en este caso se trata de una relación baja ($\Phi = .10$, $p = .02$). En cuanto a si a las personas mayores les falta fuerza para hacer las cosas, en la tabla 60 se puede observar que la mitad de las personas de clase social alta afirman que no les falta fuerza (el 51.3%), reduciéndose este porcentaje al 48.4% en las personas de clase media y al 40.3% en las personas de clase social baja. La relación entre ambas variables es significativa, aunque muy baja ($\Phi = .08$, $p = .04$). Asimismo se ha observado que las personas de clase media/alta están más predispuestas a aprender un nuevo deporte, ya que la mitad de las personas afirma que se creen capaces de hacerlo (55.3%), reduciéndose este porcentaje al 33% en las personas de clase social media y baja (tabla 61). Además la relación existente entre estas variables es significativa, aunque baja o ligera ($\Phi = .14$, $p = < .01$). En este sentido, son también las personas mayores de clase alta las que en mayor porcentaje se creen capaces de correr suavemente (59.5%), seguidas de las personas de clase media (32.9%) y siendo las personas de clase social baja las que menor porcentaje presentan al respecto (21.7%) (tabla 62). Cabe destacar que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque estadísticamente significativa ($\Phi = .22$, $p = < .01$). Estas diferencias son menores en cuanto a la consideración por parte de las personas mayores de sentirse atractivas actualmente, ya que el 70.1% de las personas de clase alta responden afirmativamente, obteniéndose porcentajes del 67.5% y del 64% en las personas de clase media y baja respectivamente (tabla 63). A pesar de ello, no existe una relación significativa entre dichas variables ($\Phi = .04$, $p = .55$). Por otra parte, la misma tendencia expuesta en los casos anteriores se observa en la tabla 64, ya que el 72.1% de las personas mayores de clase alta afirman sentirse más fuerte que otras de su misma edad, disminuyendo este porcentaje hasta el 62.7% en las personas de

clase media y al 51.6% en las personas de clase baja. Además se ha obtenido una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .13$, $p = < .01$). En cuanto al último de los aspectos relacionados con la competencia corporal, en la tabla 65 se observa que tampoco se obtienen grandes diferencias entre los tres grupos establecidos, aunque es el grupo de personas de clase media el que mayor porcentaje presenta en cuanto a percibir su aspecto físico como bueno (83.5%), aunque el porcentaje presentado por las personas de clase alta al respecto es muy similar (80.3%), siendo ligeramente inferior el porcentaje que presenta la clase baja (74.9%). Así, la relación obtenida entre estas variables es significativa, pero baja ($\Phi = .10$, $p = .02$). Por último, tal y como se muestra en la tabla 66, son las personas de clase alta las que se sienten, en general, con más energía (75.9%), seguidas de las personas de clase media (71.2%) y siendo las de clase baja las que en menor porcentaje afirman sentirse con energía (65.9%), aunque cabe resaltar que en todos los grupos la mayoría de las personas afirman sentirse con energía, aunque no existe una relación estadísticamente significativa al respecto ($\Phi = .07$, $p = .14$).

Tabla 55. Satisfacción con estado de salud y clase social

Tabla de contingencia satisfacción con estado de salud*clase social

		% de Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	36,7%	18,1%	18,6%	19,9%
	Bastante	38,0%	48,3%	40,6%	44,7%
	Algo	19,0%	24,5%	24,8%	24,1%
	Nada	6,3%	9,1%	16,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 56. Condición física y clase social**Tabla de contingencia condición física*clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Muy buena	17,7%	10,5%	10,1%	11,0%
	Buena	62,0%	55,5%	42,5%	51,4%
	Algo deficiente	16,5%	26,7%	33,6%	28,3%
	Mala	3,8%	7,3%	13,8%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 57. Dependencia funcional y clase social**Tabla de contingencia dependencia funcional*clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	No	97,6%	91,7%	85,1%	89,9%
	Sí	2,4%	8,3%	14,9%	10,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 58. Hacer gimnasia o deporte y clase social**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	No	23,8%	36,2%	52,7%	40,6%
	Sí	76,3%	63,8%	47,3%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 59. Le gusta su cuerpo ahora y clase social**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	No	21,1%	26,6%	34,7%	28,8%
	Sí	78,9%	73,4%	65,3%	71,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 60. No le falta fuerza y clase social**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	No	48,8%	51,6%	59,7%	54,2%
	Sí	51,3%	48,4%	40,3%	45,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 61. Aprender algún deporte y clase social**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	No	44,7%	66,2%	66,4%	64,3%
	Sí	55,3%	33,8%	33,6%	35,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 62. Correr suavemente y clase social**Tabla de contingencia Correr suavemente*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	No	40,5%	67,1%	78,3%	68,7%
	Sí	59,5%	32,9%	21,7%	31,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 63. Se siente atractivo y clase social**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	No	29,9%	32,5%	36,0%	33,3%
	Sí	70,1%	67,5%	64,0%	66,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 64. Está más fuerte que otros y clase social**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	No	27,9%	37,3%	48,4%	39,9%
	Sí	72,1%	62,7%	51,6%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 65. Buen aspecto y clase social**Tabla de contingencia Buen aspecto*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	No	19,7%	16,5%	25,1%	19,6%
	Sí	80,3%	83,5%	74,9%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 66. Se siente con energía y clase social**Tabla de contingencia Se siente con energía*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	No	24,1%	28,8%	34,1%	30,2%
	Sí	75,9%	71,2%	65,9%	69,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

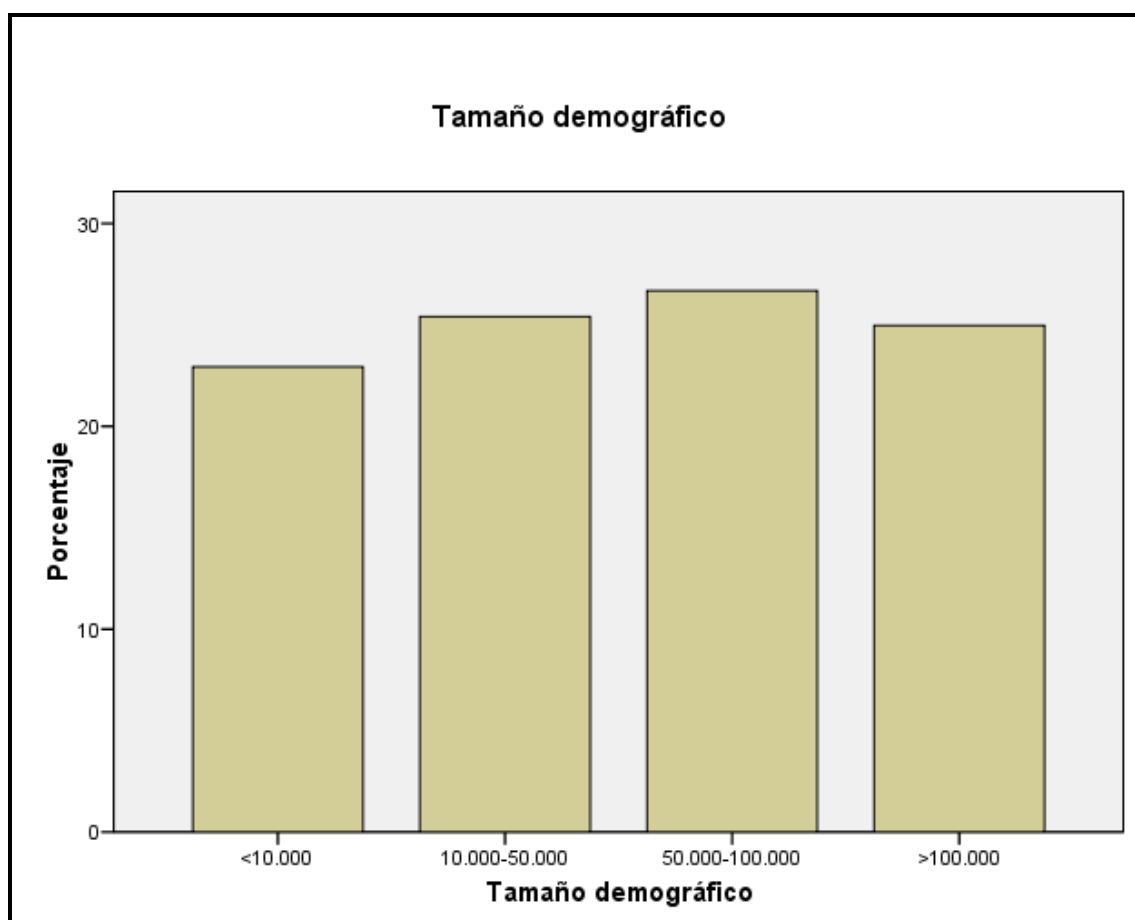


Gráfico 8. Tamaño demográfico del municipio de residencia de las personas mayores

En cuanto al tamaño demográfico, el 22.9% de las personas mayores residían en municipios menores de 10.000 habitantes, el 25.4% en municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes, el 26.7% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y el 25% en municipios mayores de 100.000 habitantes (gráfico 8).

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras realizar el análisis bivariable entre el tamaño demográfico de los municipios de residencia de las personas mayores con las variables que se están utilizando a lo largo del presente apartado:

- Respecto a la satisfacción con el estado de salud según el tamaño del municipio, en la tabla 67 se observa que en todos los estratos los mayores resultados se obtienen en las personas que afirman sentirse bastante satisfechos con su estado de salud. No obstante, en los municipios de menos de 10.000 habitantes y en los de más de 100.000 habitantes el siguiente porcentaje más alto se obtiene en las personas que se sienten algo satisfechas con su estado de salud (22.3% y 36.2%

respectivamente). Por su parte, en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes el siguiente porcentaje más elevado está presente entre las personas que se sienten muy satisfechas con su estado de salud (27% y 24.6% respectivamente). Por último, cabe destacar que el menor porcentaje de personas muy satisfechas con su estado de salud se obtiene en municipios de más de 100.000 habitantes (7.8%) y que el mayor porcentaje de personas nada satisfechas con su estado de salud se encuentra en el estrato de entre 10.000 y 50.000 habitantes (14.3%). Además, se ha comprobado que existe una relación significativa entre ambas variables, aunque ésta es baja o ligera ($\Phi = .24, p = < .01$).

- Por otra parte, al relacionar la condición física percibida con el tamaño demográfico de la población de residencia de las personas mayores (tabla 68), se obtienen los mayores porcentajes respecto a la percepción de la condición física como buena en todos los estratos, aunque el que mayor porcentaje presenta al respecto es el de entre 50.000 y 100.000 habitantes (60%). Además, en todos los estratos el siguiente porcentaje se encuentra entre las personas que perciben su condición física como algo deficiente. Por último, señalar que los porcentajes de personas que perciben su condición física como muy buena son similares en todos los estratos, siendo este porcentaje superior en los municipios de entre 10.000 y 50.000 (14%) habitantes e inferior en los de más de 100.000 habitantes (5.3%). Asimismo, el porcentaje de personas que perciben su condición física como mala es similar en todos los estratos, excepto en el de municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes, donde este porcentaje es menor (4.6%). Así, la relación existente entre estas variables es significativa, aunque ésta es baja o ligera ($\Phi = .17, p = < .01$).
- En lo que a la relación entre dependencia funcional y tamaño demográfico respecta (tabla 69), cabe destacar que en todos los estratos el porcentaje de personas no dependientes es superior al 85%, siendo este porcentaje bastante similar en todos los estratos, de forma que el estrato donde más personas no dependientes se obtiene es en el de entre 10.000 y 50.000 habitantes (92.4%), seguido muy de cerca por el estrato formado por los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (91.5%) y por el de los municipios de menos de 10.000 habitantes (89.1%). Por último, el estrato que menor porcentaje presenta de personas no dependientes es el compuesto por municipios de más de 100.000

habitantes (86.6%). A pesar de lo expuesto anteriormente se debe tener en cuenta que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .07$, $p = .16$).

- A continuación serán expuestos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica tamaño demográfico: en primer lugar, tal y como se refleja en la tabla 70, se ha obtenido que la mayoría de las personas mayores, independientemente del estrato de su municipio de residencia, se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, siendo mayor el porcentaje obtenido en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (69%). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque significativa ($\Phi = .13$, $p = < .01$). Asimismo, los datos expuestos en la tabla 71 muestran que en todos los estratos, entre un 70% y un 79% de las personas mayores afirman que les gusta como es su cuerpo ahora, excepto en el formado por municipios de más de 100.000 habitantes, donde este porcentaje se reduce hasta el 58.3%, existiendo una relación significativa y ligera entre ambas variables ($\Phi = .18$, $p = < .01$). Por otra parte, alrededor del 50% de las personas mayores de los municipios pequeños y mayores afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas, reduciéndose este porcentaje a un 40%, aproximadamente en municipios medianos (tabla 72), aunque la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .08$, $p = .13$). Respecto a la consideración por parte de las personas mayores de creerse capaces de aprender algún nuevo deporte (tabla 73), en todos los estratos la mayoría de las personas responde negativamente, siendo los habitantes de municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes los que obtienen mayor porcentaje al respecto (71.7%). Cabe destacar que existe una relación ligera y significativa entre estas variables ($\Phi = .10$, $p = .04$). Por otra parte, en todos los estratos se obtienen porcentajes aproximadamente de entre el 60% y el 65% de personas que no se creen capaces de correr suavemente, aumentando este porcentaje hasta el 80.6% en los municipios pequeños (tabla 74). Además, señalar que existe una relación ligera y significativa entre estas variables ($\Phi = .14$, $p = < .01$). En relación a si las personas mayores se sienten atractivas actualmente, en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y en los de más de 100.000 habitantes el 52% de las personas afirman sentirse atractivas, mientras que en los otros dos estratos este porcentaje aumenta hasta el 78%

(tabla 75). Además, existe una relación moderada y significativa entre estas variables ($\Phi = .27$, $p = < .01$). Asimismo, alrededor del 60% de las personas, en todos los estratos afirman sentirse más fuerte que otras de su misma edad, por lo que no se han obtenido diferencias entre estratos en este ítem (tabla 76). A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre dichas variables ($\Phi = .04$, $p = .83$). En cuanto a la consideración de las personas mayores sobre si tienen un buen aspecto físico, en todos los estratos los porcentajes de respuestas afirmativas oscilan entre el 73% y el 85%, siendo el de municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes el que presenta mayor porcentaje y el de municipios grandes el que presenta menor porcentaje (tabla 77). La relación entre estas variables es significativa, aunque ligera ($\Phi = .12$, $p = < .01$). Finalmente, en los municipios medianos se han obtenido los mayores porcentajes en cuanto a personas mayores que afirman sentirse con energía, con un 74.2% en municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y un 71.4% en municipios de entre 50.000 y 100.000 (tabla 78), aunque no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .08$, $p = .10$).

Tabla 67. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico

Tabla de contingencia satisfacción con estado de salud*tamaño demográfico

		% de Tamaño demográfico				Total
		Tamaño demográfico				
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	19,9%	27,0%	24,6%	7,8%	19,9%
	Bastante	48,3%	38,0%	49,6%	44,4%	45,0%
	Algo	22,3%	20,7%	16,4%	36,2%	23,8%
	Nada	9,5%	14,3%	9,4%	11,6%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 68. Condición física y tamaño demográfico**Tabla de contingencia condición física*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Muy buena	11,7%	14,0%	12,9%	5,3%	11,0%
	Buena	47,1%	47,2%	60,0%	51,3%	51,6%
	Algo deficiente	30,6%	28,1%	22,5%	31,0%	27,9%
	Mala	10,7%	10,6%	4,6%	12,4%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 69. Dependencia funcional y tamaño demográfico**Tabla de contingencia dependencia funcional*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	No	89,1%	92,4%	91,5%	86,6%	90,0%
	Sí	10,9%	7,6%	8,5%	13,4%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 70. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	No	47,6%	41,8%	31,0%	43,8%	40,6%
	Sí	52,4%	58,2%	69,0%	56,2%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 71. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	No	24,2%	29,3%	20,2%	41,7%	28,7%
	Sí	75,8%	70,7%	79,8%	58,3%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 72. No le falta fuerza y tamaño demográfico**Tabla de contingencia No le falta fuerza*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	No	49,8%	57,0%	59,3%	51,3%	54,6%
	Sí	50,2%	43,0%	40,7%	48,7%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 73. Aprender algún deporte y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	No	64,1%	62,5%	71,7%	59,3%	64,5%
	Sí	35,9%	37,5%	28,3%	40,7%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 74. Correr suavemente y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Correr suavemente*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	No	80,6%	66,2%	65,8%	63,7%	68,8%
	Sí	19,4%	33,8%	34,2%	36,3%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 75. Se siente atractivo y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Se siente atractivo*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	No	21,7%	47,5%	21,2%	47,2%	33,6%
	Sí	78,3%	52,5%	78,8%	52,8%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 76. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	No	38,6%	38,1%	39,6%	42,6%	39,9%
	Sí	61,4%	61,9%	60,4%	57,4%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 77. Buen aspecto y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Buen aspecto*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	No	16,8%	21,4%	14,2%	26,8%	19,6%
	Sí	83,2%	78,6%	85,8%	73,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 78. Se siente con energía y tamaño demográfico**Tabla de contingencia Se siente con energía*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	No	32,1%	25,8%	28,6%	36,0%	30,6%
	Sí	67,9%	74,2%	71,4%	64,0%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.1.3 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear

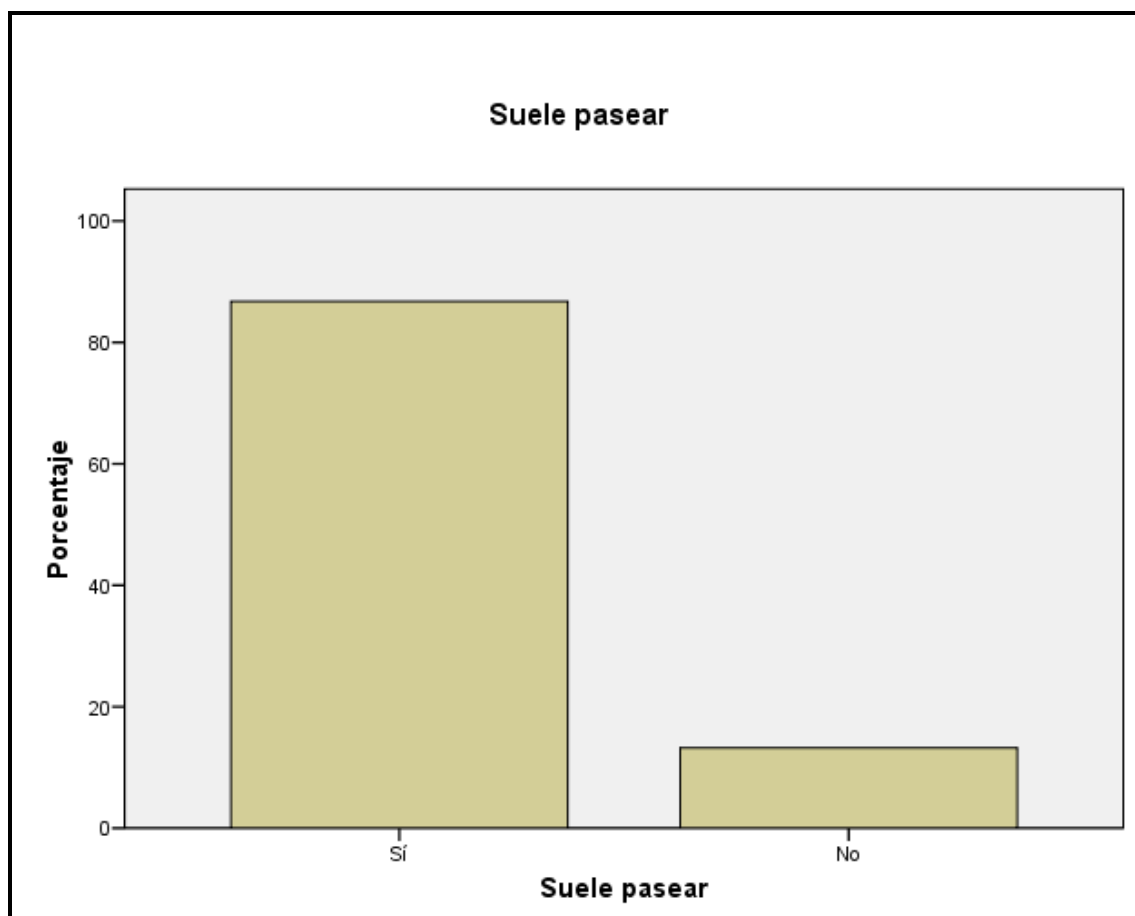


Gráfico 9. Hábitos de pasear de las personas mayores

En el gráfico 9 se presentan los hábitos de caminar, andar o pasear por parte de las personas mayores en España. Analizando este gráfico se puede comprobar que la gran mayoría de las personas mayores (86.8%) sale habitualmente a realizar esta actividad, aunque un 13.2% de las personas no suele caminar, andar o pasear.

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre las variables satisfacción con el estado de salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores en España con los hábitos de pasear:

- En cuanto a la relación existente entre las personas que suelen pasear con la satisfacción con su estado de salud, en la tabla 79 se aprecia que no existe gran diferencia entre las personas que pasean y las que no pasean en cuanto a estar

muy satisfechas con su estado de salud, ya que el 20.1% de las personas que pasean están muy satisfechas con el mismo y el 18.5% de las personas que no pasean también lo están. No obstante, debe ser señalado que el 47.4% de las personas que pasean están bastante satisfechas con su estado de salud, y tan sólo el 29,4% de las personas que no pasean se encuentran bastante satisfechas con éste. Asimismo, resulta significativo comprobar que el 19.3% de las personas que no pasean no están nada satisfechas con su estado de salud, descendiendo este porcentaje a un 10% en las personas que sí suelen caminar, andar o pasear. Además, se ha comprobado que existe una relación significativa entre ambas variables, aunque esta relación es baja o ligera ($\Phi = .15$, $p = < .01$). Todas las tablas de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.1.3 están incluidas en el Anexo IV.

- Atendiendo a la relación existente entre la condición física percibida por las personas mayores y los hábitos de pasear, en la tabla 80 se muestra que el 11.6% de las personas que sí suelen pasear consideran muy buena su condición física, el 54.4% de las mismas la considera buena, el 25.7% algo deficiente y el 8.3% mala. En cambio, de las personas que no suelen caminar, andar o pasear, únicamente el 7.6% considera su condición física como muy buena, tan sólo el 33.6% la considera buena, las personas que consideran que su condición física es algo deficiente ascienden a un 41.2% y las que la consideran mala a un 17.6%. Asimismo, se ha comprobado que existe relación significativa entre ambas variables, aunque ésta es baja o ligera ($\Phi = .18$, $p = < .01$).
- Respecto a la relación entre la variable dependencia funcional y la variable que nos ocupa (hábitos de pasear), se ha obtenido que de las personas que sí suelen caminar, el 90.6% no son personas dependientes, aunque el 9.4% sí lo son. En cambio, de las personas que no suelen caminar, el porcentaje de personas no dependientes desciende al 85.2% y el de personas dependientes aumenta hasta el 14.8% (tabla 81). Además, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .06$, $p = .06$).
- Seguidamente se expondrán los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable hábito de pasear: en primer lugar, resulta interesante comprobar en la tabla 82, que el 61.6% de las personas que afirman pasear habitualmente se creen capaces de practicar gimnasia o deporte, en cambio menos de la mitad de las personas

que no pasean habitualmente se creen capaces de hacer gimnasia o deporte (45.7%), obteniéndose una relación significativa, aunque ligera o baja entre ambas variables ($\Phi = .11$, $p = < .01$). Asimismo, a las personas que pasean habitualmente les gusta más como es su cuerpo ahora, ya que el 72.7% de las personas que sí pasean les gusta su cuerpo, reduciéndose este porcentaje al 61.4% en las personas que no pasean (tabla 83). Además existe una relación significativa entre estas variables, aunque muy baja ($\Phi = .08$, $p = .02$). Igualmente, tal y como se observa en la tabla 84, son las personas que pasean habitualmente las que afirman en mayor porcentaje que no les falta fuerza para hacer las cosas (46.9%, respecto a un 36.4% en las personas que no pasean), existiendo una relación significativa, aunque muy baja entre dichas variables ($\Phi = .07$, $p = .03$). De igual modo, las personas que pasean están más predispuestas a aprender un nuevo deporte (37.1%) que las personas que no pasean (24.8%), aunque en ambos casos los porcentajes obtenidos no son muy elevados (tabla 85). Además se ha constatado que la relación entre estas variables es baja o ligera, pero significativa ($\Phi = .09$, $p = .01$). Por otro lado, las personas que no pasean obtienen mayores porcentajes en relación a no sentirse capaces de correr suavemente que las personas que sí lo hacen (79% y 67.1% respectivamente) (tabla 86). Además se ha comprobado que la relación entre variables es baja o ligera, pero significativa ($\Phi = .09$, $p = < .01$). En cuanto a las personas mayores que afirman sentirse atractivas, son las que pasean las que obtienen mayor porcentaje al respecto, ya que el 67.6% afirman sentirse atractivas, descendiendo este porcentaje hasta el 58.8% en personas que no pasean (tabla 87). A pesar de ello se ha comprobado que no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .06$, $p = .11$). En relación a las personas que afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad (tabla 88), son de nuevo las personas que sí pasean las que presentan mayor porcentaje al respecto (61.7% respecto al 48.4% obtenido en el grupo de personas que no pasean habitualmente). Existe una relación baja o ligera, aunque significativa entre estas variables ($\Phi = .09$, $p = .02$). Son nuevamente las personas que pasean las que en mayor medida perciben su aspecto como bueno (tabla 89), ya que la gran mayoría de las personas que llevan a cabo dicho hábito responde afirmativamente a esta pregunta (82.3%), mientras que las personas que no pasean representan un 66.7% del total. Cabe destacar que la relación entre estas variables es

significativa y ligera ($\Phi = .13$, $p = < .01$). Por último, existe un alto porcentaje de personas que pasean y afirman sentirse con energía (72.7%), reduciéndose este porcentaje a menos de la mitad (48.7%) en el grupo de personas que no caminan (tabla 90). Se ha comprobado que la relación entre ambas variables es ligera y significativa ($\Phi = .18$, $p = < .01$).

Tabla 79. Satisfacción con estado de salud y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud *Suele pasear

		% de Suele pasear		
		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	20,1%	18,5%	19,9%
	Bastante	47,4%	29,4%	45,1%
	Algo	22,6%	32,8%	23,9%
	Nada	10,0%	19,3%	11,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 80. Condición física y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Condición física *Suele pasear

		% de Suele pasear		
		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Condición física	Muy buena	11,6%	7,6%	11,1%
	Buena	54,4%	33,6%	51,7%
	Algo deficiente	25,7%	41,2%	27,8%
	Mala	8,3%	17,6%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 81. Dependencia funcional y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Dependencia funcional *Suele pasear

		% de Suele pasear		
		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	No	90,6%	85,2%	89,9%
	Sí	9,4%	14,8%	10,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 82. Hacer gimnasia o deporte y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	No	38,4%	54,3%	40,5%
	Sí	61,6%	45,7%	59,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 83. Le gusta su cuerpo ahora y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	No	27,3%	38,6%	28,7%
	Sí	72,7%	61,4%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 84. No le falta fuerza y hábitos de pasear**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	No	53,1%	63,6%	54,5%
	Sí	46,9%	36,4%	45,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 85. Aprender algún deporte y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	No	62,9%	75,2%	64,5%
	Sí	37,1%	24,8%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 86. Correr suavemente y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Correr suavemente*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	No	67,1%	79,0%	68,7%
	Sí	32,9%	21,0%	31,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 87. Se siente atractivo y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	No	32,4%	41,2%	33,5%
	Sí	67,6%	58,8%	66,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 88. Está más fuerte que otros y hábitos de pasear**Tabla de contingencia está más fuerte que otros*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	No	38,3%	51,6%	40,1%
	Sí	61,7%	48,4%	59,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 89. Buen aspecto y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Buen aspecto*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	No	17,7%	33,3%	19,7%
	Sí	82,3%	66,7%	80,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 90. Se siente con energía y hábitos de pasear**Tabla de contingencia Se siente con energía*Suele pasear**

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	No	27,3%	51,3%	30,5%
	Sí	72,7%	48,7%	69,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

5.2 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ

En el presente apartado se expondrán los resultados referidos a la satisfacción con el estado de salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores en España en función de su tipo de demanda de actividad física semanal, para ello se recordará brevemente que se entiende por demanda establecida, demanda latente y demanda ausente siguiendo a Jiménez-Beatty (2002) y Martínez del Castillo et al. (2010):

- *Demanda Establecida*, es la formada por aquellas personas practicantes de una o más actividades físicas o deportes.
- *Demanda Latente*, es la formada por aquellas personas no practicantes por algún obstáculo o barrera, pero que están interesadas en practicar una o más actividades físicas o deportes.
- *Demanda Ausente*, es la formada por aquellas personas no practicantes y que no están interesadas en realizar ninguna actividad física o deportiva.

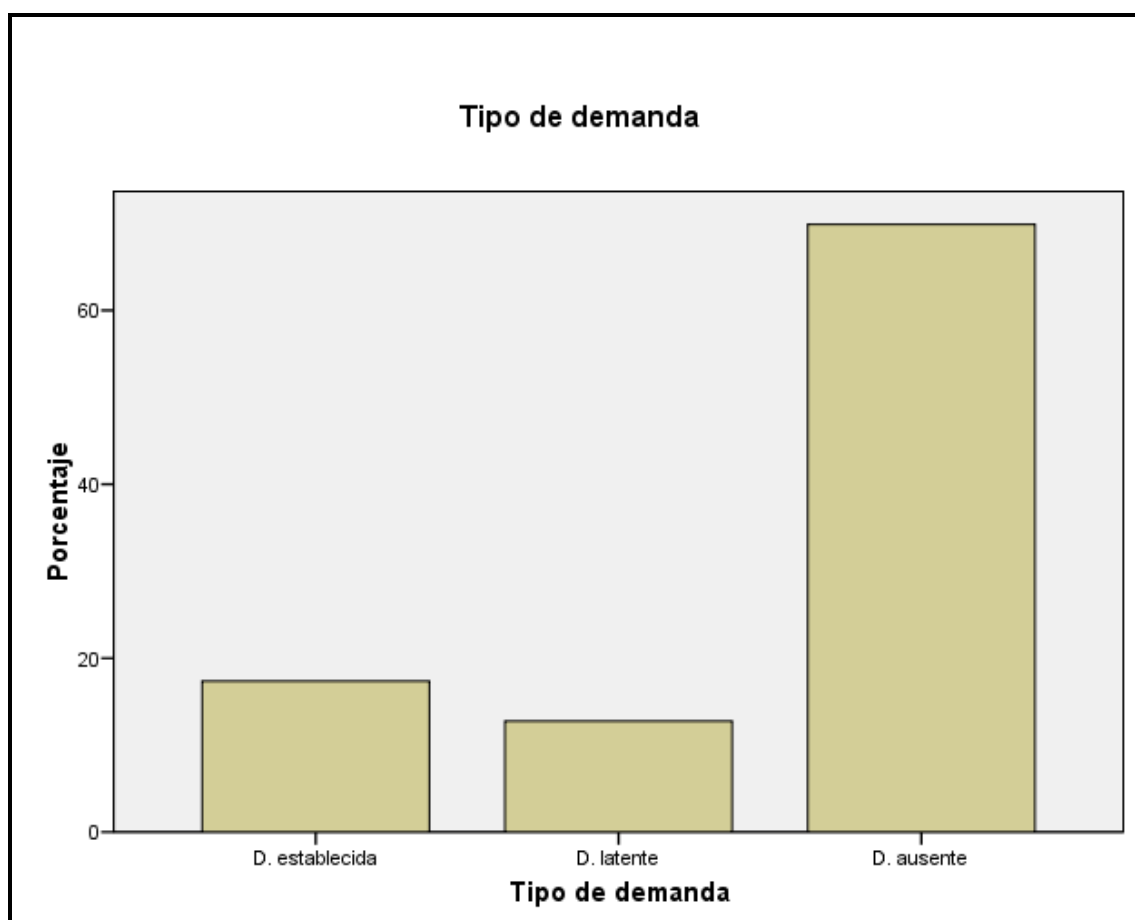


Gráfico 10. Tipos de demanda de actividad física semanal por parte de las personas mayores en España

Para contextualizar el presente apartado y facilitar la comprensión del resto del análisis de los resultados de la presente investigación, en el gráfico 10 se puede comprobar que la mayoría de las personas mayores objeto de estudio se encuentran inmersas en el grupo referido a la demanda ausente (69.9%), es decir, no son practicantes y además no están interesados en practicar actividad física o deporte, el 17.4% pertenecen a la demanda establecida, es decir, son practicantes semanales y el 12.8% a la demanda latente, no practicantes, pero interesados en la práctica semanal de actividad física o deporte.

5.2.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor

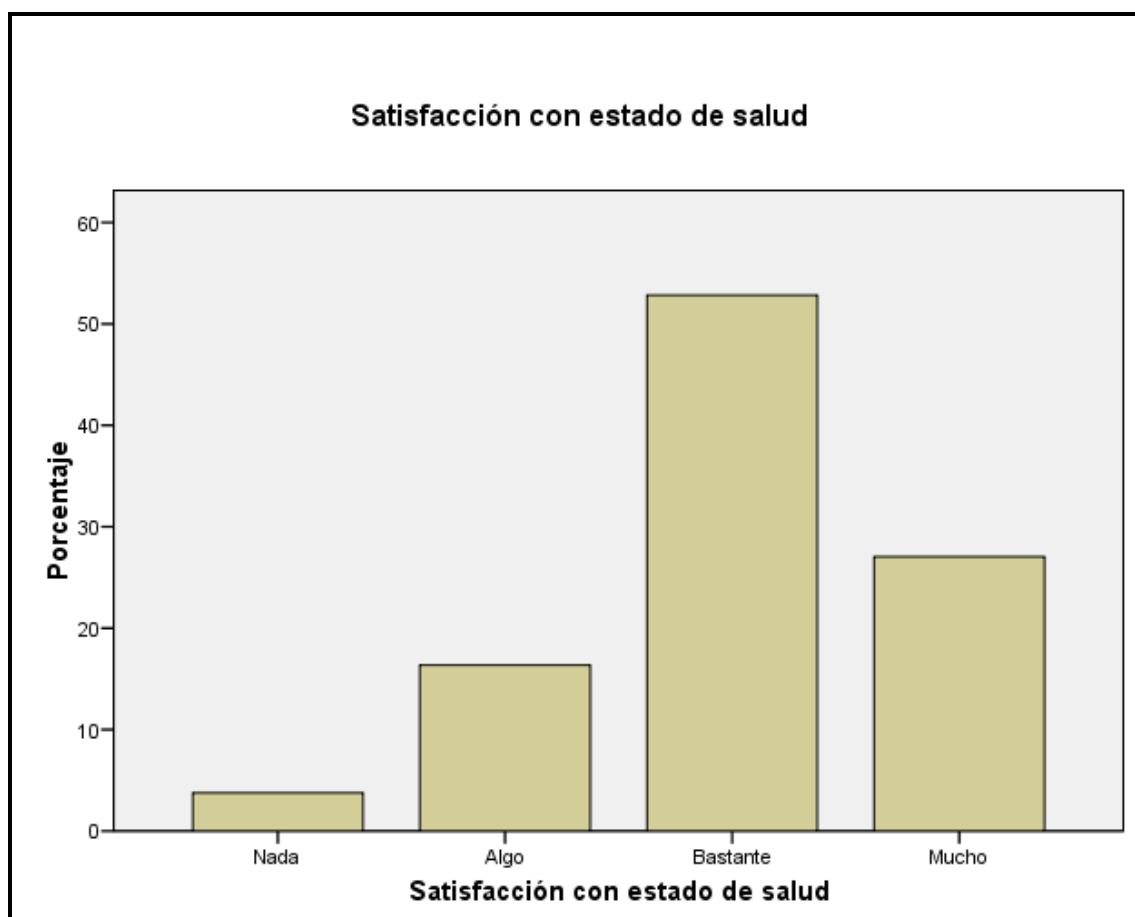


Gráfico 11. Satisfacción con el estado de salud en la demanda establecida

En el gráfico 11 se puede observar que el 52% de las personas mayores que practica habitualmente actividad física o deporte se sienten bastante satisfechas con su estado de salud y que el 27% están muy satisfechas con el mismo. No obstante, el 16.4% declaran sentirse solamente algo satisfechas con su estado de salud y únicamente el 3.8% de las personas señalan no estar nada satisfechas con éste.

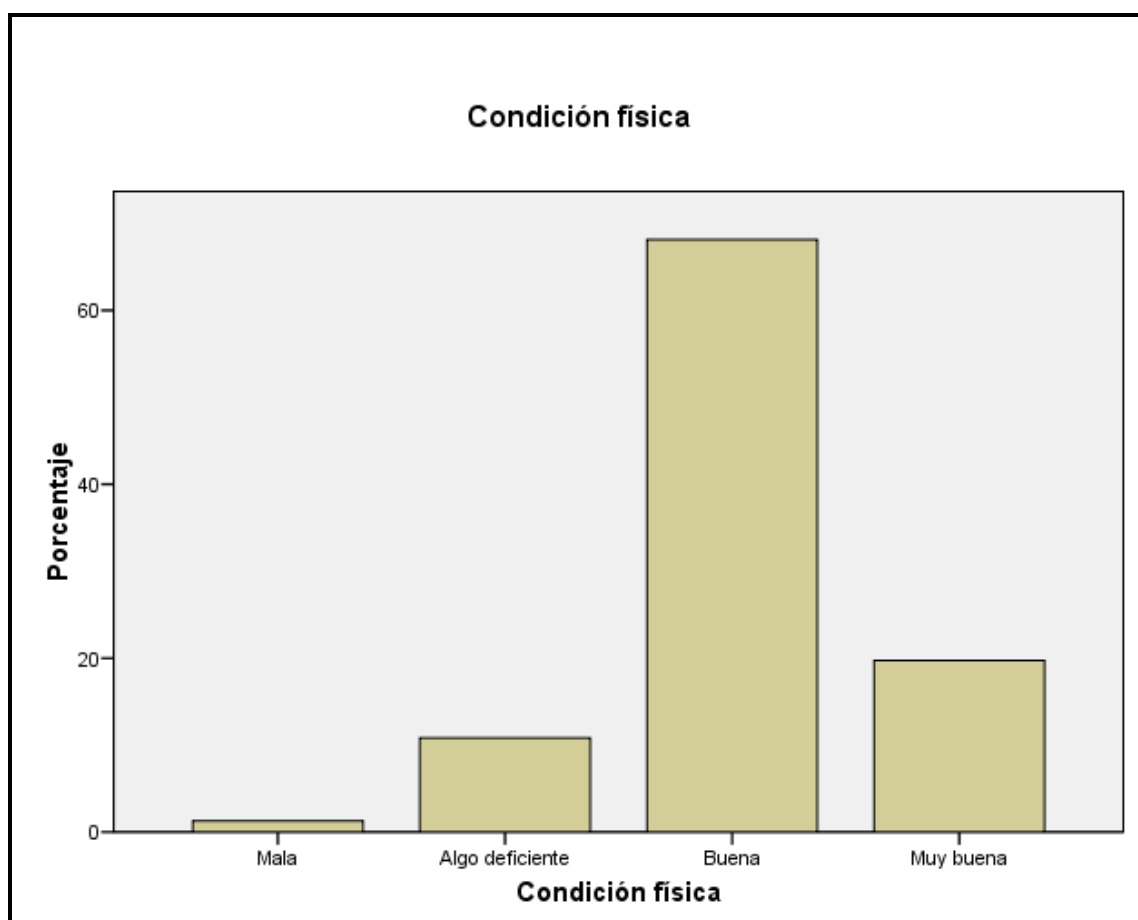


Gráfico 12. Condición física percibida en la demanda establecida

En relación a la condición física percibida por la demanda establecida, el 68.2% de las personas mayores considera que ésta es buena, el 19.7% señala que es muy buena, el 10.8% percibe que es algo deficiente, y el 1.3% estima que su condición física es mala (gráfico 12).

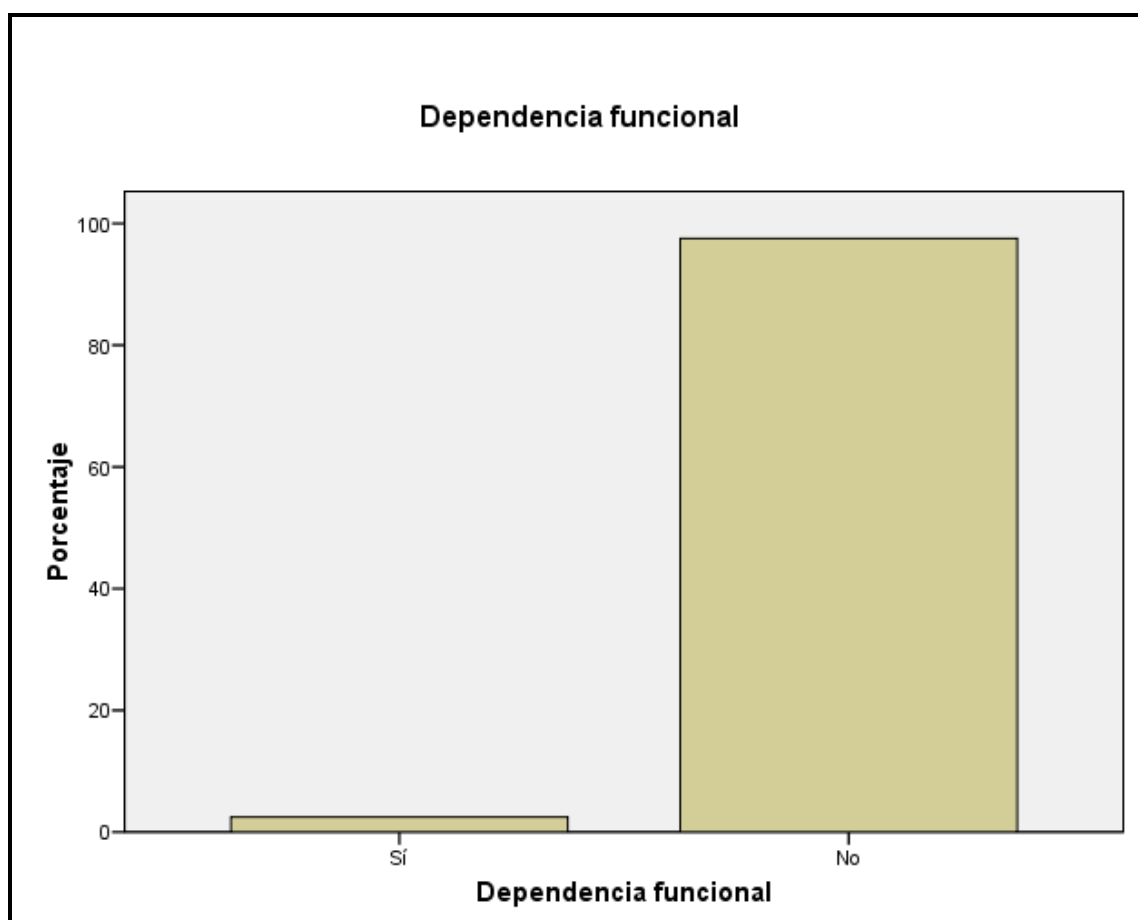


Gráfico 13. Dependencia funcional en la demanda establecida

En cuanto a la dependencia funcional percibida por las personas mayores que habitualmente realizan actividad física o deporte, en el gráfico 13 se evidencia que la gran mayoría de las personas no es dependiente (97.5%), y que tan sólo un mínimo porcentaje de las mismas sí lo es (2.5%).

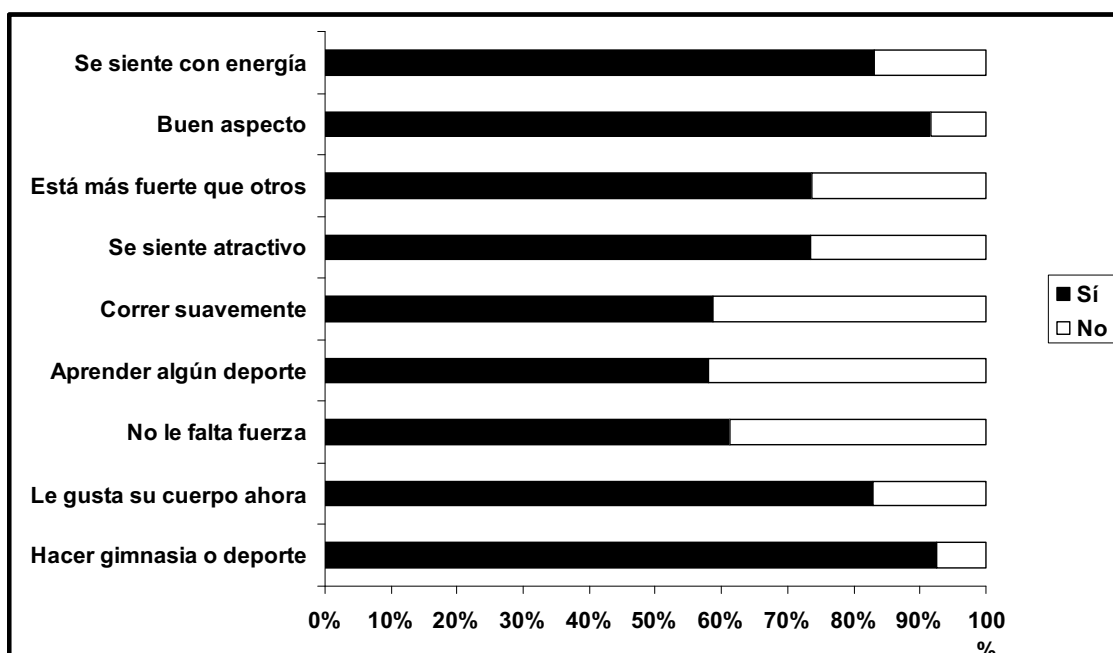


Gráfico 14. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda establecida

Por otra parte, atendiendo a la competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores enmarcadas dentro del grupo de la demanda establecida, en el gráfico 14 queda reflejado que un 92.5% de las personas entrevistadas se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte, y un 91.6% considera que tiene buen aspecto físico. Además, entre un 80% y un 85% de las personas se sienten habitualmente con energía y les gusta como es su cuerpo ahora, y un 73% de las personas, aproximadamente, se sienten atractivas para las demás y consideran que están más fuertes que otras personas de su misma edad. Asimismo, un 61.3% de las personas afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas y un 58% creen que son capaces de correr suavemente y que serían capaces de aprender un deporte nuevo.

A continuación se expondrán el resto de los datos obtenidos respecto a las personas mayores incluidas en el grupo de la demanda establecida, para ello se relacionarán la satisfacción con el estado de salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas por estas personas con las diferentes variables sociodemográficas (género, edad, clase social y tamaño demográfico), con las categorías de actividades físicas o deportes practicados, con las

horas de práctica de actividad física o deporte semanal realizadas y con la presencia o ausencia de profesor en dichas actividades o deportes.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de investigación según las variables sociodemográficas se han obtenido los siguientes resultados:

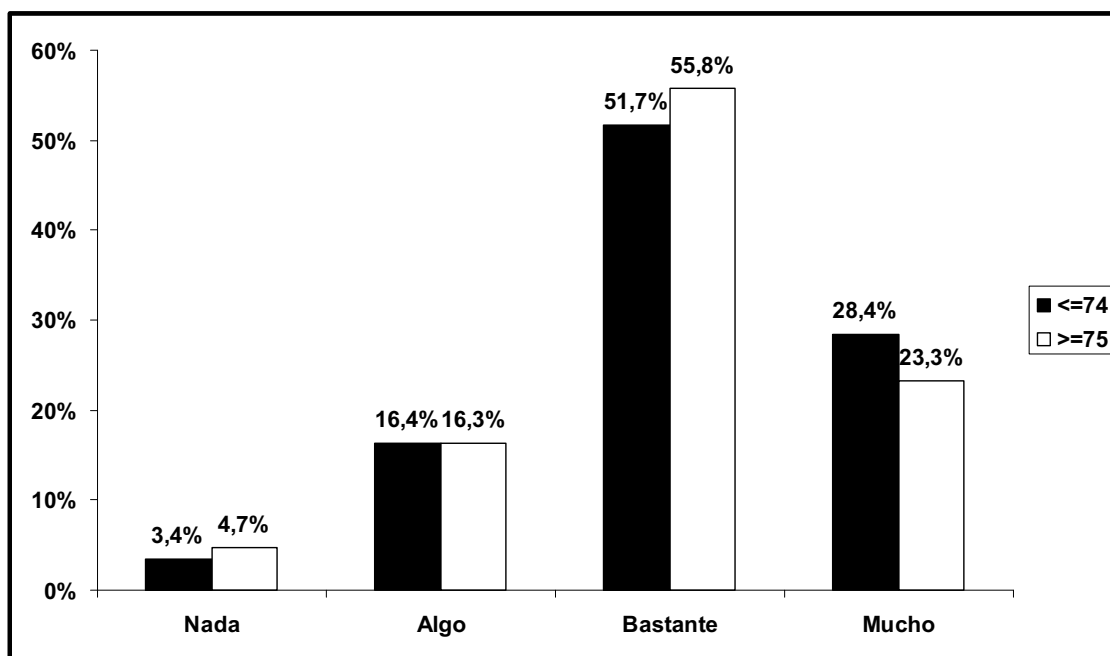


Gráfico 15. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda establecida

- En el gráfico 15 y en la tabla 91 se puede observar que en la demanda establecida los porcentajes de satisfacción con su estado de salud en función de la edad son muy similares en ambos grupos. Así, en los ítems nada satisfecho con su estado de salud y algo satisfecho con el mismo los resultados son casi idénticos en los dos grupos de edad. No obstante, en los ítems bastante y muy satisfechos con su estado de salud se encuentran pequeñas diferencias, de forma que el grupo de edad menor o igual a 74 años obtiene porcentajes del 51.7% y 28.4% respectivamente y el grupo de edad mayor o igual a 75 años del 55.8% y 23.3% respectivamente. Cabe destacar que no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .06$, $p = .91$). Todas las tablas de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.2.1 están incluidas en el Anexo V.

- En lo que al género en la demanda establecida se refiere (tabla 92), se puede comprobar que las mujeres obtienen mayores porcentajes en los ítems muy y bastante satisfechas con su estado de salud que los hombres (28.1% y 55.2% en las mujeres respectivamente y 25.4% y 49.2% en los hombres respectivamente) y éstos obtienen mayores porcentajes en el ítem algo satisfechos con su estado de salud (22.2% los hombres frente a un 12.5% las mujeres). Además se ha comprobado que no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .13$, $p = .45$).
- En cuanto a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la clase social en la demanda establecida, en la tabla 93 se aprecia que las personas de clase media/alta obtienen mayores porcentajes al considerarse muy satisfechas con su estado de salud (31.6%) que las de clase media/media (27.3%) y media/baja (23.5%). No obstante, las personas que obtienen mayores porcentajes al considerarse bastante satisfechas con su estado de salud son las de clase media/media (55.6%), seguidas por las de clase media/baja (la mitad de las personas, 50%) y bastante alejadas de las de clase media/alta (36.8%). Asimismo, las personas que presentan mayores porcentajes al sentirse algo satisfechas con su estado de salud son las de clase media/alta (26.3%), obteniéndose porcentajes de alrededor del 15% en las otras dos clases sociales. Por último, son las personas de clase social media/baja las que mayores porcentajes presentan al no sentirse nada satisfechas con su estado de salud (8.8%). En este caso tampoco existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .19$, $p = .46$).
- Por su parte, en la tabla 94 se muestra la relación existente entre la satisfacción con el estado de salud y el tamaño demográfico de los municipios donde residen las personas mayores en España en la demanda establecida, así, los mayores porcentajes en todos los estratos demográficos se obtienen en la consideración por parte de estas personas de estar bastante satisfechas con su estado de salud, aunque en el estrato de entre 10.000 y 50.000 habitantes este porcentaje es idéntico al obtenido en la consideración por parte de las personas de estar muy satisfechas con su estado de salud (41.2%), siendo éste el estrato que mayor porcentaje presenta al respecto. Asimismo, el estrato que presenta mayor porcentaje en el ítem bastante satisfecho con su estado de salud es el compuesto por los municipios menores de 10.000 habitantes (66.7%). Finalmente, cabe

destacar que los estratos compuestos por municipios de menos de 10.000 habitantes y más de 100.000 habitantes no presentan personas nada satisfechas con su estado de salud en la demanda establecida. Además existe una relación moderada entre estas variables, siendo además significativa ($\Phi = .39$, $p = < .01$).

Tabla 91. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Edad

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,4%	23,3%	27,0%
	Bastante	51,7%	55,8%	52,8%
	Algo	16,4%	16,3%	16,4%
	Nada	3,4%	4,7%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 92. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Género

		% de Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	25,4%	28,1%	27,0%
	Bastante	49,2%	55,2%	52,8%
	Algo	22,2%	12,5%	16,4%
	Nada	3,2%	4,2%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 93. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Clase social

		% de Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	31,6%	27,3%	23,5%	27,0%
	Bastante	36,8%	55,6%	50,0%	52,0%
	Algo	26,3%	15,2%	17,6%	17,1%
	Nada	5,3%	2,0%	8,8%	3,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 94. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Tamaño demográfico

		% de Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,6%	41,2%	26,4%	5,9%	27,0%
	Bastante	66,7%	41,2%	54,7%	58,8%	52,8%
	Algo	4,8%	11,8%	13,2%	35,3%	16,4%
	Nada	0%	5,9%	5,7%	0%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

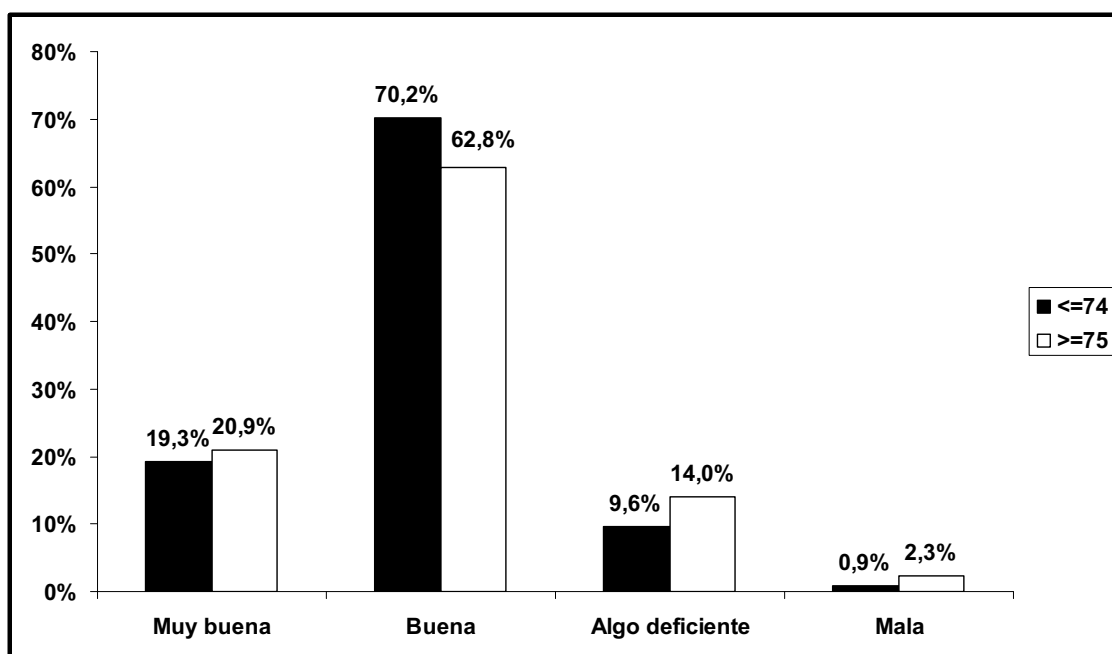


Gráfico 16. Condición física en función de la edad en la demanda establecida

- En el gráfico 16 y en la tabla 95 quedan reflejados los resultados obtenidos tras relacionar la condición física percibida por las personas mayores con la edad de las mismas en la demanda establecida. De esta forma se comprueba que las personas de edad mayor o igual a 75 años obtienen porcentajes similares que las personas de edad igual o menor a 74 al percibir su condición física como muy buena (20.9% y 19.3% respectivamente). No obstante, las personas de este último grupo obtienen mayor porcentaje en la percepción de su condición física

como buena (70.2%). Además, las personas del grupo de mayor edad obtienen porcentajes superiores que las de menor edad en la percepción de su condición física como algo deficiente y mala, 14% y 2.3% respectivamente, el grupo de mayor edad frente al 9.6% y el 0.9% obtenido por las personas de edad igual o menor a 74 en la demanda establecida. En este caso se ha comprobado que no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .09$, $p = .72$).

- Al igual que ocurre a nivel general, se ha comprobado que en la demanda establecida tanto hombres como mujeres obtienen los mayores porcentajes en cuanto a la percepción de su condición física como buena. Además, en la tabla 96 se aprecia que las mujeres obtienen mayores porcentajes que los hombres al percibirla como muy buena (22.6% y 15.6% respectivamente) y que éstos obtienen mayores porcentajes al considerarla buena (71.9% por parte de los hombres y 65.6% en las mujeres). Asimismo, cabe resaltar que en la demanda establecida ninguna mujer considera su condición física como mala y tan sólo el 3.1% de los hombres la perciben de esta forma. Finalmente, no se han encontrado diferencias significativas entre estas variables ($\Phi = .16$, $p = .23$).
- En relación a la condición física en función de la clase social en la demanda establecida (tabla 97) se obtienen porcentajes similares en todos los grupos de clase social, no obstante, se debe señalar que las personas que en mayor medida consideran su condición física como buena en la demanda establecida son las personas de clase media/media (70.8%), seguidas por las personas de clase media/alta (65%) y por las de clase media/baja (60.6%). Además, también se observa que las personas que en menor medida consideran su condición física como algo deficiente son las de clase media/media (7.3%) y que ninguna persona de clase social media/baja ni media/alta que habitualmente practican actividad física consideran su condición física como mala, siendo este porcentaje de tan sólo un 2.1% en las personas de clase media/media. Asimismo, no se han encontrado diferencias significativas entre ambas variables ($\Phi = .20$, $p = .43$).
- Por último, en la tabla 98 se puede observar que en todos los estratos demográficos se obtienen porcentajes similares en cuanto a la percepción de las personas mayores que se encuentran en la demanda establecida de su condición física, de forma que en todos ellos los mayores porcentajes se obtienen en la percepción de su condición física como buena, seguidos de la percepción de ésta como muy buena, algo deficiente y mala. No obstante queda reflejado que en los

estratos de menos de 10.000 habitantes no se obtienen porcentajes en la percepción de la condición física como algo deficiente o mala y que en el de más de 100.000 habitantes estos porcentajes son también inexistentes en este último ítem. Sin embargo se debe tener en cuenta el pequeño porcentaje de personas integradas en el grupo de la demanda establecida a la hora de analizar estos resultados. Nuevamente no se obtiene relación significativa entre estas dos variables ($\Phi = .27$, $p = .23$).

Tabla 95. Condición física y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia condición física*edad

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Condición física	Muy buena	19,3%	20,9%	19,7%
	Buena	70,2%	62,8%	68,2%
	Algo deficiente	9,6%	14,0%	10,8%
	Mala	,9%	2,3%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 96. Condición física y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia condición física*Género

		% de Género		Total
		Género		
		Hombre	Mujer	
Condición física	Muy buena	15,6%	22,6%	19,7%
	Buena	71,9%	65,6%	68,2%
	Algo deficiente	9,4%	11,8%	10,8%
	Mala	3,1%	0%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 97. Condición física y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia condición física*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Muy buena	20,0%	19,8%	18,2%	19,5%
	Buena	65,0%	70,8%	60,6%	67,8%
	Algo deficiente	15,0%	7,3%	21,2%	11,4%
	Mala	0%	2,1%	0%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 98. Condición física y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia condición física*tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Muy buena	31,6%	23,5%	20,4%	6,1%	19,7%
	Buena	68,4%	66,7%	66,7%	72,7%	68,2%
	Algo deficiente	0%	7,8%	11,1%	21,2%	10,8%
	Mala	0%	2,0%	1,9%	0%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

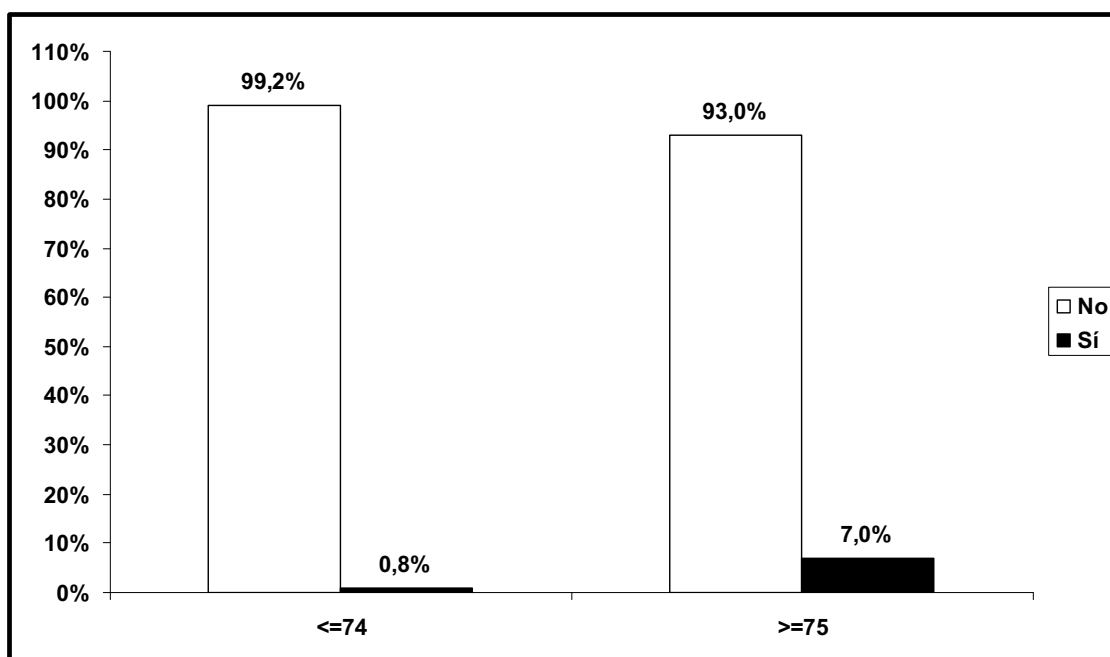


Gráfico 17. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda establecida

- Si se analizan el gráfico 17 y la tabla 99 se puede comprobar que casi el 100% de las personas de edad igual o menor a 74 años y practicantes habituales de actividad física o deporte no tienen dependencia funcional y que tan sólo un 7% de las personas de edad igual o mayor a 75 años y practicantes sí son dependientes. Además existe una relación baja o ligera entre estas variables, siendo además significativa ($\Phi = .17$, $p = .03$).
- Por otra parte, en la tabla 100 se puede apreciar perfectamente que no existen apenas diferencias entre la hombres y mujeres en relación a la dependencia funcional o no en la demanda establecida, ya que los hombres únicamente presentan un 1% más de dependencia funcional que las mujeres. En este caso se observa que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .03$, $p = .67$).
- Asimismo, tampoco se observan grandes diferencias en cuanto a la necesidad de ayuda en las actividades cotidianas por parte de las personas mayores practicantes en función de la clase social (tabla 101), siendo las personas de clase media/alta las que mayor porcentaje presentan en relación a la necesidad de ayuda (4.8%), seguidas por las personas de clase media/baja (2.9%) y

media/media (2%). Así se aprecia que no existe relación significativa entre estas dos variables ($\Phi = .06$, $p = .77$).

- Aun teniendo que ser cautos con el análisis de estos resultados, tal y como se ha comentado anteriormente, en la tabla 102 se puede apreciar que en los municipios de menos de 10.000 habitantes y en los de entre 50.000 y 100.000 habitantes no han sido entrevistadas personas practicantes habituales de actividad física y deporte con dependencia funcional, mientras que en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes el 3.9% de las personas sí eran dependientes y en los municipios de más de 100.000 habitantes lo eran el 5.7%. Además, cabe señalar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .28$).

Tabla 99. Dependencia funcional y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	No	99,2%	93,0%	97,5%
	Sí	,8%	7,0%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 100. Dependencia funcional y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	No	96,9%	97,9%	97,5%
	Sí	3,1%	2,1%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 101. Dependencia funcional y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	No	95,2%	98,0%	97,1%	97,4%
	Sí	4,8%	2,0%	2,9%	2,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 102. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	No	100,0%	96,1%	100,0%	94,3%	97,5%
	Sí	0%	3,9%	0%	5,7%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Seguidamente serán expuestos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda establecida:

- En cuanto a la variable sociodemográfica edad: se puede comprobar que en la demanda establecida no hay mucha diferencia respecto a las personas mayores que se creen capaces de hacer gimnasia o deporte en función de la edad, ya que en ambos grupos se obtienen alrededor de un 90% de respuestas afirmativas, siendo ligeramente superior (93.3%) los porcentajes obtenidos en el grupo de personas más jóvenes (tabla 103). A pesar de ello, no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .05$, $p = .55$). Tampoco se obtienen grandes diferencias en cuanto a si a las personas mayores les gusta su cuerpo tal y como es ahora en función de la edad en la demanda establecida, ya que en ambos grupos se obtienen porcentajes de entre un 80% y un 85% (tabla 104), no obteniéndose nuevamente una relación significativa entre

las variables ($\Phi = -.03$, $p = .74$). Por otra parte, tal y como se ha obtenido en la tabla 105, existe un mayor porcentaje de personas menores de 74 años que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas en la demanda establecida (64.4%), respecto a las personas mayores de 75 años (52.4%). La relación entre estas variables tampoco es significativa ($\Phi = .11$, $p = .17$). Igualmente, son las personas menores de 74 años las que obtienen mayores porcentajes en cuanto a creerse capaces de aprender algún nuevo deporte en la demanda establecida (tabla 106), ya que más de la mitad responde de forma afirmativa (61.5%), mientras que en el grupo de personas mayores de 75 años este porcentaje no llega al 50% (48.7%). A pesar de ello, no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .11$, $p = .17$). En relación a las personas que se creen capaces de correr suavemente (tabla 107), se obtienen el 64.7% de respuestas afirmativas en el grupo de personas menores de 74 años y el 41.5% en el grupo de las personas de más edad, aunque en este caso sí se ha obtenido una relación significativa entre las variables, siendo ésta baja o ligera ($\Phi = .21$, $p = .01$). En cuanto a si las personas mayores se sienten atractivas en la demanda establecida, se ha comprobado que el 74.7% de las personas menores de 74 años sí se sienten atractivas, reduciéndose este porcentaje al 69.7% en las personas mayores de 75 años (tabla 108), aunque no se ha encontrado una relación significativa al respecto ($\Phi = .05$, $p = .58$). Por su parte, no se han obtenido grandes diferencias entre ambos grupos en relación a sentirse más fuertes que otros de su misma edad, ya que en ambos grupos se obtienen porcentajes entre el 70% y 75%, siendo estos ligeramente superiores en las personas de más edad (tabla 109). En este caso tampoco se ha obtenido relación significativa entre variables ($\Phi = -.03$, $p = .76$). Algo similar ocurre en cuanto a si las personas mayores perciben que tienen buen aspecto, ya que en ambos grupos los porcentajes oscilan entre un 89% y un 92% de respuestas afirmativas, en este caso a favor de las personas de menor edad (tabla 110), aunque no se ha encontrado una relación significativa al respecto ($\Phi = .05$, $p = .58$). Por último, tal y como se puede observar en la tabla 111, en ambos grupos alrededor del 80% de las personas afirma sentirse con energía (82.6% en el grupo de personas de menos de 74 años y 84.6% en el grupo de personas de más edad), aunque no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.02$, $p = .77$).

Tabla 103. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	No	6,7%	9,5%	7,5%
	Sí	93,3%	90,5%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 104. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	No	17,7%	15,4%	17,1%
	Sí	82,3%	84,6%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 105. No le falta fuerza y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	No	35,6%	47,6%	38,8%
	Sí	64,4%	52,4%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 106. Aprender algún deporte y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	No	38,5%	51,3%	41,9%
	Sí	61,5%	48,7%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 107. Correr suavemente y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Correr suavemente*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Correr suavemente	No	35,3%	58,5%	41,4%
	Sí	64,7%	41,5%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 108. Se siente atractivo y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	No	25,3%	30,3%	26,6%
	Sí	74,7%	69,7%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 109. Está más fuerte que otros y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	No	27,1%	24,1%	26,3%
	Sí	72,9%	75,9%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 110. Buen aspecto y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia Buen aspecto*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Buen aspecto	No	7,6%	10,5%	8,4%
	Sí	92,4%	89,5%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 111. Se siente con energía y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente con energía*Edad

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	No	17,4%	15,4%	16,9%
	Sí	82,6%	84,6%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- Atendiendo a la variable género: en la tabla 112, se puede observar que un porcentaje similar de hombres y mujeres afirman creerse capaces de hacer gimnasia o deporte en la demanda establecida, aunque el porcentaje de mujeres que responden afirmativamente es ligeramente superior (90.6% y 93.8% respectivamente). Además se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.06$, $p = .45$). Igualmente, en la tabla 113 se muestra un porcentaje ligeramente mayor de mujeres integrantes del grupo de la demanda establecida que afirman que les gusta su cuerpo tal y como es ahora, el 84.6%, respecto al 80.3% presentado por los hombres, aunque nuevamente no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.06$, $p = .49$). Por su parte, el porcentaje de hombres que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (65.6%) es superior al de las mujeres en la demanda establecida (58.3%) (tabla 114), no encontrándose una relación estadísticamente significativa al respecto ($\Phi = .07$, $p = .35$). No obstante, el porcentaje de mujeres que afirman sentirse capaces de aprender un nuevo deporte es superior al presentado por los hombres en la demanda establecida, el 64% y el 50% respectivamente, (tabla 115), comprobándose además que existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre estas variables ($\Phi = -.14$, $p = .01$). A pesar de ello, son los hombres los que en mayor porcentaje (65.1%) exponen que se creen capaces de correr suavemente, disminuyendo este porcentaje hasta el 54.3% en las mujeres (tabla 116). Así, la relación entre estas variables no es estadísticamente significativa ($\Phi = .11$, $p = .18$). En cuanto a la variable relacionada con la percepción corporal “se siente atractivo”, cabe destacar que la gran mayoría de los hombres de la demanda establecida sí se sienten atractivos actualmente (81.6%), reduciéndose este porcentaje hasta el 68% en el caso de las mujeres

(tabla 117), no existiendo una relación significativa entre dichas variables ($\Phi = .11$, $p = .09$). En relación a la consideración de sentirse más fuertes que otras personas de su misma edad (tabla 118), aunque los resultados son similares, los hombres obtienen aproximadamente un 7% más de respuestas afirmativas que las mujeres (77.6% y 70.8% respectivamente), aunque la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .08$, $p = .42$). Nuevamente, son los hombres los que en mayor porcentaje (94.6%) consideran que tienen buen aspecto físico respecto a las mujeres (89.7%) (tabla 119), aunque la relación entre las variables no es significativa ($\Phi = .09$, $p = .29$). Por último, las mujeres presentan mayores porcentajes (85.6%) en cuanto a sentirse con energía que los hombres (79.7%) (tabla 120), no encontrándose una relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.08$, $p = .34$).

Tabla 112. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Género

		% de Género		
		Hombre	Mujer	Total
Hacer gimnasia o deporte	No	9,4%	6,2%	7,5%
	Sí	90,6%	93,8%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 113. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Género

		% de Género		
		Hombre	Mujer	Total
Le gusta su cuerpo ahora	No	19,7%	15,4%	17,1%
	Sí	80,3%	84,6%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 114. No le falta fuerza y género en la demanda establecida**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	No	34,4%	41,7%	38,8%
	Sí	65,6%	58,3%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 115. Aprender algún deporte y género en la demanda establecida**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	No	50,0%	36,0%	41,9%
	Sí	50,0%	64,0%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 116. Correr suavemente y género en la demanda establecida**Tabla de contingencia Correr suavemente*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	No	34,9%	45,7%	41,4%
	Sí	65,1%	54,3%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 117. Se siente atractivo y género en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	No	18,4%	32,0%	26,6%
	Sí	81,6%	68,0%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 118. Está más fuerte que otros y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	No	22,4%	29,2%	26,3%
	Sí	77,6%	70,8%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 119. Buen aspecto y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Buen aspecto*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	No	5,4%	10,3%	8,4%
	Sí	94,6%	89,7%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 120. Se siente con energía y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente con energía*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	No	20,3%	14,4%	16,9%
	Sí	79,7%	85,6%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- En lo que a la variable clase social se refiere: en la tabla 121 puede apreciarse que no existen grandes diferencias en cuanto a que las personas mayores se crean capaces de hacer gimnasia o deporte en función de la clase social en la demanda establecida, ya que en todos los grupos sociales se obtienen porcentajes de entre un 90% y un 94% de respuestas afirmativas, aunque no existe relación significativa al respecto ($\Phi = .04$, $p = .87$). En relación a si a las personas mayores de la demanda establecida les gusta su cuerpo ahora, en la tabla 122 se observa que según aumenta la clase social, en general, más les gusta

su cuerpo, ya que el 90.5% de las personas de clase alta responden de forma afirmativa, representando este porcentaje el 83.7% en las personas de clase media y el 74.2% en las de clase baja. Cabe destacar que no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .13$, $p = .28$). Atendiendo a las personas mayores que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas, en la tabla 123 queda reflejado que las personas de clase media son las que mayor porcentaje presentan (66.3%), siendo este porcentaje similar en las personas de clase alta y baja (57%), aunque en esta caso tampoco se ha encontrado una relación significativa entre las variables ($\Phi = .09$, $p = .55$). Por otra parte, los resultados muestran que son las personas de clase alta las que en la demanda establecida se creen con mayor capacidad para aprender un nuevo deporte (77.8%), seguidas por las personas de clase baja (66.7%) y siendo las de clase media las que presentan menor porcentaje al respecto (53.3%) (tabla 124). En este caso también se debe indicar que la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .18$, $p = .10$). Asimismo, si se analiza la tabla 125, resulta interesante comprobar que la gran mayoría de las personas de clase alta en la demanda establecida se creen capaces de correr suavemente (90%), reduciéndose notablemente este porcentaje en las personas de clase media (58.3%) y siendo menor de la mitad en las de clase baja (42.4%). Además, la relación entre estas variables es significativa y moderada ($\Phi = .28$, $p = < .01$). En otro sentido, en la tabla 126 se muestra que en todos los grupos de clase social en la demanda establecida se obtienen entre un 70% un 80% de personas mayores que sí se sienten atractivas actualmente, aunque no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = .76$). En cuanto a sentirse más fuerte que otros (tabla 127), son de nuevo las personas de clase alta las que obtienen mayor porcentaje (88.9%), seguidas por las de clase baja (71.4%) y las de clase media (70.6%), aunque la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .15$, $p = .28$). En relación a si las personas perciben que tienen buen aspecto físico, en la tabla 128 se puede apreciar que la clase social tampoco resulta un factor determinante, ya que en todos los grupos se obtienen porcentajes de entre un 92% y un 95%, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .04$, $p = .89$). Finalmente, los resultados obtenidos en cuanto a si las personas se sienten con energía en función de la clase social son muy similares, ya que los porcentajes

oscilan entre el 84% y el 85% en los tres grupos (tabla 129), no existiendo una relación significativa al respecto ($\Phi = .01$, $p = .99$).

Tabla 121. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Clase social

		% de Clase social			Total
		Clase social			
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	No	9,5%	8,2%	5,9%	7,8%
	Sí	90,5%	91,8%	94,1%	92,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 122. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Clase social

		% de Clase social			Total
		Clase social			
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	No	9,5%	16,3%	25,8%	17,4%
	Sí	90,5%	83,7%	74,2%	82,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 123. No le falta fuerza y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Clase social

		% de Clase social			Total
		Clase social			
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	No	42,9%	33,7%	42,4%	36,8%
	Sí	57,1%	66,3%	57,6%	63,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 124. Aprender algún deporte y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	No	22,2%	46,7%	33,3%	40,7%
	Sí	77,8%	53,3%	66,7%	59,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 125. Correr suavemente y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia Correr suavemente*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	No	10,0%	41,7%	57,6%	40,9%
	Sí	90,0%	58,3%	42,4%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 126. Se siente atractivo y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	No	20,0%	27,1%	22,2%	24,8%
	Sí	80,0%	72,9%	77,8%	75,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 127. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	No	11,1%	29,4%	28,6%	26,2%
	Sí	88,9%	70,6%	71,4%	73,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 128. Buen aspecto y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Buen aspecto*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	No	5,0%	8,0%	6,9%	7,4%
	Sí	95,0%	92,0%	93,1%	92,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 129. Se siente con energía y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente con energía*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	No	15,0%	14,9%	15,6%	15,1%
	Sí	85,0%	85,1%	84,4%	84,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- En relación a la variable tamaño demográfico: en la tabla 130 puede apreciarse que en todos los estratos entre un 92% y un 96% de las personas mayores en la demanda establecida se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, excepto en el compuesto por los grandes municipios, donde este porcentaje desciende hasta el 85.7%, no existiendo relación significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .33$). Resulta curioso comprobar como a todas las personas entrevistadas en los municipios pequeños de la demanda establecida, es decir al 100% de las mismas, les gusta su cuerpo ahora. Siendo este porcentaje inferior en el resto de los estratos. Así, al 83.7% de las personas en municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes les gusta su cuerpo ahora, al 80% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y al 75.8% en los municipios grandes (tabla 131). Cabe destacar que no se ha encontrado una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .20$, $p = .12$). En cuanto a las personas que afirman no faltarles fuerza para hacer las cosas, los resultados son bastante diferentes entre estratos, de forma que en los municipios pequeños este porcentaje representa el 75% de las personas, en los grandes y en los municipios de entre 10.000 y 50.000

habitantes el mismo porcentaje del 68.6% y el 44.4% en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 132). Además la relación entre estas variables es significativa y moderada ($\Phi = .25$, $p = .02$). Algo similar ocurre atendiendo a las personas que se creen capaces de aprender algún nuevo deporte, el 72.7% de las personas de los municipios grandes afirma sentirse capaz de hacerlo, representando estas personas el 68.4% en los municipios pequeños, el 59.6% en el estrato de municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y menos de la mitad (42.9%) en el otro estrato (tabla 133). Así, existe una relación significativa y ligera entre ambas variables ($\Phi = .24$, $p = .04$). En cuanto a si las personas se creen capaces de correr suavemente, en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y en los grandes, el 58% de las personas se creen capaces de hacerlo, disminuyendo hasta el 42.1% en municipios pequeños y aumentando hasta el 64.7% en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes (tabla 134). No existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .14$, $p = .40$). Por otra parte, tal y como se puede observar en la tabla 135, las personas de los municipios pequeños son las que en mayor medida se sienten atractivas (85.7%) y las de los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes son las que obtienen menor porcentaje al respecto (60.6%). Cabe resaltar que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .19$, $p = .23$). Asimismo, casi todas las personas de los municipios pequeños afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad (91.7%), reduciéndose este porcentaje hasta el 69.6% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y entre un 72% y un 74% en los otros dos estratos (tabla 136). No obstante, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .49$). Atendiendo al aspecto físico percibido, en la tabla 137 puede apreciarse que todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas en la demanda establecida, es decir el 100% de las mismas, perciben éste como bueno, reduciéndose este porcentaje al 86.3% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y siendo de alrededor del 93% en el resto de estratos. Cabe destacar que no se ha obtenido relación significativa entre estas variables ($\Phi = .17$, $p = .27$). Por último, en la tabla 138 se refleja que todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas se sienten con energía, siendo en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes en los que se obtiene el segundo resultado más elevado (88%), seguido del estrato formado por municipios grandes (82.4%) y siendo el estrato

restante (municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes) el que presenta menor porcentaje de personas que se sienten con energía (72%). Además existe una relación significativa y moderada entre estas variables ($\Phi = .25$, $p = .02$).

Tabla 130. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	No	4,8%	4,0%	7,3%	14,3%	7,5%
	Sí	95,2%	96,0%	92,7%	85,7%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 131. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	No	0%	16,3%	20,0%	24,2%	17,1%
	Sí	100,0%	83,7%	80,0%	75,8%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 132. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	No	25,0%	31,4%	55,6%	31,4%	38,8%
	Sí	75,0%	68,6%	44,4%	68,6%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 133. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	No	31,6%	40,4%	57,1%	27,3%	41,9%
	Sí	68,4%	59,6%	42,9%	72,7%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 134. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Correr suavemente*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	No	57,9%	35,3%	41,5%	41,2%	41,4%
	Sí	42,1%	64,7%	58,5%	58,8%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 135. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	No	14,3%	39,4%	22,4%	25,0%	26,6%
	Sí	85,7%	60,6%	77,6%	75,0%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 136. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	No	8,3%	25,9%	30,4%	27,6%	26,3%
	Sí	91,7%	74,1%	69,6%	72,4%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 137. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Buen aspecto*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	No	0%	7,1%	13,7%	6,7%	8,4%
	Sí	100,0%	92,9%	86,3%	93,3%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 138. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente con energía*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	No	0%	12,0%	28,0%	17,6%	16,9%
	Sí	100,0%	88,0%	72,0%	82,4%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

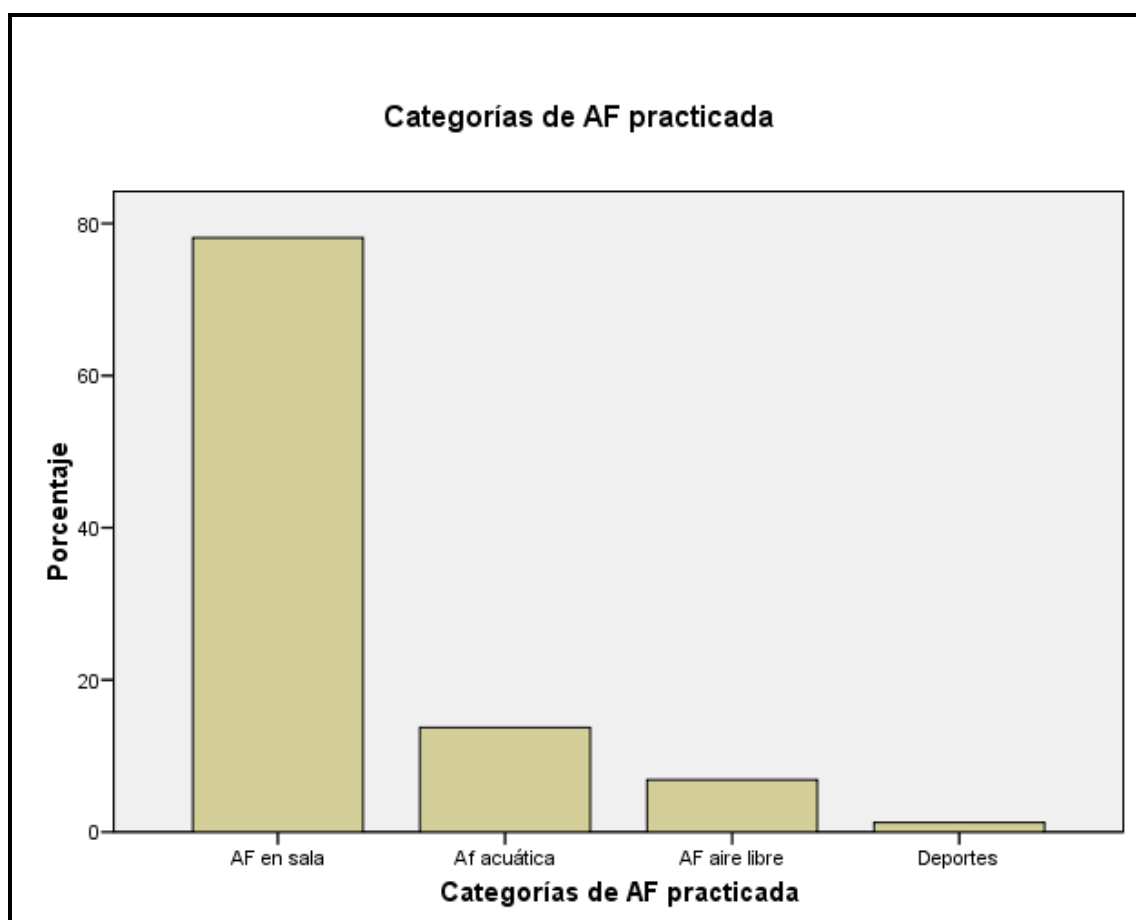


Gráfico 18. Categorías de actividad física practicada en la demanda establecida

En el gráfico 18 queda reflejado que la mayoría de las personas mayores practicantes entrevistadas realizan algún tipo de actividad física en sala (78.1%). Por su parte, el 13.8% realiza algún tipo de actividad física en el medio acuático, el 6.9% actividad física al aire libre y un pequeño porcentaje del 1.3% practica deportes.

En este sentido, atendiendo a la relación entre las variables objeto de investigación según la variable categorías de actividad física o deporte practicado se han obtenido los siguientes resultados:

- Analizando la tabla 139 se observa que ninguna de las personas que realizan actividad física acuática, al aire libre o deportes están nada satisfechas con su estado de salud, presentando un 4.9% al respecto las personas que practican actividad física en sala. Por otra parte, las personas que realizan actividades acuáticas son las que mayor porcentaje presentan al sentirse muy satisfechas con su estado de salud (45.5%), un 36.4% de las mismas afirma sentirse bastante satisfechas y un 18.2% algo satisfechas. En cuanto a las personas que practican

actividad física en sala, el 25.2% se sienten muy satisfechas con su estado de salud, el 55.3 bastante satisfechas y el 14.6 algo satisfechas. Respecto a las personas que practican actividad física al aire libre, el 54.5% están bastante satisfechas, el 27.3% algo y el 18.2% muy satisfechas con su estado de salud. Asimismo, de las personas que practican deportes, el 50% están algo satisfechas con su estado de salud y el 50% están bastante satisfechas con el mismo. Finalmente, se ha comprobado que no existen diferencias significativas entre ambas variables ($\Phi = .24, p = .42$).

- Atendiendo a la condición física percibida en la demanda establecida en función de la categorías de actividad física o deporte practicado (tabla 140), se han obtenido en todas las categorías los mayores porcentajes al percibirla como buena, siendo el grupo de actividades físicas al aire libre el que mayor porcentaje presenta al respecto (81.8%). Además cabe destacar que en este grupo ninguna de las personas percibe su condición física como algo deficiente o mala y que en los grupos de actividades acuáticas, al aire libre o deportes no se obtienen porcentajes relacionados con la percepción de la condición física como mala. Por su parte, en el grupo de deportes, la mitad de las personas perciben su condición física como buena y la mitad como algo deficiente. Por último, tras analizar las pruebas estadísticas se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .19, p = .75$).
- En la tabla 141 se refleja que las personas que forman parte del pequeño porcentaje que padece dependencia funcional en la demanda establecida (2.5%) practican actividad física en sala o en el medio acuático, de forma que ninguna de las personas que practican deportes o actividad física en el tiempo libre poseen dependencia funcional. Así, de las personas que practican actividad física acuática, el 4.5% tienen dependencia funcional y el 2.4% de las personas que practican actividad física en sala también necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas. Además, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .07, p = .87$).
- En cuanto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: todas las personas que realizan deporte afirman sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte, presentando porcentajes superiores al 90% las personas que realizan actividad física en sala o al aire libre (tabla 142). Además, existe una relación baja o ligera, pero

significativa entre estas variables ($\Phi = .24$, $p = .03$). Son las personas que realizan actividad física en sala las que en mayor porcentaje afirman que les gusta su cuerpo ahora, con un 85.7% (tabla 143). En este sentido, se ha obtenido una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .21$, $p = .08$). Por otra parte, todas las personas que hacen deporte afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas, descendiendo este porcentaje al 72.7% en las personas que hacen actividad física al aire libre, al 68.2% en las que practican actividades acuáticas y al 58.5% en las personas que realizan actividad física en sala (tabla 144). Cabe destacar que no existe relación significativa al respecto ($\Phi = .13$, $p = .44$). En relación a la variable aprender algún deporte, en la tabla 145 se observa que las personas que practican actividades al aire libre son las más predispuestas a ello (66.7%), seguidas por las que realizan actividades acuáticas (61.9%), aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .06$, $p = .89$). Atendiendo a si las personas se creen capaces de correr suavemente o no, en la tabla 146 se aprecia que todas las personas que hacen deporte se creen capaces de ello, descendiendo este porcentaje al 72.7% en las que practican actividades al aire libre, al 61.9% en las que hacen actividades acuáticas y al 55.4% en las que practican en sala. A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .14$, $p = .41$). En la tabla 147 se muestran los resultados obtenidos tras relacionar las categorías de actividad física practicada con la consideración de si las personas mayores se sienten o no atractivas, así, se puede comprobar que todas las personas que practican deporte se sienten atractivas, y que el resto de categorías presentan porcentajes superiores al 70%, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .10$, $p = .72$). Por su parte, las personas que afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad (tabla 148) presentan porcentajes superiores al 70% en todas las categorías, excepto en deportes, donde ninguna persona afirma sentirse más fuerte que otras, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .23$, $p = .12$). En otro sentido, resulta curioso comprobar que más del 90% de las personas practicantes en todas las categorías de actividad física creen que tienen buen aspecto físico, siendo las que practican actividades al aire libre y deportes las que mayor porcentaje presentan (tabla 149), aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .09$, $p = .74$). Finalmente, en la

tabla 150 puede apreciarse que las personas que en mayor porcentaje afirman sentirse con energía son las que practican al aire libre (90.9%) y las que menor porcentaje presentan al respecto son las que hacen deporte (50%). A pesar de lo expuesto anteriormente no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .31$).

Tabla 139. Satisfacción con el estado de salud y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Satisfacción con estado de salud	Nada	4,9%	0%	0%	0%	3,8%
	Algo	14,6%	18,2%	27,3%	50,0%	16,5%
	Bastante	55,3%	36,4%	54,5%	50,0%	52,5%
	Mucho	25,2%	45,5%	18,2%	0%	27,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 140. Condición física y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Condición física * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Condición física	Muy buena	19,7%	23,8%	18,2%	0%	19,9%
	Buena	68,0%	61,9%	81,8%	50,0%	67,9%
	Algo deficiente	10,7%	14,3%	0%	50,0%	10,9%
	Mala	1,6%	0%	0%	0%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 141. Dependencia funcional y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Dependencia funcional	No	97,6%	95,5%	100,0%	100,0%	97,5%
	Sí	2,4%	4,5%	0%	0%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 142. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	95,2%	77,3%	90,0%	100,0%	92,5%
	No	4,8%	22,7%	10,0%	0%	7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 143. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	85,7%	78,9%	72,7%	0%	83,3%
	No	14,3%	21,1%	27,3%	100,0%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 144. No le falta fuerza y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia No le falta fuerza* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
No le falta fuerza	Sí	58,5%	68,2%	72,7%	100,0%	61,4%
	No	41,5%	31,8%	27,3%	0%	38,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 145. Aprender algún deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Aprender algún deporte* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Aprender algún deporte	Sí	56,1%	61,9%	66,7%	50,0%	57,5%
	No	43,9%	38,1%	33,3%	50,0%	42,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 146. Correr suavemente y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Correr suavemente* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Correr suavemente	Sí	55,4%	61,9%	72,7%	100,0%	58,1%
	No	44,6%	38,1%	27,3%	0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 147. Se siente atractivo y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente atractivo* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente atractivo	Sí	71,7%	83,3%	80,0%	100,0%	73,8%
	No	28,3%	16,7%	20,0%	0%	26,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 148. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Está más fuerte que otros	Sí	74,4%	78,6%	70,0%	0%	73,2%
	No	25,6%	21,4%	30,0%	100,0%	26,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 149. Buen aspecto y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Buen aspecto* Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Buen aspecto	Sí	91,2%	93,8%	100,0%	100,0%	92,2%
	No	8,8%	6,3%	0%	0%	7,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 150. Se siente con energía y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente con energía* Categorías de AF practicada

		% de Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente con energía	Sí	85,7%	75,0%	90,9%	50,0%	84,2%
	No	14,3%	25,0%	9,1%	50,0%	15,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

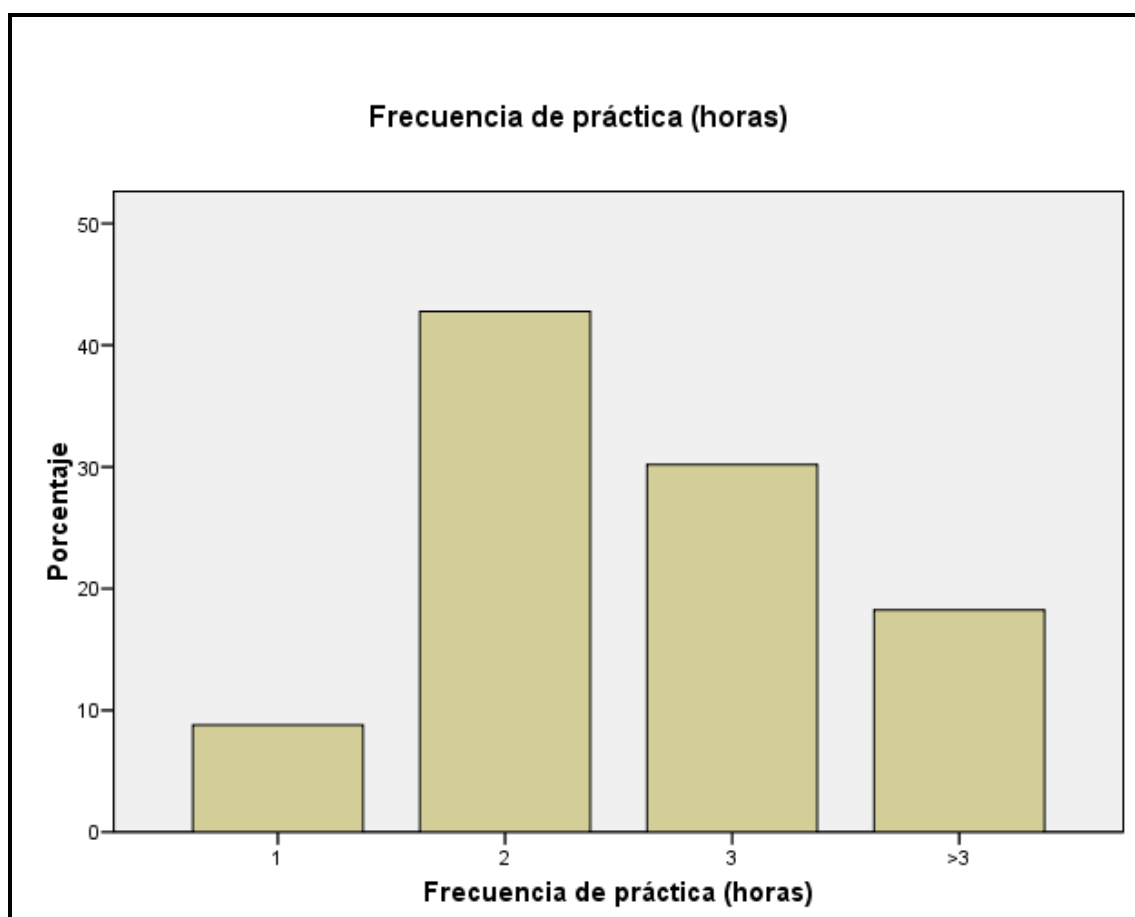


Gráfico 19. Frecuencia semanal de práctica de actividad física o deporte en la demanda establecida

En el gráfico 19 queda reflejado que más del 40% de las personas practicantes de actividad física o deporte realizan dicha práctica dos veces por semana, alrededor del

30% lo hace tres veces por semana, el 18.2% más de tres veces y tan solo práctica únicamente una vez por semana el 8.8%.

Igualmente, atendiendo a la relación entre las variables objeto de investigación según la variable horas de práctica de actividad física o deporte semanal realizadas se han obtenido los siguientes resultados:

- Cabe destacar que ninguna de las personas que practican actividad física y deporte más de tres veces por semana afirma estar nada satisfecha con su estado de salud, y únicamente el 3.6% señala que está algo satisfecha con el mismo, mientras que el 64.3% y el 32.1% afirman estar bastante y muy satisfechas con su estado de salud respectivamente. Por otra parte, en las personas que practican actividad física o deporte una sola vez por semana se obtienen los menores resultados respecto a la consideración de estar muy satisfechos con su estado de salud (14.3%) y los mayores respecto a estar nada o algo satisfecho con su estado de salud (7.1% y 35.7% respectivamente) (tabla 151). Se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .29$, $p = .15$).
- Igualmente, en la tabla 152 se observa que las personas que mayor porcentaje presentan al percibir su condición física como muy buena son las que practican más de tres veces a la semana (24.1%), aunque este porcentaje es similar al obtenido en el resto de grupos. Por su parte, son las personas que practican actividad física o deporte tres veces por semana las que presentan mayor porcentaje al percibir su condición física como buena (70.8%), aunque con porcentajes bastante similares a los obtenidos en los grupos formados por las personas que practican más de tres veces (69%) y dos veces (68.8%). Por último, cabe destacar que las personas que mayor porcentaje presentan al percibir su condición física como mala o algo deficiente es el grupo que practica actividad física o deporte una vez por semana (7.1% y 21.4% respectivamente). Además, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .23$, $p = .52$).
- En cuanto a la dependencia funcional en función de las horas de actividad física o deporte practicadas (tabla 153), se puede apreciar que ninguna de las personas que practica dos o más de tres veces por semana necesita ayuda con las tareas cotidianas, que un pequeño porcentaje del 2.1% de las personas que practican tres veces semanales sí la necesitan y que un 21.4% de las personas mayores que practican una sola vez por semana también son personas dependientes. Además,

existe una relación moderada entre estas variables, siendo ésta significativa ($\Phi = .38$, $p = < .01$).

- En relación a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: en primer lugar, las personas que en mayor porcentaje afirman sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte son las que practican dos y más de tres veces a la semana (95.6% y 96.6% respectivamente), no obstante, el resto presentan porcentajes superiores al 85% en este sentido (tabla 154), aunque la relación obtenida entre estas variables no es significativa ($\Phi = .17$, $p = .22$). En relación a la consideración de si a las personas mayores les gusta como es su cuerpo ahora (tabla 155), se observa que a mayor frecuencia de práctica los porcentajes obtenidos son superiores. No obstante, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .08$, $p = .80$). Igualmente, en cuanto a si a las personas mayores no les falta fuerza para hacer las cosas, en la tabla 156 se aprecia la misma tendencia que en el caso anterior. Así, no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .22$, $p = .06$). En cuanto a las personas que se creen capaces de aprender un deporte nuevo, son las personas que practican tres y más de tres veces semanales las que presentan mayores porcentajes de respuestas afirmativas (61.4% y 63% respectivamente), tal y como se puede apreciar en la tabla 157. Cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa al respecto ($\Phi = .08$, $p = .80$). Por otra parte, también se ha observar que a mayor frecuencia de práctica se obtienen mayores porcentajes de respuestas afirmativas al creerse capaces de correr suavemente (tabla 158), aunque la relación obtenida entre estas variables no es significativa ($\Phi = .19$, $p = .14$). En cuanto a si las personas se sienten atractivas o no, los porcentajes obtenidos son bastante similares, aunque las personas que practican más de tres veces semanales obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas (80%), tal y como se muestra en la tabla 159, además, no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .08$, $p = .80$). Curiosamente, las personas que practican dos veces semanales obtienen los mayores porcentajes en relación a sentirse más fuerte que otras de su edad (80.4%), tal y como se expone en la tabla 160, aunque la relación obtenida entre estas variables no es significativa ($\Phi = .16$, $p = .43$). Asimismo, en la tabla 161 se puede comprobar que en todos los grupos de frecuencia las personas mayores perciben que tienen buen aspecto físico con porcentajes superiores al 90%,

siendo las que practican más días las que presentan el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (95.8%), aunque no se ha obtenido una relación significativa al respecto ($\Phi = .07$, $p = .89$). Por último, las personas que en mayor porcentaje afirman sentirse con energía son las que practican actividad física o deporte más de tres veces semanales, con un 89.3% (tabla 162). Además, la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .08$, $p = .82$).

Tabla 151. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	14,3%	28,4%	27,1%	32,1%	27,4%
	Bastante	42,9%	53,7%	47,9%	64,3%	52,9%
	Algo	35,7%	11,9%	22,9%	3,6%	15,9%
	Nada	7,1%	6,0%	2,1%	0%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 152. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Condición física*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Condición física	Muy buena	21,4%	20,3%	16,7%	24,1%	20,0%
	Buena	50,0%	68,8%	70,8%	69,0%	67,7%
	Algo deficiente	21,4%	9,4%	12,5%	6,9%	11,0%
	Mala	7,1%	1,6%	0%	0%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 153. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Dependencia funcional	No	78,6%	100,0%	97,9%	100,0%	97,5%
	Sí	21,4%	0%	2,1%	0%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 154. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	85,7%	95,6%	87,2%	96,6%	92,4%
	No	14,3%	4,4%	12,8%	3,4%	7,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 155. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	76,9%	82,5%	85,1%	88,5%	83,9%
	No	23,1%	17,5%	14,9%	11,5%	16,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 156. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
No le falta fuerza	Sí	42,9%	55,9%	62,5%	81,5%	61,1%
	No	57,1%	44,1%	37,5%	18,5%	38,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 157. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Aprender algún deporte	Sí	57,1%	53,3%	61,4%	63,0%	57,9%
	No	42,9%	46,7%	38,6%	37,0%	42,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 158. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Correr suavemente*Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Correr suavemente	Sí	42,9%	50,8%	63,8%	71,4%	57,8%
	No	57,1%	49,2%	36,2%	28,6%	42,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 159. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente atractivo*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Se siente atractivo	Sí	72,7%	72,5%	71,8%	80,0%	73,6%
	No	27,3%	27,5%	28,2%	20,0%	26,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 160. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Está más fuerte que otros	Sí	72,7%	80,4%	63,6%	71,4%	73,0%
	No	27,3%	19,6%	36,4%	28,6%	27,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 161. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Buen aspecto*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Buen aspecto	Sí	90,0%	91,9%	90,9%	95,8%	92,1%
	No	10,0%	8,1%	9,1%	4,2%	7,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 162. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Se siente con energía*Frecuencia de práctica (horas)

		% de Frecuencia de práctica (horas)				Total
		Frecuencia de práctica (horas)				
		1	2	3	>3	
Se siente con energía	Sí	84,6%	84,1%	80,9%	89,3%	84,1%
	No	15,4%	15,9%	19,1%	10,7%	15,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

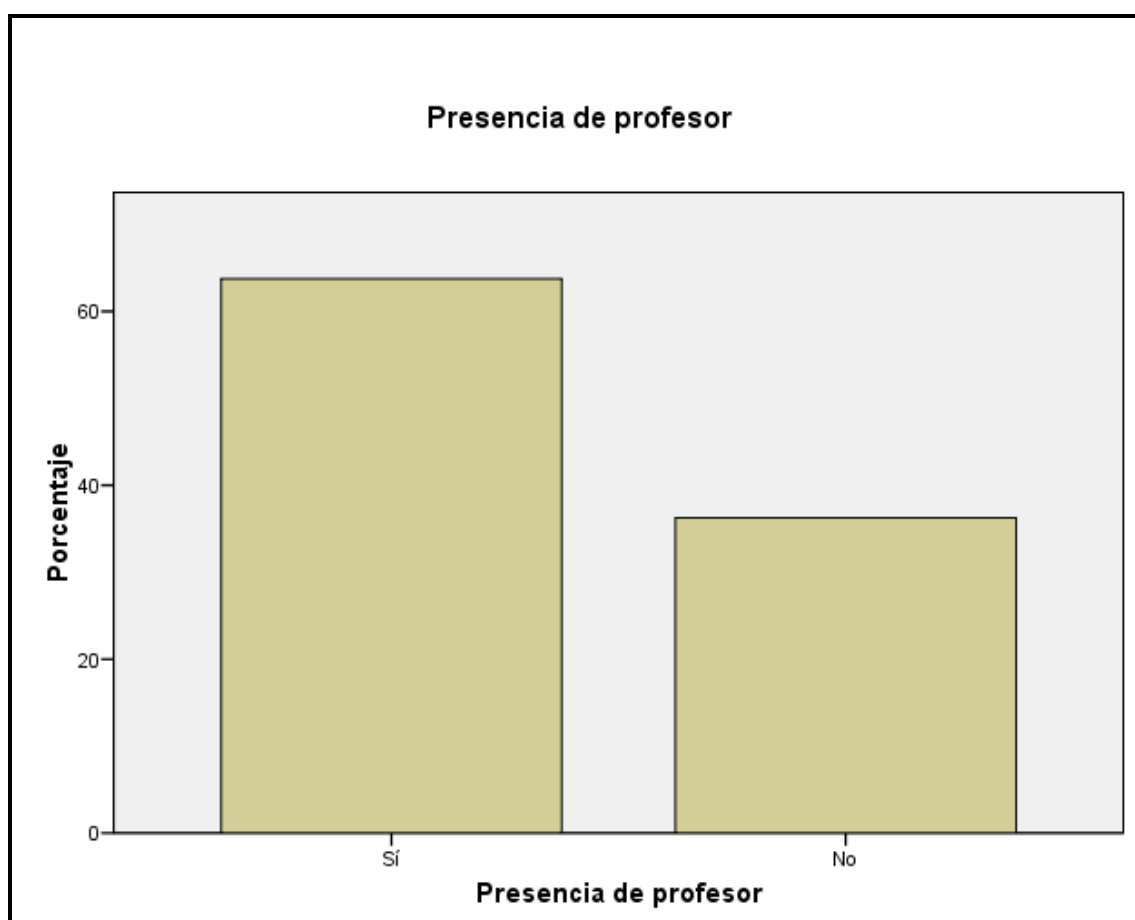


Gráfico 20. Presencia o ausencia de profesor en las actividades físicas o deportes practicados en la demanda establecida

En el gráfico 20 queda reflejado que más de un 60% de las personas practicantes realizan las actividades físicas o deportes en presencia de un profesor, aunque un preocupante 40% (aproximadamente) lo hace en ausencia de esta figura.

Finalmente, para concluir este apartado se expondrán los resultados obtenidos tras comprobar la relación existente entre las variables objeto de investigación y la variable presencia o ausencia de profesor en las actividades o deportes practicados. Así, los resultados obtenidos son los siguientes:

- En la variable satisfacción con su estado de salud no se han obtenido grandes diferencias en cuanto a la presencia o ausencia de profesor en las actividades practicadas por las personas mayores (tabla 163). No obstante, las personas que realizan actividades físicas o deportes dirigidos por profesor presentan mayores porcentajes en los ítems muy y bastante satisfechos con su estado de salud, con un 28% y un 56% respectivamente, frente a un 25.9% y un 46.6% respectivamente obtenido por las personas cuya actividad no es dirigida. Sin embargo cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .16$, $p = .26$).
- Atendiendo a la percepción de la condición física por parte de las personas mayores practicantes en función de la presencia o ausencia de profesor, en la tabla 164 se aprecia que los resultados obtenidos en la percepción de la condición física como muy buena son muy similares entre ambos grupos (19.4% en las personas cuya actividad es dirigida, 20.7% en las personas que practican actividades no dirigidas). Además se observa que las personas practicantes en presencia del profesor perciben su condición física como buena en un mayor porcentaje (70.4%, frente a un 63.8%) y que las personas que no practican en presencia de un profesor obtienen mayor porcentaje al percibir su condición física como algo deficiente o mala. Asimismo, no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .29$).
- En relación a la necesidad de ayuda para realizar las actividades cotidianas, en la tabla 165 queda reflejado que aunque la gran mayoría de las personas de ambos grupos no tienen dependencia funcional, un 3% de las personas practicantes de actividad física o deporte en presencia de profesor tienen dependencia funcional, mientras que tan sólo un 1.7% de las personas practicantes de actividad física o deporte sin presencia de profesor son dependientes. Además, no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .04$, $p = .63$).
- Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: en la tabla 166 se puede observar que un 96.1% de personas que sí practican con profesor se creen capaces de hacer

gimnasia o deporte, reduciéndose este porcentaje al 86% en las personas que practican sin profesor. Además, se ha comprobado que la relación entre ambas variables es significativa y ligera ($\Phi = .18, p = .02$). En cuanto a si a las personas mayores les gusta su cuerpo ahora, los porcentajes son similares en ambos grupos (tabla 167), aunque no se ha encontrado una relación significativa al respecto ($\Phi = - .01, p = .94$). Atendiendo a si a las personas mayores de la demanda establecida les falta fuerza para hacer las cosas, se ha obtenido (tabla 168) que las personas que practican sin profesor afirman en mayor porcentaje que no les falta fuerza que las que sí lo hacen en presencia de éste (64.3% y 59.8% respectivamente). Cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = - .04, p = .58$). Por otra parte, un mayor porcentaje de personas que practican con profesor se creen capaces de aprender algún deporte nuevo, con un 60.9% (tabla 169). A pesar de ello no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .09, p = .29$). En cuanto a si las personas mayores se creen capaces de correr suavemente, en la tabla 170 se puede observar que los porcentajes obtenidos son similares en las personas que practican con y sin profesor (57% y 60% respectivamente). Además, la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = - .03, p = .72$). Por otro lado, las personas que practican sin profesor presentan mayor porcentaje en relación a sentirse atractivas que las que lo hacen en presencia de esta figura, con un 82.5% y un 69.5% respectivamente (tabla 171), aunque no se ha encontrado una relación significativa al respecto ($\Phi = - .14, p = .13$). Así, en la tabla 172 se puede apreciar que las personas que practican con profesor afirman en mayor porcentaje sentirse más fuertes que otras de su edad que las que no, con un 76% y un 67.6% respectivamente, además, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .09, p = .34$). Resulta interesante comprobar que la gran mayoría de las personas que practican sin profesor piensan que tienen buen aspecto físico (98%), reduciéndose este porcentaje al 89.1% en las personas que practican con profesor (tabla 173). Además, la relación obtenida entre estas variables no es estadísticamente significativa ($\Phi = - .16, p = .06$). Finalmente, las personas que practican con y sin profesor presentan idénticos porcentajes al sentirse con energía, con un 84.2% en ambos casos (tabla 174). Sin embargo, no se ha obtenido relación significativa al respecto ($\Phi = .00, p = 1$).

Tabla 163. Satisfacción con estado de salud y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Presencia de profesor**

		% de Presencia de profesor		
		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,0%	25,9%	27,2%
	Bastante	56,0%	46,6%	52,5%
	Algo	14,0%	20,7%	16,5%
	Nada	2,0%	6,9%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 164. Condición física y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Condición física * Presencia de profesor**

		% de Presencia de profesor		
		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Condición física	Muy buena	19,4%	20,7%	19,9%
	Buena	70,4%	63,8%	67,9%
	Algo deficiente	10,2%	12,1%	10,9%
	Mala	0%	3,4%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 165. Dependencia funcional y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Dependencia funcional * Presencia de profesor**

		% de Presencia de profesor		
		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	No	97,0%	98,3%	97,5%
	Sí	3,0%	1,7%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 166. Hacer gimnasia o deporte y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	96,1%	86,0%	92,5%
	No	3,9%	14,0%	7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 167. Le gusta su cuerpo ahora y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	83,2%	83,6%	83,3%
	No	16,8%	16,4%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 168. No le falta fuerza y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	Sí	59,8%	64,3%	61,4%
	No	40,2%	35,7%	38,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 169. Aprender algún deporte y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	Sí	60,9%	51,9%	57,5%
	No	39,1%	48,1%	42,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 170. Correr suavemente y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Correr suavemente*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	Sí	57,0%	60,0%	58,1%
	No	43,0%	40,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 171. Se siente atractivo y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	Sí	69,5%	82,5%	73,8%
	No	30,5%	17,5%	26,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 172. Está más fuerte que otros y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	Sí	76,0%	67,6%	73,2%
	No	24,0%	32,4%	26,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 173. Buen aspecto y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Buen aspecto*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	Sí	89,1%	98,0%	92,2%
	No	10,9%	2,0%	7,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 174. Se siente con energía y presencia de profesor en la demanda establecida**Tabla de contingencia Se siente con energía*Presencia de profesor**

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	Sí	84,2%	84,2%	84,2%
	No	15,8%	15,8%	15,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

5.2.2 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor

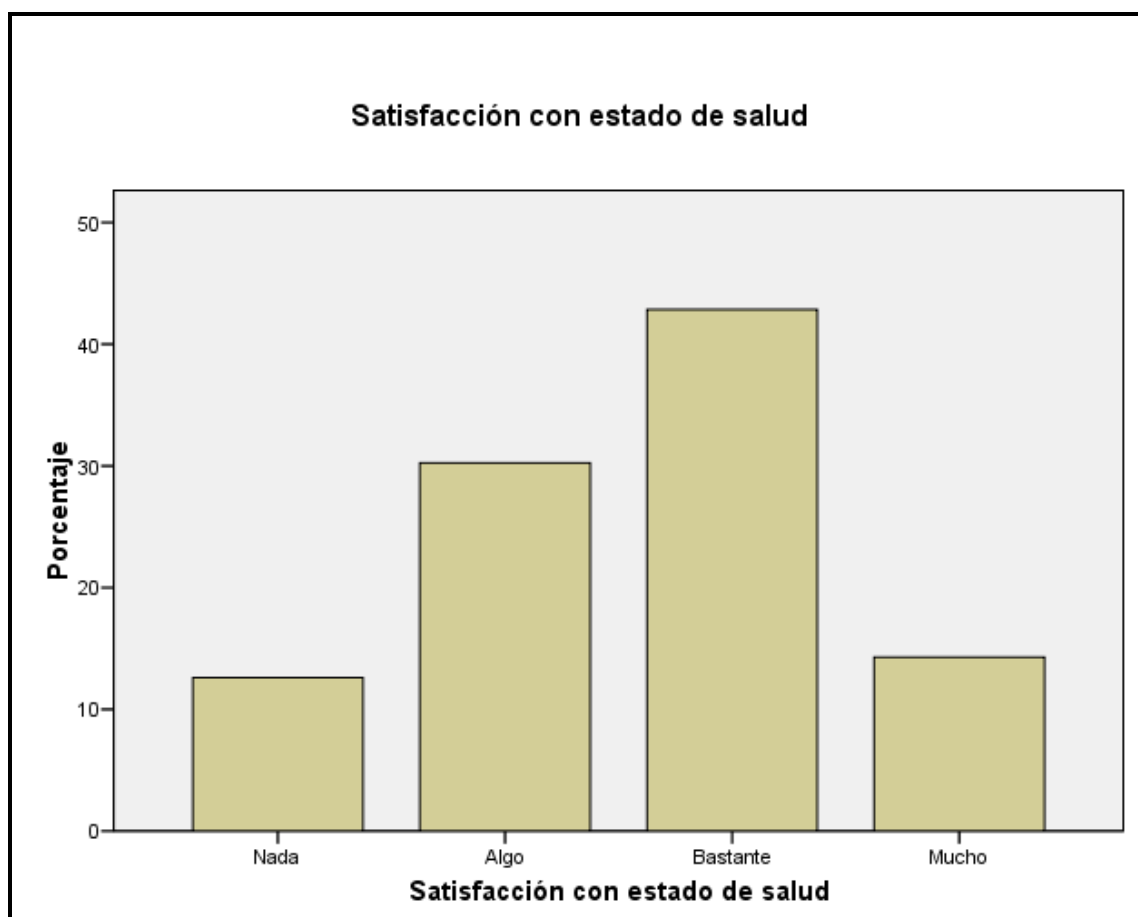


Gráfico 21. Satisfacción con el estado de salud en la demanda latente

En el gráfico 21 se muestran los resultados obtenidos tras analizar la satisfacción con su estado de salud por parte de aquellas personas mayores no practicantes por algún obstáculo o barrera, pero que están interesadas en practicar una o más actividades físicas o deportes. Así, se observa que aproximadamente el 43% de las personas afirman estar bastante satisfechas con su estado de salud, el 30% señalan que están algo satisfechas con el mismo, y con porcentajes de entre un 12% y un 15% se encuentran las personas nada satisfechas con su estado de salud y muy satisfechas con éste.

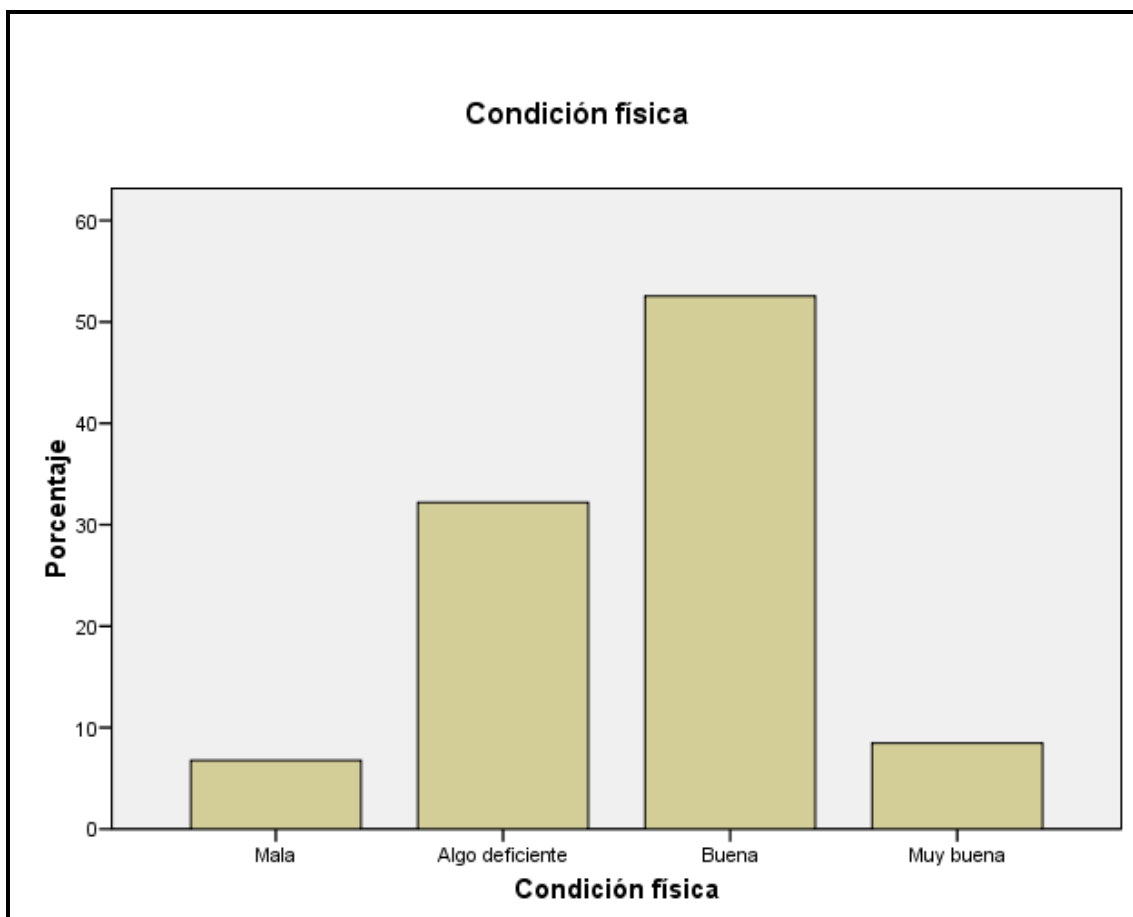


Gráfico 22. Condición física percibida en la demanda latente

Atendiendo a la condición física percibida por las personas mayores que integran el grupo de la demanda latente, en el gráfico 22 se aprecia que alrededor de un 50% de estas personas percibe su condición física como buena, un 32% como algo deficiente, un 8.5% como muy buena y un 6.8% como mala.

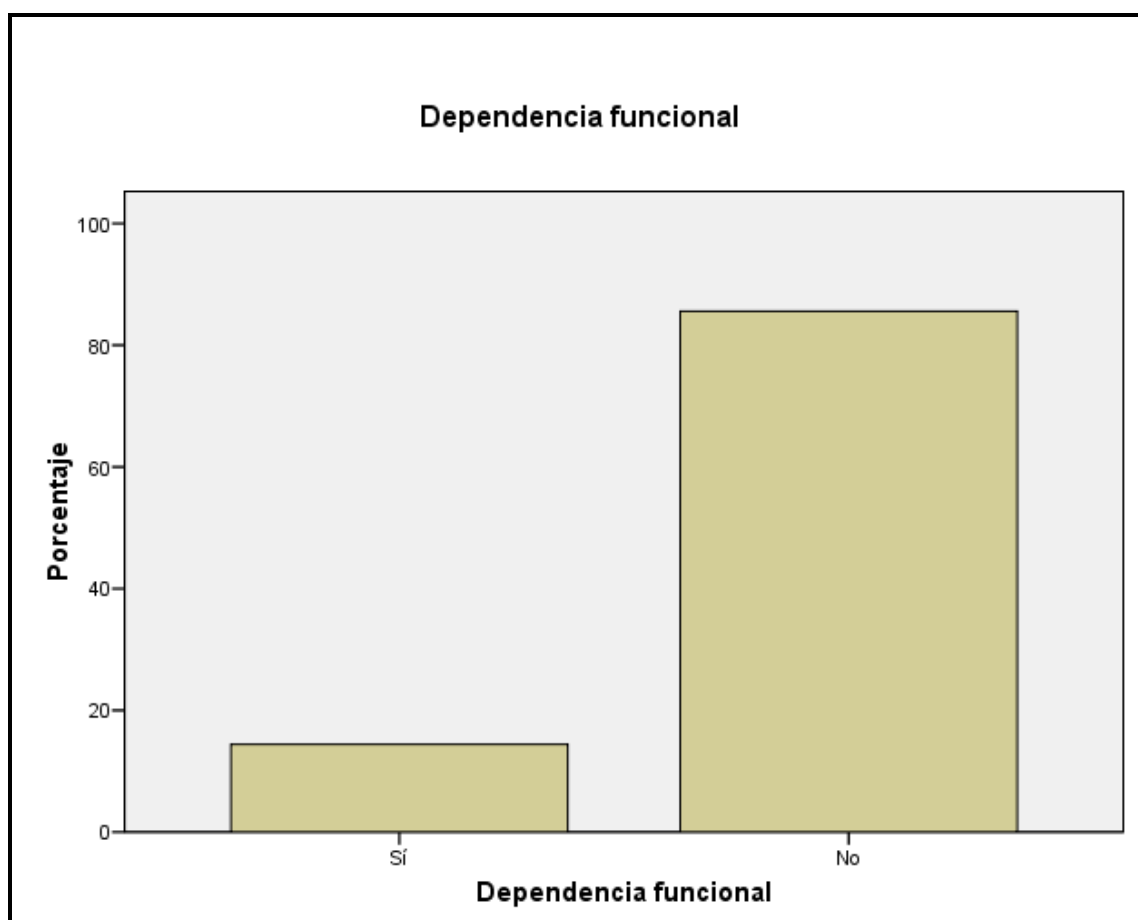


Gráfico 23. Dependencia funcional en la demanda latente

En cuanto a la dependencia funcional en la demanda latente, el gráfico 23 muestra que el 85.6% de las personas no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas y que el 14.4% de las mismas sí necesita dicha ayuda.

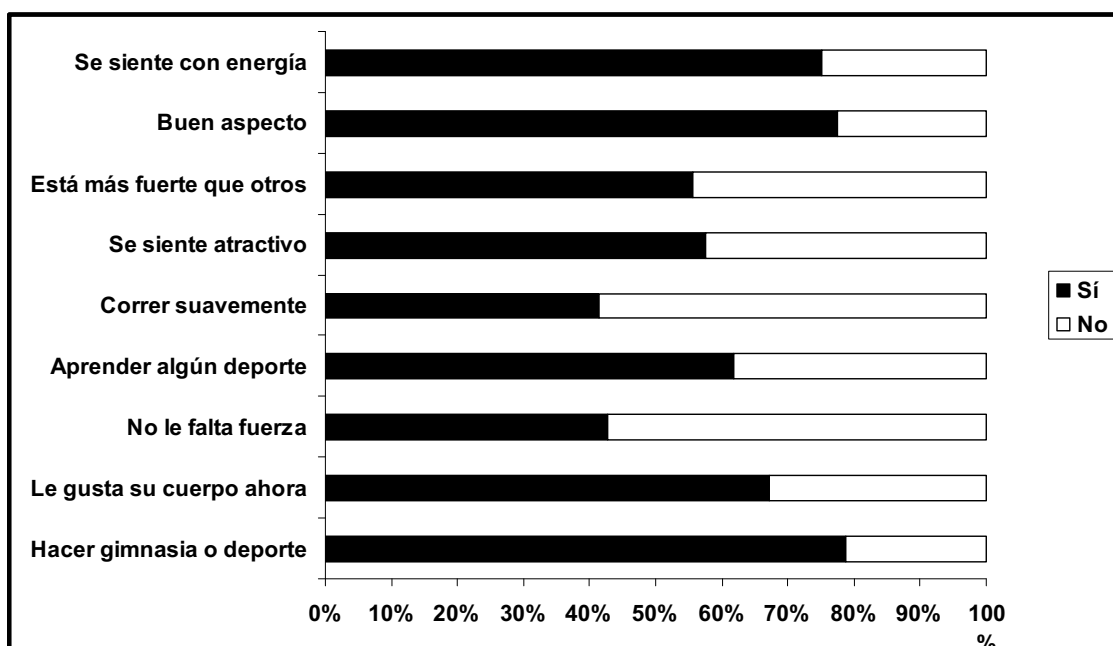


Gráfico 24. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda latente

En el gráfico 24 se exponen los resultados obtenidos tras analizar las frecuencias obtenidas en los diferentes ítems que componen la variable competencia motriz y corporal en la demanda latente, así, se puede apreciar que entre un 75% y un 80% de las personas son capaces de hacer gimnasia o deporte, perciben que tienen buen aspecto y se sienten con energía. Además, destaca que a un 67.3% le gusta como es su cuerpo actualmente y un 61.8% de las personas se creen capaces de aprender algún deporte. Asimismo, se debe tener en cuenta que alrededor del 55% de las personas se sienten atractivas para los demás y consideran que están más fuertes que otras personas de su edad y que menos del 50% de las personas creen que son capaces de correr suavemente y muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (41.4% y 42.7% respectivamente).

A continuación serán presentados el resto de los resultados referidos a las personas mayores incluidas en el grupo de la demanda latente, para ello se relacionarán la satisfacción con el estado de salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas por estas personas con las diferentes variables sociodemográficas (género, edad, clase social y tamaño demográfico), con las categorías de actividades físicas o deportes que desean practicar, con las horas de práctica de actividad física o deporte semanal deseadas y con la presencia o ausencia deseada de profesor en dichas actividades o deportes.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de investigación según las variables sociodemográficas en la demanda latente se han obtenido los siguientes resultados:

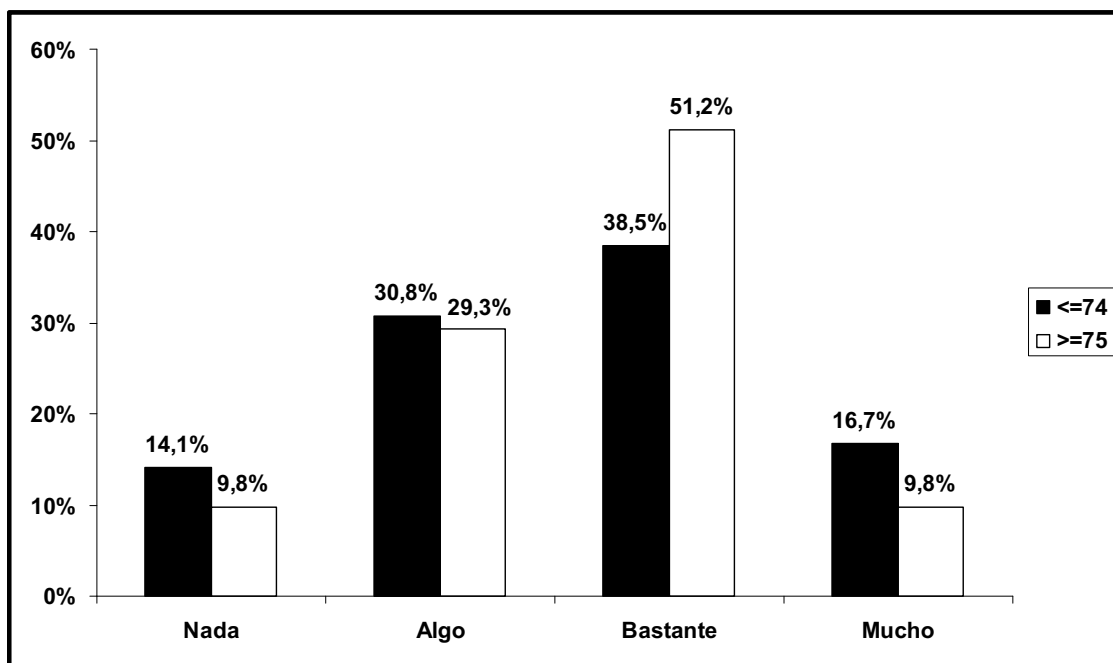


Gráfico 25. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda latente

- En el gráfico 25 y en la tabla 175 se aprecia que las personas de edad igual o menor a 74 años y las personas de edad igual o superior a 75 años presentan similares porcentajes en cuanto a la consideración de estar algo satisfechas con su estado de salud (30.8% y 29.3% respectivamente), siendo estos porcentajes más variados en el resto de ítems, de forma que en la demanda latente la mitad de las personas de mayor edad están bastante satisfechas con su estado de salud (51.2%), siendo este porcentaje inferior en las personas más jóvenes (38.5%). No obstante, estas últimas presentan mayores porcentajes en el ítem muy satisfechas con su estado de salud, con el 16.7% frente a un 9.8% presentado por las personas de mayor edad. Curiosamente también las personas de menor edad presentan mayor porcentaje al no sentirse nada satisfechas con su estado de salud (14.1% frente al 9.8%). Además, cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .14$, $p = .50$). Todas las tablas

de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.2.2 están incluidas en el Anexo VI.

- Atendiendo a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y el género de las personas mayores en la demanda latente (tabla 176) no se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, siendo éstas las que mayores porcentajes presentan al no estar nada satisfechas con su estado de salud (14.5% mujeres, 10.5% hombres) y los hombres los que en mayor porcentaje están bastante satisfechos con éste (47.4% hombres, 38.7% mujeres). Además, no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\Phi = .09$, $p = .78$).
- Por otra parte, en la tabla 177 queda reflejado que las personas mayores que en mayor porcentaje se sienten muy satisfechas con su estado de salud en la demanda latente, son las personas de clase social media/alta (23.1%), obteniéndose porcentajes similares en los otros dos grupos. Además se debe resaltar que las personas que presentan mayor porcentaje al sentirse bastante satisfechas con su estado de salud son las de clase media/media (44.9%) y las que en mayor medida no se sienten nada satisfechas con el mismo son las de clase social media/baja (20%). En este sentido, debe especificarse que no se ha obtenido una relación significativa entre estas dos variables ($\Phi = .77$, $p = .17$).
- Asimismo, en la tabla 178 aparecen los resultados obtenidos tras relacionar el tamaño demográfico de los municipios de residencia de las personas mayores enmarcadas en el grupo de la demanda latente con su satisfacción con el estado de salud. Así, se comprueba que en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes el 32.5% de las personas están muy satisfechas con su estado de salud, siendo el estrato que mayor porcentaje presenta al respecto. Además, se aprecia que es en el estrato perteneciente a los municipios de menos de 10.000 habitantes en el que mayor porcentaje se obtiene al estar bastante satisfecho con el estado de salud (63.6%, frente a un 35%-45% en el resto de estratos) y que además en este estrato ninguna persona en la demanda latente está nada satisfecha con su estado de salud. Asimismo, se ha comprobado que existe una relación moderada entre estas dos variables, siendo ésta además una relación significativa ($\Phi = .42$, $p = .01$).

Tabla 175. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda latente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*edad**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Nada	14,1%	9,8%	12,6%
	Algo	30,8%	29,3%	30,3%
	Bastante	38,5%	51,2%	42,9%
	Mucho	16,7%	9,8%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 176. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Nada	10,5%	14,5%	12,6%
	Algo	28,1%	32,3%	30,3%
	Bastante	47,4%	38,7%	42,9%
	Mucho	14,0%	14,5%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 177. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda latente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Nada	7,7%	10,1%	20,0%	12,8%
	Algo	30,8%	31,9%	28,6%	30,8%
	Bastante	38,5%	44,9%	37,1%	41,9%
	Mucho	23,1%	13,0%	14,3%	14,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 178. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Tamaño demográfico

		% de Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Nada	0%	16,1%	16,0%	11,5%	12,6%
	Algo	18,2%	16,1%	28,0%	42,3%	30,3%
	Bastante	63,6%	35,5%	40,0%	44,2%	42,9%
	Mucho	18,2%	32,3%	16,0%	1,9%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

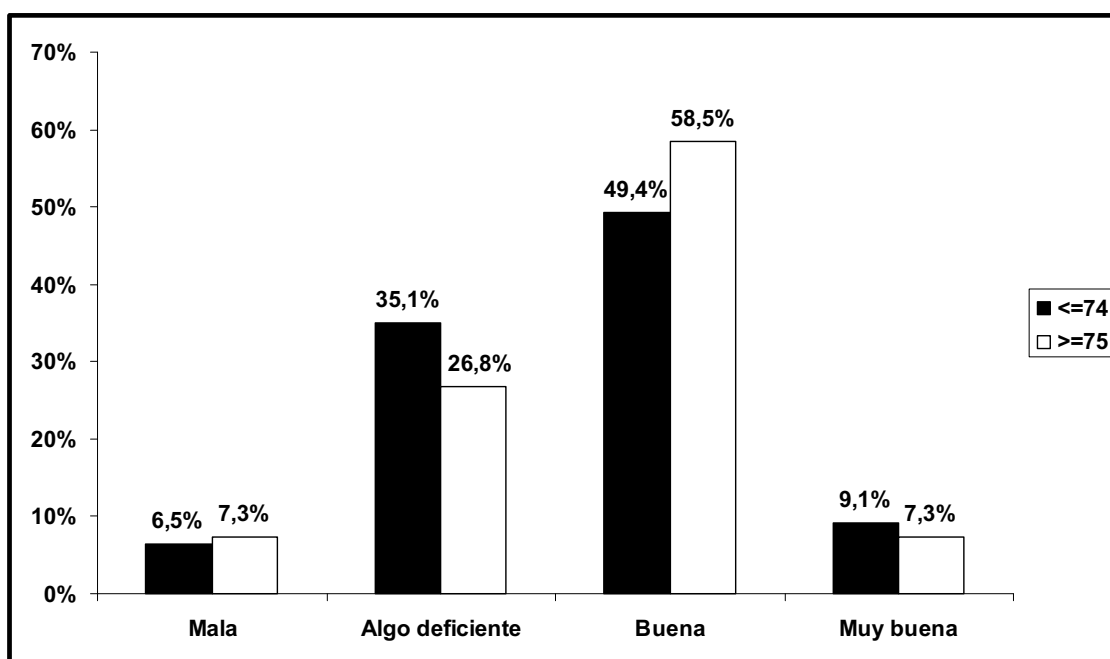


Gráfico 26. Condición física en función de la edad en la demanda latente

- En relación a la condición física en función de la edad en la demanda latente, en el gráfico 26 y en la tabla 179 se observa que es el grupo de personas de edad igual o superior a 75 años el que mayores porcentajes obtiene en cuanto a la percepción de su condición física como buena y mala (58.5% y 7.3% respectivamente), aunque en este último ítem con resultados muy similares al grupo de personas de menor edad. Por su parte, el grupo de personas de edad

igual o inferior a 74 años presenta mayores porcentajes en cuanto a la propia percepción de la condición física como algo deficiente y muy buena (35.1% y 9.1% respectivamente). En este sentido, debe especificarse que no se ha obtenido una relación significativa entre estas dos variables ($\Phi = .09$, $p = .77$).

- En la tabla 180 se puede apreciar que hombres y mujeres obtienen porcentajes similares en la demanda latente en cuanto a la percepción de su condición física como buena (54.4% en hombres y 50.8% en mujeres) y muy buena (7% en hombres y 9.8% en mujeres). No obstante se encuentran mayores diferencias entre ambos sexos en relación a la percepción de su condición física como algo deficiente (28.1% en hombres y 36.1% en mujeres) y mala (10.5% en hombres y 3.3% en mujeres), destacando el bajo porcentaje de mujeres que perciben su condición física como mala en la demanda latente. Asimismo, se ha comprobado que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($\Phi = .16$, $p = .36$).
- Por otra parte, se ha comprobado la relación existente entre la condición física percibida por las personas mayores pertenecientes al grupo de la demanda latente y su clase social (tabla 181). En este caso destaca que las personas que en mayor porcentaje consideran su condición física como muy buena son las personas de clase media/baja (14.3%) y que son las personas de clase social media/alta las que mayor porcentaje obtienen al considerar su condición física como buena (61.5%). Además, son también las personas de clase media/baja las que obtienen mayor porcentaje al considerar su condición física como mala (8.6%) aunque con un porcentaje similar a las personas de clase media/alta (7.7%). En este caso se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .18$, $p = .72$).
- En cuanto a la relación entre la condición física percibida por las personas que quieren practicar actividad física o deporte y el tamaño demográfico de sus municipios de residencia (tabla 182), se ha comprobado que el estrato en el que las personas perciben su condición física como muy buena en mayor porcentaje es el formado por los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes (16.1%) y en el que en mayor media perciben ésta como muy buena es el formado por municipios de menos de 10.000 habitantes (63.6%), siendo además este estrato en el que no se han encontrado personas que perciban su condición física como mala. Por último cabe destacar que el estrato en el que en mayor porcentaje las

personas mayores perciben su condición física como algo deficiente o mala con porcentajes ligeramente superiores al resto es el compuesto por municipios de más de 100.000 habitantes (35.3% y 9.8% respectivamente). Se ha comprobado que no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .22$, $p = .75$).

Tabla 179. Condición física y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física*edad

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Condición física	Mala	6,5%	7,3%	6,8%
	Algo deficiente	35,1%	26,8%	32,2%
	Buena	49,4%	58,5%	52,5%
	Muy buena	9,1%	7,3%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 180. Condición física y género en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física*Género

		% de Género		Total
		Género		
		Hombre	Mujer	
Condición física	Mala	10,5%	3,3%	6,8%
	Algo deficiente	28,1%	36,1%	32,2%
	Buena	54,4%	50,8%	52,5%
	Muy buena	7,0%	9,8%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 181. Condición física y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física*Clase social

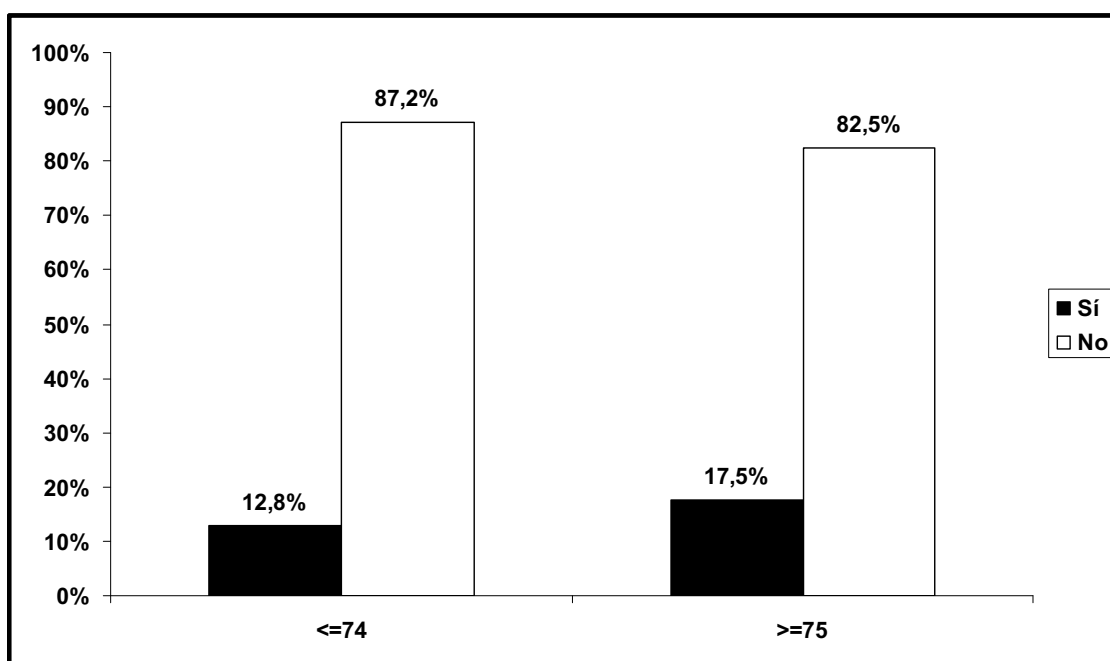
		% de Clase social			Total
		Clase social			
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Mala	7,7%	4,4%	8,6%	6,0%
	Algo deficiente	23,1%	35,3%	28,6%	31,9%
	Buena	61,5%	54,4%	48,6%	53,4%
	Muy buena	7,7%	5,9%	14,3%	8,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 182. Condición física y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Mala	0%	6,5%	4,0%	9,8%	6,8%
	Algo deficiente	27,3%	29,0%	32,0%	35,3%	32,2%
	Buena	63,6%	48,4%	56,0%	51,0%	52,5%
	Muy buena	9,1%	16,1%	8,0%	3,9%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Gráfico 27. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda latente**

- Por otra parte, en el gráfico 27 y en la tabla 183 queda reflejado que un porcentaje del 17.5 % de personas de edad igual o superior a 75 años necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas, reduciéndose este porcentaje en el grupo de personas de edad igual o inferior a 74 años (12.8%). Asimismo, no se ha obtenido una relación significativa entre estas dos variables ($\Phi = - .06$, $p = .49$).
- Si se analiza la tabla 184, se observa que en la demanda latente las mujeres obtienen un mayor porcentaje en relación a la necesidad de ayuda en actividades

que los hombres (17.7% y 10.7%) respectivamente. Además, se ha comprobado que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($\Phi = -.10$, $p = .28$).

- En cuanto a la dependencia funcional en relación a la clase social en la demanda latente (tabla 185), se ha comprobado que ninguna de las personas de clase media/alta es dependiente, aunque se debe tener en cuenta el bajo número de casos que éste ítem supone a la hora de interpretar los resultados. Asimismo, se observa que el mayor porcentaje de personas dependientes se obtiene en el grupo de clase social media/baja, 20,6% frente al 14,5% que se obtiene en la clase media/media. Además, se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .16$, $p = .20$).
- Atendiendo a la dependencia funcional en función de el tamaño demográfico de los municipios de residencia de las personas mayores en la demanda latente (tabla 186) puede apreciarse que el estrato que mayor porcentaje de personas dependientes presenta respecto al resto es el formado por municipios de menos de 10.000 habitantes (27.3%), seguido del compuesto por municipios de más de 100.000 habitantes (19.2%). Además se ha comprobado que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .20$, $p = .19$).

Tabla 183. Dependencia funcional y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*edad

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	Sí	12,8%	17,5%	14,4%
	No	87,2%	82,5%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 184. Dependencia funcional y género en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	Sí	10,7%	17,7%	14,4%
	No	89,3%	82,3%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 185. Dependencia funcional y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	Sí	0%	14,5%	20,6%	14,7%
	No	100,0%	85,5%	79,4%	85,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 186. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	Sí	27,3%	6,5%	8,3%	19,2%	14,4%
	No	72,7%	93,5%	91,7%	80,8%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Seguidamente serán expuestos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda latente:

- En cuanto a la variable sociodemográfica edad: tal y como se puede comprobar en la tabla 187 no se han encontrado grandes diferencias entre ambos grupos de edad en la demanda latente a la hora de creerse capaces de hacer gimnasia o deporte, ya que los resultados son muy similares, además, no existe relación

significativa entre estas variables ($\Phi = .01$, $p = .88$). Igualmente, los resultados son bastante similares en relación a si a las personas mayores les gusta como es su cuerpo ahora, encontrando una mayoría de respuestas afirmativas en ambos grupos, 67.5% en las personas menores de 74 años y 66.7% en las de mayor edad (tabla 188). No obstante, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .01$, $p = .93$). Por otra parte, en la tabla 189 se aprecia que a más de la mitad de las personas de ambos grupos les falta fuerza para hacer las cosas, siendo ligeramente superior el porcentaje obtenido al respecto por las personas mayores de 75 años (58.5%, respecto al 56.6% obtenido en el otro grupo), aunque no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .02$, $p = .84$). Asimismo, en la tabla 190 se puede comprobar que las personas menores de 74 años en la demanda latente tienen mayor predisposición a aprender un nuevo deporte (66.2%) que las personas del grupo de más edad (53.8%), a pesar de que en este caso tampoco se ha encontrado relación significativa entre variables ($\Phi = .12$, $p = .20$). En relación a las personas que se creen capaces de correr suavemente, el grupo de menores de 74 años representan el 45.3% del total, reduciéndose este porcentaje al 34.1% en el otro grupo (tabla 191). Nuevamente no se ha encontrado relación significativa entre estas variables ($\Phi = .11$, $p = .24$). Por otra parte, resulta llamativo comprobar que en la demanda latente un mayor porcentaje de personas mayores de 75 años se sienten atractivas al compararlas con el grupo de personas menores de 74 años (67.6% y 51.7% respectivamente) (tabla 192), no existiendo una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = -.15$, $p = .13$). En este sentido, es nuevamente el grupo de personas mayores de 75 años el que obtiene mayor porcentaje en cuanto a sentirse más fuerte que otras personas de su misma edad, 66.7%, respecto al 49.2% obtenido por las personas menores de 74 años (tabla 193) aunque en este caso tampoco se ha encontrado relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.17$, $p = .09$). Además, en la tabla 194 puede apreciarse que es también el grupo de personas de más edad el que en mayor porcentaje afirma que su aspecto físico es bueno (81.1%, respecto al 75.4% obtenido en el otro grupo). Cabe destacar que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.07$, $p = .51$). Finalmente, en la tabla 195 queda reflejado que en la demanda latente, las personas menores de 74 años afirman en mayor porcentaje sentirse con energía

(76.7%) que las personas mayores de 75 años (71.8%), no encontrándose relación significativa al respecto ($\Phi = .05$, $p = .57$).

Tabla 187. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	79,2%	78,0%	78,8%
	No	20,8%	22,0%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 188. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	67,5%	66,7%	67,3%
	No	32,5%	33,3%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 189. No le falta fuerza y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	Sí	43,4%	41,5%	42,7%
	No	56,6%	58,5%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 190. Aprender algún deporte y edad en la demanda latente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	Sí	66,2%	53,8%	61,8%
	No	33,8%	46,2%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 191. Correr suavemente y edad en la demanda latente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Correr suavemente	Sí	45,3%	34,1%	41,4%
	No	54,7%	65,9%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 192. Se siente atractivo y edad en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	Sí	51,7%	67,6%	57,4%
	No	48,3%	32,4%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 193. Está más fuerte que otros y edad en la demanda latente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Edad**

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	Sí	49,2%	66,7%	55,6%
	No	50,8%	33,3%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 194. Buen aspecto y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Buen aspecto*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	Sí	75,4%	81,1%	77,5%
	No	24,6%	18,9%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 195. Se siente con energía y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente con energía*Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	Sí	76,7%	71,8%	75,0%
	No	23,3%	28,2%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- Atendiendo a la variable sociodemográfica género: en la demanda latente, tal y como queda reflejado en la tabla 196, un porcentaje ligeramente superior de mujeres que de hombres (80.3% y 72.2% respectivamente) se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, no encontrándose relación significativa al respecto ($\Phi = .06$, $p = .50$). No obstante, son los hombres los que obtienen un porcentaje más elevado que las mujeres en relación a gustarle su cuerpo tal y como es actualmente (70.4% y 64.3% respectivamente) (tabla 197), no encontrándose relación significativa al respecto ($\Phi = .06$, $p = .50$). Asimismo, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres señalan que no les falta fuerza para hacer las cosas (49.1% y 36.7% respectivamente) (tabla 198), no existiendo relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .13$, $p = .17$). Similares porcentajes se obtienen en ambos sexos, en cuanto a creerse capaces de aprender algún deporte nuevo en función del sexo (alrededor del 60% en ambos casos) (tabla 199), aunque de nuevo no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = -.01$, $p = .88$). Por otra parte, más de la mitad de los hombres afirman ser capaces de correr suavemente (53.6%) mientras que este porcentaje

se reduce al 30% en el caso de las mujeres (tabla 200), existiendo además una relación significativa y ligera al respecto ($\Phi = .24$, $p = .01$). En cuanto a sentirse atractivos, en la tabla 201 queda reflejado que son nuevamente los hombres los que presentan mayores porcentajes que las mujeres (60% y 55.1% respectivamente), aunque en este caso la relación existente no es significativa ($\Phi = .05$, $p = .63$). En relación a estar más fuerte que otras personas de su misma edad, en la tabla 202 se aprecia que los hombres presentan un porcentaje ligeramente superior de respuestas positivas que las mujeres (56.3% y 54.9% respectivamente), aunque no se ha encontrado una relación significativa al respecto ($\Phi = .01$, $p = .89$). Así, en la tabla 203 se muestra que son los hombres los que en mayor porcentaje perciben su aspecto físico como bueno, con el 83.3%, respecto al 72.2% obtenido en el grupo de las mujeres. Además la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .13$, $p = .18$). Finalmente, se debe señalar que los hombres también presentan un mayor porcentaje al afirmar sentirse con energía que las mujeres (78.6% y 71.4% respectivamente) (tabla 204), no existiendo relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .08$, $p = .38$).

Tabla 196. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda latente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Género

		% de Género		
		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	77,2%	80,3%	78,8%
	No	22,8%	19,7%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 197. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda latente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Género

		% de Género		
		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	70,4%	64,3%	67,3%
	No	29,6%	35,7%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 198. No le falta fuerza y género en la demanda latente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	Sí	49,1%	36,7%	42,7%
	No	50,9%	63,3%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 199. Aprender algún deporte y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	Sí	61,1%	62,5%	61,8%
	No	38,9%	37,5%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 200. Correr suavemente y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	Sí	53,6%	30,0%	41,4%
	No	46,4%	70,0%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 201. Se siente atractivo y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	Sí	60,0%	55,1%	57,4%
	No	40,0%	44,9%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 202. Está más fuerte que otros y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	Sí	56,3%	54,9%	55,6%
	No	43,8%	45,1%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 203. Buen aspecto y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	Sí	83,3%	72,2%	77,5%
	No	16,7%	27,8%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 204. Se siente con energía y género en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	Sí	78,6%	71,4%	75,0%
	No	21,4%	28,6%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- En relación a la variable sociodemográfica clase social: en la tabla 205 puede observarse que la clase social no es un factor determinante para que las personas mayores se sientan capaces de hacer gimnasia o deporte en la demanda latente, ya que en todos los grupos de edad se obtienen entre el 76.9% y el 79.7% de respuestas afirmativas, no existiendo relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .02$, $p = .97$). Asimismo, atendiendo a si a las personas mayores les gusta o no su cuerpo ahora, en el grupo de personas de clase media y baja se obtienen idénticos porcentajes de respuestas afirmativas (67.7%), mientras que en el grupo de personas de clase alta éste disminuye al 58.3% (tabla 206), aunque la

relación entre estas variables no es estadísticamente significativa ($\Phi = .06$, $p = .81$). En cuanto a si a las personas no les falta fuerza para hacer las cosas, en la tabla 207 se muestra que en el grupo que mayor porcentaje de respuestas afirmativas se obtienen es en el de clase alta (61.5%), seguido de el grupo de clase baja (48.6%) y por último se encuentra el grupo formado por personas mayores de clase media (37.3%). A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .16$, $p = .21$). Por otra parte, las personas más predispuestas a aprender algún nuevo deporte son las de clase alta (69.2%), seguidas de las de clase baja (65.6%) y seguidas de las de clase media (60.3%) (tabla 208), aunque no existe relación significativa al respecto ($\Phi = .07$, $p = .78$). En este sentido, en la tabla 209 se puede comprobar que también son las personas de clase alta, con un porcentaje mayor que el resto (69.2%) las que en mayor medida afirman sentirse capaces de correr suavemente, no llegándose a la mitad de respuestas positivas en los otros dos grupos sociales, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre variables ($\Phi = .20$, $p = .10$). No obstante, cabe destacar que las personas de clase alta son las que en menor porcentaje afirman sentirse atractivas (36.4%), obteniéndose similares porcentajes al respecto en los grupos de personas de clase media y baja (60% y 57.1% respectivamente) (tabla 210). Así, cabe indicar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .15$, $p = .35$). Por otra parte, en la tabla 211 queda reflejado que son las personas de clase media las que en mayor porcentaje afirman estar más fuertes que otras personas mayores de su misma edad (62.1%), obteniéndose porcentajes inferiores al 50% en los otros dos grupos sociales. Además, no se ha encontrado una relación significativa entre variables ($\Phi = .16$, $p = .28$). En relación al aspecto físico percibido, en la tabla 212 se puede apreciar que los resultados son similares en el grupo de personas de clase media y alta, ya que el porcentaje de respuestas positivas representa el 78.7% y 81.8% (respectivamente) en ambos grupos y desciende al 71.4% en el grupo de clase social baja, aunque la relación entre estas variables no es estadísticamente significativa ($\Phi = .09$, $p = .79$). Finalmente, resaltar que las personas de clase alta obtienen los mayores porcentajes en cuanto a afirmar que se sienten con energía para hacer las cosas (92.3%), seguidas por las personas de clase baja (80.6%) y clase media (68.2%) (tabla 213). A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .19$, $p = .12$).

Tabla 205. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda latente**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	76,9%	79,7%	79,4%	79,3%
	No	23,1%	20,3%	20,6%	20,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 206. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda latente**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	58,3%	67,7%	67,7%	66,7%
	No	41,7%	32,3%	32,3%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 207. No le falta fuerza y clase social en la demanda latente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	Sí	61,5%	37,3%	48,6%	43,5%
	No	38,5%	62,7%	51,4%	56,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 208. Aprender algún deporte y clase social en la demanda latente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	Sí	69,2%	60,3%	65,6%	63,0%
	No	30,8%	39,7%	34,4%	37,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 209. Correr suavemente y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Correr suavemente*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	Sí	69,2%	37,3%	41,2%	42,1%
	No	30,8%	62,7%	58,8%	57,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 210. Se siente atractivo y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente atractivo*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	Sí	36,4%	60,0%	57,1%	56,5%
	No	63,6%	40,0%	42,9%	43,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 211. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	Sí	41,7%	62,1%	48,1%	55,7%
	No	58,3%	37,9%	51,9%	44,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 212. Buen aspecto y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Buen aspecto*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	Sí	81,8%	78,7%	71,4%	77,0%
	No	18,2%	21,3%	28,6%	23,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 213. Se siente con energía y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente con energía*Clase social

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	Sí	92,3%	68,2%	80,6%	74,5%
	No	7,7%	31,8%	19,4%	25,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- Respecto a la variable sociodemográfica tamaño demográfico: en la tabla 214 puede apreciarse que en todos los estratos entre un 87% y un 91% de las personas mayores en la demanda latente se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, excepto en el compuesto por los grandes municipios, donde este porcentaje desciende hasta el 66.7%, existiendo además una relación significativa y moderada entre estas variables ($\Phi = .26$, $p = .04$). Resulta curioso comprobar como a casi todas las personas entrevistadas en los municipios pequeños de la demanda latente les gusta su cuerpo (90.9%), representando estas personas el 80.8% en municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes, el 81.8% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y menos de la mitad, el 49% en los municipios grandes (tabla 215). Cabe destacar que se ha encontrado una relación significativa y moderada entre ambas variables ($\Phi = .37$, $p < .01$). En cuanto a las personas que afirman no faltarles fuerza para hacer las cosas, en los municipios pequeños este porcentaje representa el 54.5% de las personas, en los grandes el 45.1%, en los de entre 10.000 y 50.000 habitantes el 41.9% y el 33.3% en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 216). Además la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .12$, $p = .65$). Atendiendo a las personas que se creen capaces de aprender algún nuevo deporte, el 80% de las personas de los municipios pequeños afirma sentirse capaz de hacerlo, representando estas personas el 67.7% en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes, el 63.8% en el estrato de municipios grandes y menos de la mitad (40.9%) en el estrato entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 217). Así, no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .23$, $p = .11$). En cuanto a si las personas se creen capaces de correr suavemente, en los municipios pequeños y en los de entre 10.000 y 50.000 habitantes más de la

mitad de las personas se creen capaces de hacerlo (55.6% y 51.6% respectivamente), disminuyendo hasta el 37.3% en municipios grandes y al 32% en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 218). No existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .17$, $p = .34$). Por otra parte, en la tabla 219 se observa que son las personas de los municipios pequeños las que en mayor medida se sienten atractivas (80%) y las de los municipios grandes son las que obtienen menor porcentaje al respecto (45.7%). Cabe resaltar que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .29$, $p = .05$). Asimismo, la gran mayoría de las personas de los municipios pequeños afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad (88.9%), reduciéndose este porcentaje hasta el 65.2% en municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y entre un 44% y un 54% en los otros dos estratos (tabla 220). No obstante, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .27$, $p = .06$). Atendiendo al aspecto físico percibido, en la tabla 221 puede apreciarse que todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas en la demanda latente perciben éste como bueno, reduciéndose este porcentaje al 90.5% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes, al 77.3% en los de entre 10.000 y 50.000 habitantes y al 68.6% en los municipios grandes. Cabe destacar que no se ha obtenido relación significativa entre estas variables ($\Phi = .25$, $p = .08$). Por último, en la tabla 222 se refleja que todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas se sienten con energía, siendo en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes en los que se obtiene el segundo resultado más elevado (81.8%), seguido del estrato formado por municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes (75.9%) y siendo estrato restante el que presenta menor porcentaje de personas que se sienten con energía (66.7%). Además no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .23$, $p = .12$).

Tabla 214. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	90,9%	87,1%	88,0%	66,7%	78,8%
	No	9,1%	12,9%	12,0%	33,3%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 215. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	90,9%	80,8%	81,8%	49,0%	67,3%
	No	9,1%	19,2%	18,2%	51,0%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 216. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	Sí	54,5%	41,9%	33,3%	45,1%	42,7%
	No	45,5%	58,1%	66,7%	54,9%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 217. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	Sí	80,0%	67,7%	40,9%	63,8%	61,8%
	No	20,0%	32,3%	59,1%	36,2%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 218. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	Sí	55,6%	51,6%	32,0%	37,3%	41,4%
	No	44,4%	48,4%	68,0%	62,7%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 219. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	Sí	80,0%	55,0%	77,8%	45,7%	57,4%
	No	20,0%	45,0%	22,2%	54,3%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 220. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	Sí	88,9%	65,2%	54,5%	44,4%	55,6%
	No	11,1%	34,8%	45,5%	55,6%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 221. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	Sí	100,0%	77,3%	90,5%	68,6%	77,5%
	No		22,7%	9,5%	31,4%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 222. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	Sí	100,0%	75,9%	81,8%	66,7%	75,0%
	No		24,1%	18,2%	33,3%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

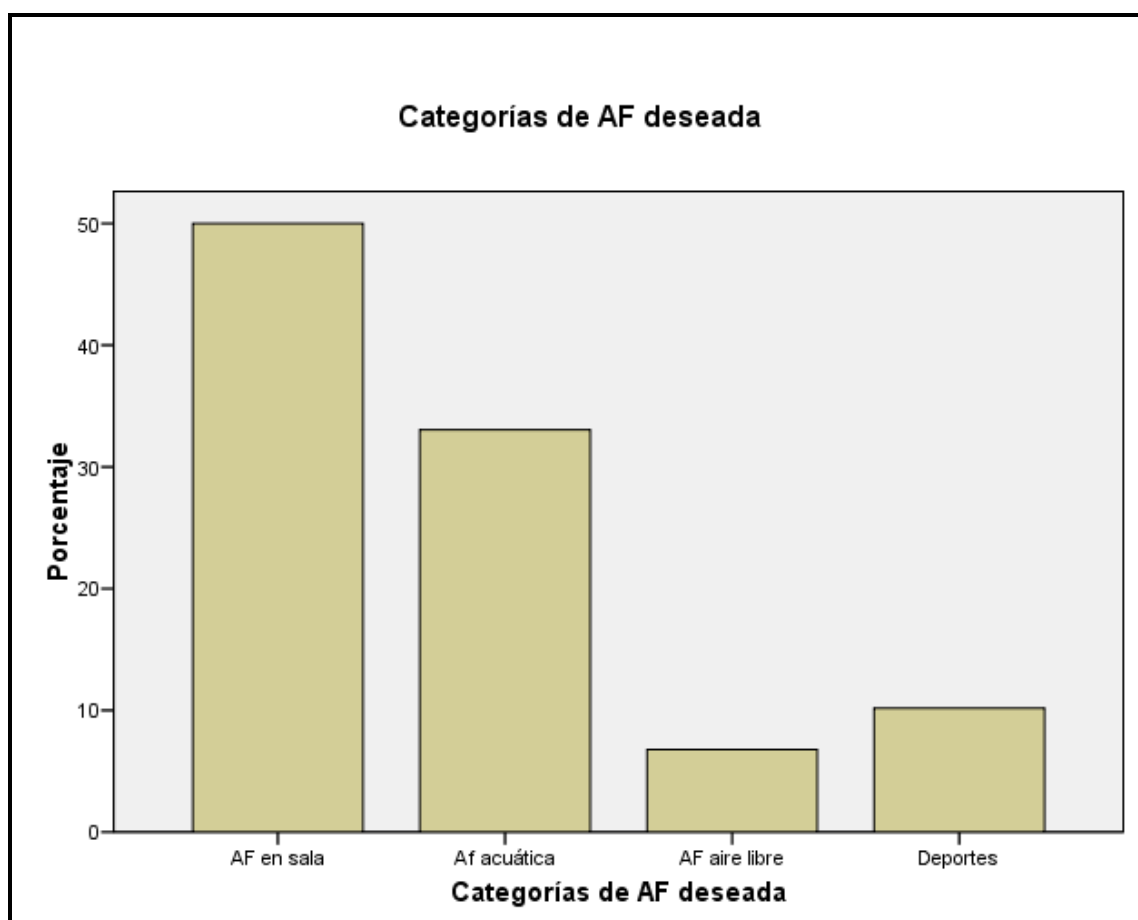


Gráfico 28. Categorías de actividad física deseadas en la demanda latente

En el gráfico 28 se puede observar que las actividades físicas más deseadas por las personas no practicantes, pero que desean realizar algún tipo de actividad son las actividades en sala (50%), seguidas de las actividades en el medio acuático (33.1%) y de los deportes (10.2%). Por último, las actividades menos deseadas por estas personas son las actividades físicas al aire libre (6.8%).

Atendiendo a la relación entre las variables objeto de estudio según la variable categorías de actividad física deseada en la demanda latente se han obtenido los siguientes resultados:

- En la tabla 223 se puede comprobar que de las personas que desean practicar actividad física en sala, el 40.7% están bastante contentas con su estado de salud, el 30.5% algo satisfechas con el mismo, el 16.9% nada satisfechas y el 11.9% muy satisfechas. Por su parte, de las personas que desean realizar actividad física en el medio acuático, casi la mitad (48.7%) están bastante satisfechas con su estado de salud, el 30.8% algo, el 15.4% mucho y el 5.1%

nada. Asimismo, el 62.5% de las personas que quieren practicar actividad física al aire libre están bastante satisfechas con su estado de salud, encontrándose con idénticos porcentajes (12.5%) el resto de ítems. Por último, el 33.3% de las personas que quieren realizar algún deporte están algo satisfechas con su estado de salud, un 25% están bastante y muy satisfechas y un 16.7% no están nada satisfechas con éste, siendo la categoría que presenta un mayor porcentaje de personas muy satisfechas con su estado de salud. Así, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .24$, $p = .65$).

- Al comparar la condición física percibida por las personas mayores enmarcadas en el grupo de la demanda latente con la categoría de actividad física deseada (tabla 224), se puede observar que en todas las categorías de actividad física deseada, alrededor del 50% de las personas percibe su condición física como buena y que entre un 25% y un 37.5% perciben su condición física como algo deficiente. Cabe destacar que la categoría deportes es la que obtiene un mayor porcentaje de personas que perciben su condición física como mala (16.7%) y que la en categoría de actividades físicas al aire libre ninguna persona percibe su condición física como muy buena. Además, se ha constatado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .21$, $p = .82$).
- Igualmente, en la tabla 225 se observa que el 17.2% de las personas que quieren practicar actividad física en sala necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas, representando estas personas un 12.5% de las que desean realizar actividad física al aire libre, un 10.3% de las que desean practicar actividades acuáticas y un 8.3% de las personas que quieren hacer deportes. Así, se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .11$, $p = .73$).
- Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: En la tabla 226 puede observarse que el mayor porcentaje de respuestas afirmativas en relación a sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte lo presentan las personas que desean hacer actividades acuáticas (84.6%), seguidas de las que quieren practicar en sala (79.3%), deportes (75%) y actividades al aire libre (50%). A pesar de los datos expuestos anteriormente, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .20$, $p = .18$). Por otra parte, en la tabla 227 queda reflejado que las personas a las que más les gusta su cuerpo ahora son las que desean hacer

actividades en sala (72%). Además no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .14$, $p = .51$). En todas las categorías de actividad física deseada se han obtenido porcentajes inferiores al 50% en relación a afirmar que no les falta fuerza para hacer las cosas, siendo las personas que quieren practicar actividades al aire libre las que mayor porcentaje presentan, con un 50% (tabla 228), aunque no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .04$, $p = .98$). Asimismo, en todas las categorías las personas afirman, en más de la mitad de los casos, que se creen capaces de aprender un nuevo deporte, presentando las que quieren hacer actividades acuáticas los mayores porcentajes, con el 65.7% de respuestas afirmativas (tabla 229). No se ha encontrado una relación estadísticamente significativa al respecto ($\Phi = .08$, $p = .86$). Por otra parte, las personas que quieren hacer deporte o practicar al aire libre se creen más capaces de correr suavemente que el resto, con un 58.3% y un 50% respectivamente (tabla 230). Además no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .14$, $p = .54$). Asimismo, las personas que se sienten atractivas con mayor porcentaje son las que quieren hacer actividades acuáticas, con un 71.4% de respuestas afirmativas al respecto (tabla 231). En este sentido, reflejar que no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .21$, $p = .25$). Igualmente, en la tabla 232 puede apreciarse que las personas que afirman estar más fuertes que otras de su misma edad en mayor porcentaje son las que quieren hacer deportes (72.7%) y las que desean realizar actividades acuáticas (68.6%). Además no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .28$, $p = .06$). En relación a si las personas perciben su aspecto físico como bueno, en la tabla 233 puede observarse que las que desean practicar en sala obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas (80%), seguidas de las que quieren hacer actividades acuáticas (76.9%), al aire libre (75%) y deportes (66.7%), además, no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .09$, $p = .85$). Finalmente, atendiendo a si las personas se sienten o no con energía (tabla 234), se aprecia que son las que quieren hacer deporte las que en mayor medida se sienten con energía, con un 90.9%. Además no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .13$, $p = .59$).

Tabla 223. Satisfacción con estado de salud y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud *Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	AF acuática	AF aire libre	Deportes	
Satisfacción con estado de salud	Nada	16,9%	5,1%	12,5%	16,7%	12,7%
	Algo	30,5%	30,8%	12,5%	33,3%	29,7%
	Bastante	40,7%	48,7%	62,5%	25,0%	43,2%
	Mucho	11,9%	15,4%	12,5%	25,0%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 224. Condición física y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física *Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	AF acuática	AF aire libre	Deportes	
Condición física	Mala	6,9%	2,6%	12,5%	16,7%	6,8%
	Algo deficiente	32,8%	30,8%	37,5%	25,0%	31,6%
	Buena	53,4%	53,8%	50,0%	50,0%	53,0%
	Muy buena	6,9%	12,8%	0%	8,3%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 225. Dependencia funcional y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional *Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	AF acuática	AF aire libre	Deportes	
Dependencia funcional	Sí	17,2%	10,3%	12,5%	8,3%	13,7%
	No	82,8%	89,7%	87,5%	91,7%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 226. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	79,3%	84,6%	50,0%	75,0%	78,6%
	No	20,7%	15,4%	50,0%	25,0%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 227. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	72,0%	69,2%	62,5%	50,0%	67,9%
	No	28,0%	30,8%	37,5%	50,0%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 228. No le falta fuerza y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia No le falta fuerza* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
No le falta fuerza	Sí	43,1%	42,1%	50,0%	41,7%	43,1%
	No	56,9%	57,9%	50,0%	58,3%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 229. Aprender algún deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Aprender algún deporte	Sí	61,1%	65,7%	50,0%	58,3%	61,5%
	No	38,9%	34,3%	50,0%	41,7%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 230. Correr suavemente y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Correr suavemente	Sí	38,6%	36,8%	50,0%	58,3%	40,9%
	No	61,4%	63,2%	50,0%	41,7%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 231. Se siente atractivo y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente atractivo	Sí	50,0%	71,4%	50,0%	50,0%	58,1%
	No	50,0%	28,6%	50,0%	50,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 232. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Está más fuerte que otros	Sí	43,2%	68,6%	37,5%	72,7%	55,1%
	No	56,8%	31,4%	62,5%	27,3%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 233. Buen aspecto y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Buen aspecto* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Buen aspecto	Sí	80,0%	76,9%	75,0%	66,7%	77,2%
	No	20,0%	23,1%	25,0%	33,3%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 234. Se siente con energía y categorías de actividad física deseada en la demanda latente**Tabla de contingencia Se siente con energía* Categorías de actividad física**

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente con energía	Sí	74,5%	70,3%	75,0%	90,9%	74,8%
	No	25,5%	29,7%	25,0%	9,1%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

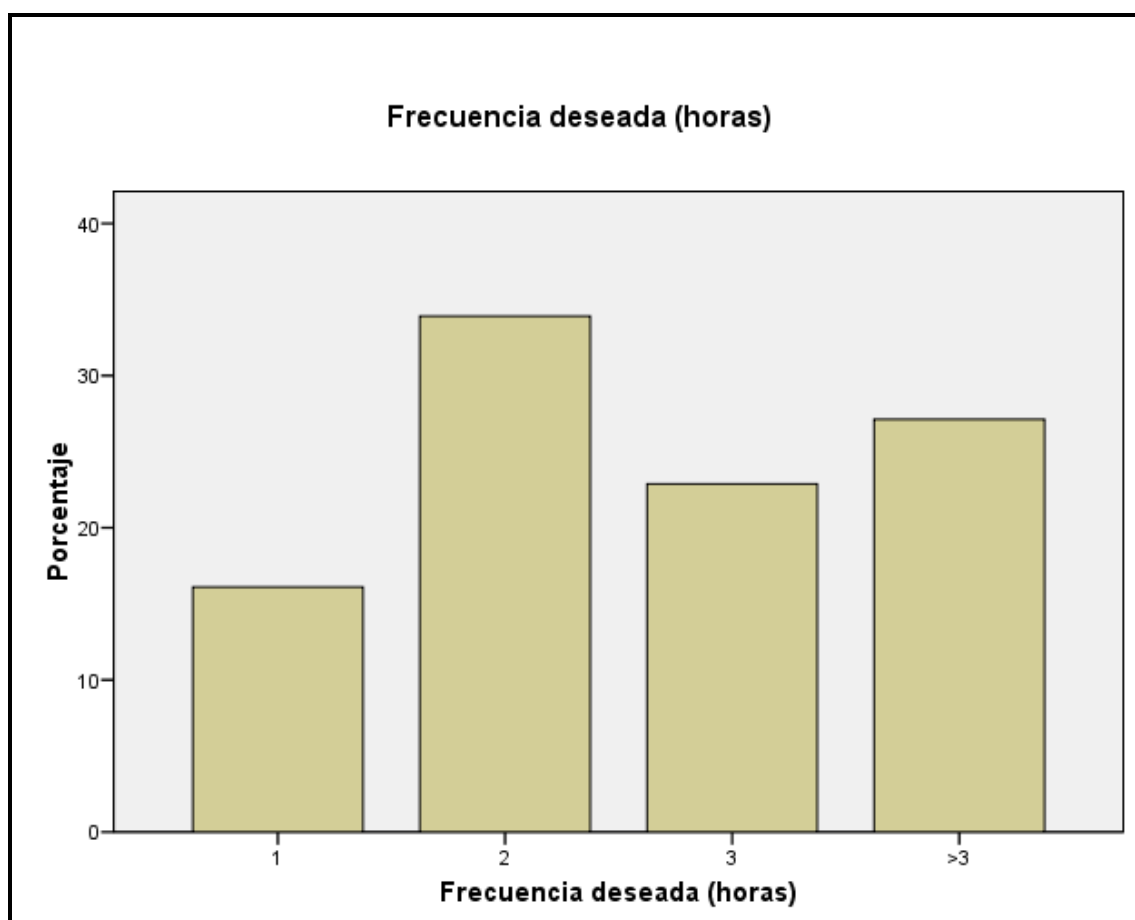


Gráfico 29. Frecuencia semanal de práctica de actividad física o deporte deseada en la demanda latente

En relación a la frecuencia de práctica deseada en la demanda latente, en el gráfico 29 se puede observar que un 33.9% de las personas quiere practicar actividad física o deporte al menos dos veces por semana, por su parte, a un 22.9% le gustaría practicar más de tres veces por semana, a un 27.1% tres veces y a un 16.1% una sola vez.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de estudio con la variable horas de práctica de actividad física o deporte semanal deseadas en la demanda latente se han obtenido los siguientes resultados:

- En la tabla 235 queda reflejado que el 70% de las personas que quieren practicar actividad física o deporte dos veces por semana está bastante o muy satisfecha con su estado de salud. Asimismo, se constata que el 57.9% de las personas que únicamente quieren practicar actividad física o deporte una vez a la semana están bastante o muy satisfechas con su estado de salud, siendo estos porcentajes

- del 50.1% en las personas que quieren practicar más de tres veces por semana y del 48.1% en las personas que desean practicar tres veces a la semana. Además, se ha constatado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .33, p = .18$).
- Por otra parte, en la tabla 236 se aprecia que, igualmente, el 70% de las personas que desean practicar actividad física o deporte dos veces por semana perciben su condición física como buena o muy buena (60% y 19% respectivamente). Además, el 59.2% de las personas que desean practicar tres veces por semana perciben su condición física como buena o muy buena, siendo este porcentaje del 58.1% en las personas que quieren practicar más de tres veces semanales y del 52.7% en las personas que quieren practica una sola vez por semana. Finalmente, se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .18, p = .93$).
 - Asimismo, en la tabla 337 se muestra que el 26.3% de las personas que quieren practicar actividad física o deporte una vez por semana son dependientes, siendo este porcentaje del 18.5% en las personas que desean practicar tres veces por semana, del 10.3% en las personas que quieren practicar dos veces y del 6.3% en las personas que quieren realizar práctica de actividad física o deporte más de tres veces semanales. En este caso se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .21, p = .17$).
 - Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: en primer lugar, las personas que en mayor porcentaje se creen capaces de hacer gimnasia o deporte son las que quieren practicar menos días a la semana (tabla 238). A pesar de ello, se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .15, p = .45$). Por otra parte, en la tabla 239 se aprecia que cuanto menor es la frecuencia de práctica deseada mayor porcentaje se obtienen en cuanto a percibir su aspecto físico como bueno. Además, se ha constatado que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = .18, p = .33$). Respecto a las personas que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas se obtienen similares porcentajes en todas las categorías de actividad física deseada (tabla 240), aunque se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .09, p = .82$). Asimismo, en la tabla 241 se puede observar que las personas más predispuestas a aprender un nuevo deporte son las que quieren

practicar dos y más de tres veces semanales, con un 66.7% en ambos casos, aunque no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .14$, $p = .52$). Respecto a las personas que se creen capaces de correr suavemente, en todas las categorías se obtienen similares porcentajes, excepto en la de las personas que quieren practicar dos días, que presenta un 30% de respuestas afirmativas, aunque se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .16$, $p = .39$). Por otro lado, las personas que en menor porcentaje se sienten atractivas son las que quieren practicar más de tres veces semanales, con un 32%, obteniéndose más del 65% en el resto de categorías (tabla 243). Además, cabe destacar que no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($\Phi = .32$, $p = .02$). En relación a sentirse más fuertes que otros, son las personas que quieren practicar dos y tres días las que obtienen mayores porcentajes (tabla 244). No existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = .92$). En cuanto a las personas que perciben su aspecto físico como bueno, en la tabla 245 se aprecia que son nuevamente las personas que quieren practicar dos y tres días las que obtienen mayores porcentajes al respecto (82.4% y 79.2% respectivamente), aunque no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .12$, $p = .38$). Finalmente, en la tabla 246 se muestra que las personas que se sienten con más energía son las que quieren practicar actividad física más de tres veces semanales. A pesar de ello, no existe relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .19$, $p = .24$).

Tabla 235. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud *Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Satisfacción con estado de salud	Nada	5,3%	10,0%	11,1%	21,9%	12,7%
	Algo	36,8%	20,0%	40,7%	28,1%	29,7%
	Bastante	52,6%	45,0%	33,3%	43,8%	43,2%
	Mucho	5,3%	25,0%	14,8%	6,3%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 236. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física *Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Condición física	Mala	10,5%	7,5%	3,7%	6,5%	6,8%
	Algo deficiente	36,8%	22,5%	37,0%	35,5%	31,6%
	Buena	47,4%	60,0%	48,1%	51,6%	53,0%
	Muy buena	5,3%	10,0%	11,1%	6,5%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 237. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional *Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Dependencia funcional	Sí	26,3%	10,3%	18,5%	6,3%	13,7%
	No	73,7%	89,7%	81,5%	93,8%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 238. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte *Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	84,2%	82,1%	81,5%	68,8%	78,6%
	No	15,8%	17,9%	18,5%	31,3%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 239. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	83,3%	69,4%	66,7%	58,1%	67,9%
	No	16,7%	30,6%	33,3%	41,9%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 240. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia No le falta fuerza*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
No le falta fuerza	Sí	42,1%	48,7%	42,3%	37,5%	43,1%
	No	57,9%	51,3%	57,7%	62,5%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 241. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Aprender algún deporte	Sí	58,8%	66,7%	50,0%	66,7%	61,5%
	No	41,2%	33,3%	50,0%	33,3%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 242. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Correr suavemente*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Correr suavemente	Sí	47,4%	30,0%	46,2%	46,7%	40,9%
	No	52,6%	70,0%	53,8%	53,3%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 243. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente atractivo*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Se siente atractivo	Sí	68,8%	67,9%	66,7%	32,0%	58,1%
	No	31,3%	32,1%	33,3%	68,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 244. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Está más fuerte que otros	Sí	50,0%	57,6%	59,1%	51,9%	55,1%
	No	50,0%	42,4%	40,9%	48,1%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 245. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Buen aspecto*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Buen aspecto	Sí	76,5%	82,4%	79,2%	69,2%	77,2%
	No	23,5%	17,6%	20,8%	30,8%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 246. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente con energía*Frecuencia deseada (horas)

		% de Frecuencia deseada (horas)				Total
		Frecuencia deseada (horas)				
		1	2	3	>3	
Se siente con energía	Sí	77,8%	71,1%	64,0%	86,7%	74,8%
	No	22,2%	28,9%	36,0%	13,3%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

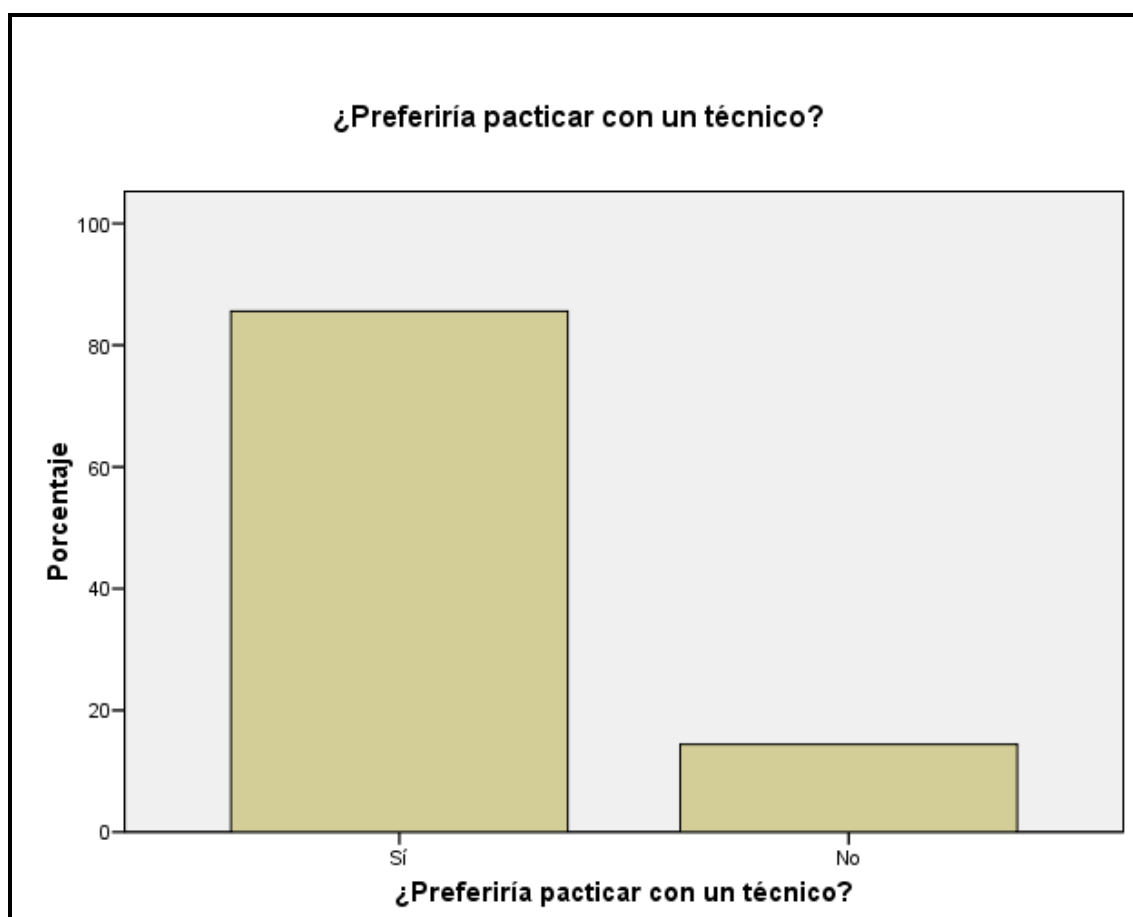


Gráfico 30. Presencia o ausencia de profesor en las actividades físicas o deportes deseados en la demanda latente

En el gráfico 30 se observa claramente que la gran mayoría de las personas que desean realizar algún tipo de actividad física o deporte les gustaría que dicha actividad fuera supervisada por un técnico o profesor (85.6%).

Atendiendo a la relación existente entre las variables objeto de esta investigación con la variable presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente se han obtenido los siguientes resultados:

- En la tabla 247 se puede comprobar que la mayoría de las personas a las que no les gustaría que la actividad físico-deportiva deseada fuera supervisada por un técnico o profesor están bastante o muy satisfechas con su estado de salud (70.6% y 17.6% respectivamente). En cambio, las personas a las que sí les gustaría que dicha actividad fuera supervisada presentan menores porcentajes al respecto (38.6% y 13.9% respectivamente). Por tanto, las personas que sí quieren que la actividad sea supervisada presentan menor satisfacción con su

- estado de salud. Además, se ha comprobado que existe una relación moderada entre estas variables, siendo esta relación significativa ($\Phi = .26$, $p = .04$).
- Por otro lado, en la tabla 248 queda expuesto que únicamente el 17.6% de las personas a las que no les gustaría que la actividad física o deporte deseado sea supervisado por un profesor percibe su condición física como algo deficiente y ninguna de estas personas la percibe como mala. Este porcentaje es inferior al obtenido en el grupo de personas a las que sí les gustaría que la actividad deseada fuera supervisada por un profesor (34% algo deficiente, 8% mala). Cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .18$, $p = .26$).
 - Si se observa la tabla 249 se puede comprobar que un porcentaje ligeramente superior de las personas a las que sí les gustaría que la actividad deseada fuera supervisada por un profesor necesitan ayudada para realizar las actividades cotidianas (14%, frente a un 11.8% de personas a las que no les gustaría la presencia de profesor). Además, no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .02$, $p = .08$).
 - Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: un mayor porcentaje de personas que sí desean practicar actividad física con profesor se cree capaces de hacer gimnasia o deporte (80%) respecto a las personas que no quieren practicar con profesor (70%) (tabla 250), aunque no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .08$, $p = .34$). Por otra parte, en la tabla 251 se aprecia que las personas que sí quieren practicar con profesor presentan un mayor porcentaje respecto a gustarles su cuerpo que las que desean hacerlo sin la presencia de éste (68.5% y 64.7% respectivamente), aunque no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .03$, $p = .76$). Las personas que prefieren practicar sin técnico presentan mayor porcentaje al afirmar que no les falta fuerza para hacer las cosas, con un 64.7%, respecto al 39.4% obtenido en el otro grupo (tabla 252), no encontrándose una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = -.18$, $p = .05$). Por su parte, las personas que quieren practicar con profesor afirman en mayor medida estar predispuestas a aprender un nuevo deporte, con un 63% de respuestas positivas, frente al 52.9% encontrado en las personas que quieren practicar sin técnico (tabla 253), no existiendo una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = .43$). Tal y como se puede

apreciar en la tabla 254 las personas que quieren practicar sin profesor obtienen mayor porcentaje al sentirse capaces de correr suavemente (58.8%) que el otro grupo (37.8%), aunque no existe relación significativa entre variables ($\Phi = -.15$, $p = 10$). Por otra parte, en la tabla 255 se observa que las personas que desean practicar con profesor se sienten más atractivas que las que no (59.5% y 50% respectivamente), aunque no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .07$, $p = 51$). En la tabla 256 puede observarse que tanto las personas que desean practicar actividad física con profesor como las que no obtienen similares porcentajes en relación a sentirse más fuertes que otros, no obteniéndose una relación significativa al respecto ($\Phi = -.01$, $p = 92$). Similares resultados se encuentran entre las personas que perciben su aspecto físico como bueno o no (tabla 257), aunque no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .02$, $p = 82$). Por último, en la tabla 258 se aprecia que las personas que no desean practicar con profesor presentan mayor porcentaje de respuestas afirmativas en relación a sentirse con energía que las que desean hacerlo en presencia de éste (88.2% y 72.3% respectivamente). La relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = -.13$, $p = 16$).

Tabla 247. Satisfacción con estado de salud y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud *¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	14,9%	0%	12,7%
	Algo	32,7%	11,8%	29,7%
	Bastante	38,6%	70,6%	43,2%
	Mucho	13,9%	17,6%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 248. Condición física y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física *¿Preferiría practicar con un técnico?

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Condición física	Mala	8,0%	0%	6,8%
	Algo deficiente	34,0%	17,6%	31,6%
	Buena	50,0%	70,6%	53,0%
	Muy buena	8,0%	11,8%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 249. Dependencia funcional en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional *¿Preferiría practicar con un técnico?

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	14,0%	11,8%	13,7%
	No	86,0%	88,2%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 250. Hacer gimnasia o deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*¿Preferiría practicar con un técnico?

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	80,0%	70,6%	78,6%
	No	20,0%	29,4%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 251. Le gusta su cuerpo ahora y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	68,5%	64,7%	67,9%
	No	31,5%	35,3%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 252. No le falta fuerza y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia No le falta fuerza*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	Sí	39,4%	64,7%	43,1%
	No	60,6%	35,3%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 253. Aprender algún deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Aprender algún deporte*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	Sí	63,0%	52,9%	61,5%
	No	37,0%	47,1%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 254. Correr suavemente y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Correr suavemente*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	Sí	37,8%	58,8%	40,9%
	No	62,2%	41,2%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 255. Se siente atractivo y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente atractivo*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	Sí	59,5%	50,0%	58,1%
	No	40,5%	50,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 256. Está más fuerte que otros y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	Sí	54,9%	56,3%	55,1%
	No	45,1%	43,8%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 257. Buen aspecto y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Buen aspecto*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	Sí	77,6%	75,0%	77,2%
	No	22,4%	25,0%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 258. Se siente con energía y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Se siente con energía*¿Preferiría practicar con un técnico?

		% de ¿Preferiría practicar con un técnico?		
		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	Sí	72,3%	88,2%	74,8%
	No	27,7%	11,8%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

5.2.3 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente. Relaciones con las variables sociodemográficas

En el presente apartado se expondrán las diversas consideraciones referidas a las personas mayores incluidas en el grupo de la demanda ausente, para ello, en primer lugar se presentarán los resultados obtenidos en relación a la satisfacción con el estado de salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores en la demanda ausente y posteriormente se relacionarán éstas variables con las diferentes variables sociodemográficas (género, edad, clase social y tamaño demográfico). Cabe destacar que la mayor parte de las personas mayores entrevistadas forman parte de este tipo de demanda.

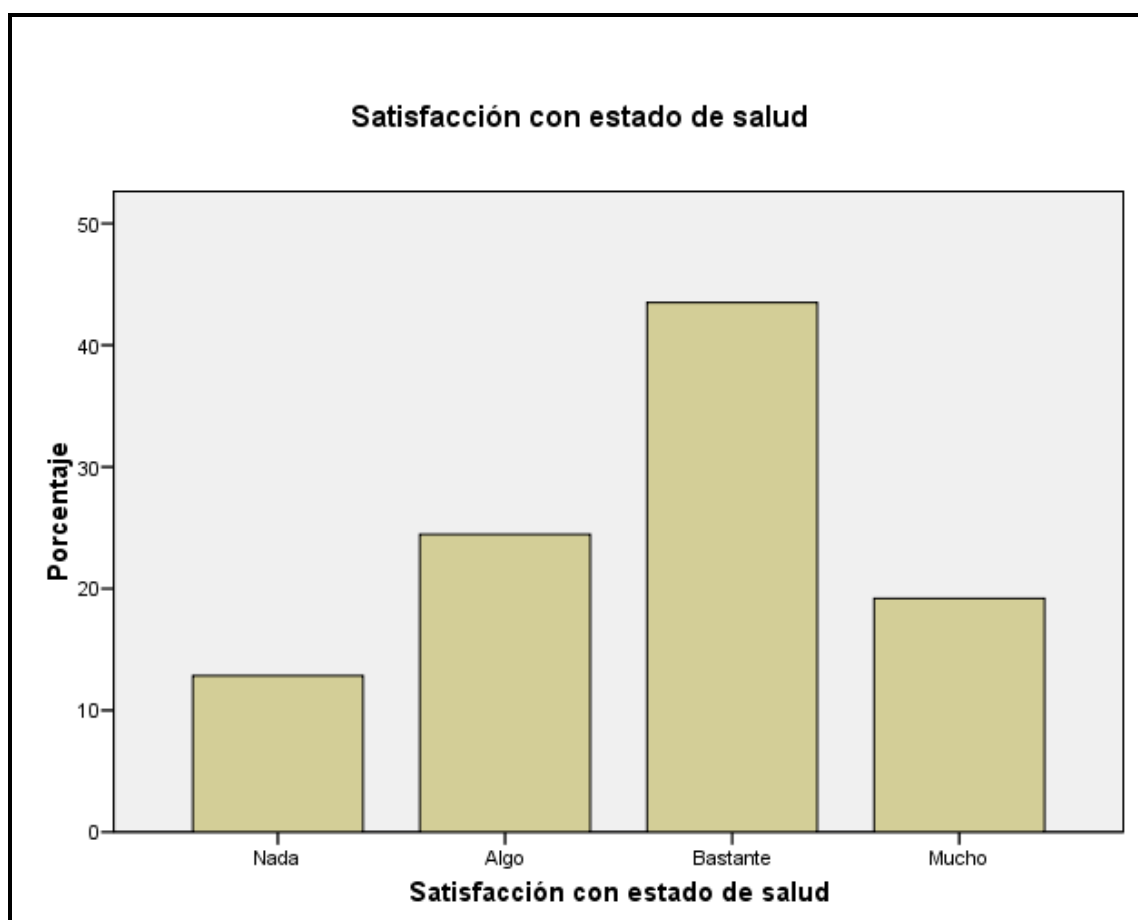


Gráfico 31. Satisfacción con el estado de salud en la demanda ausente

En el gráfico 31 se muestran los resultados obtenidos tras analizar la satisfacción con el estado de salud de las personas mayores incluidas en el grupo de la demanda ausente, así se puede observar que el 43.5% de las mismas está bastante satisfecha con su estado de salud, el 24.5% se encuentra algo satisfecha, el 19.2% muy satisfecha y el 12.8% nada satisfecha.

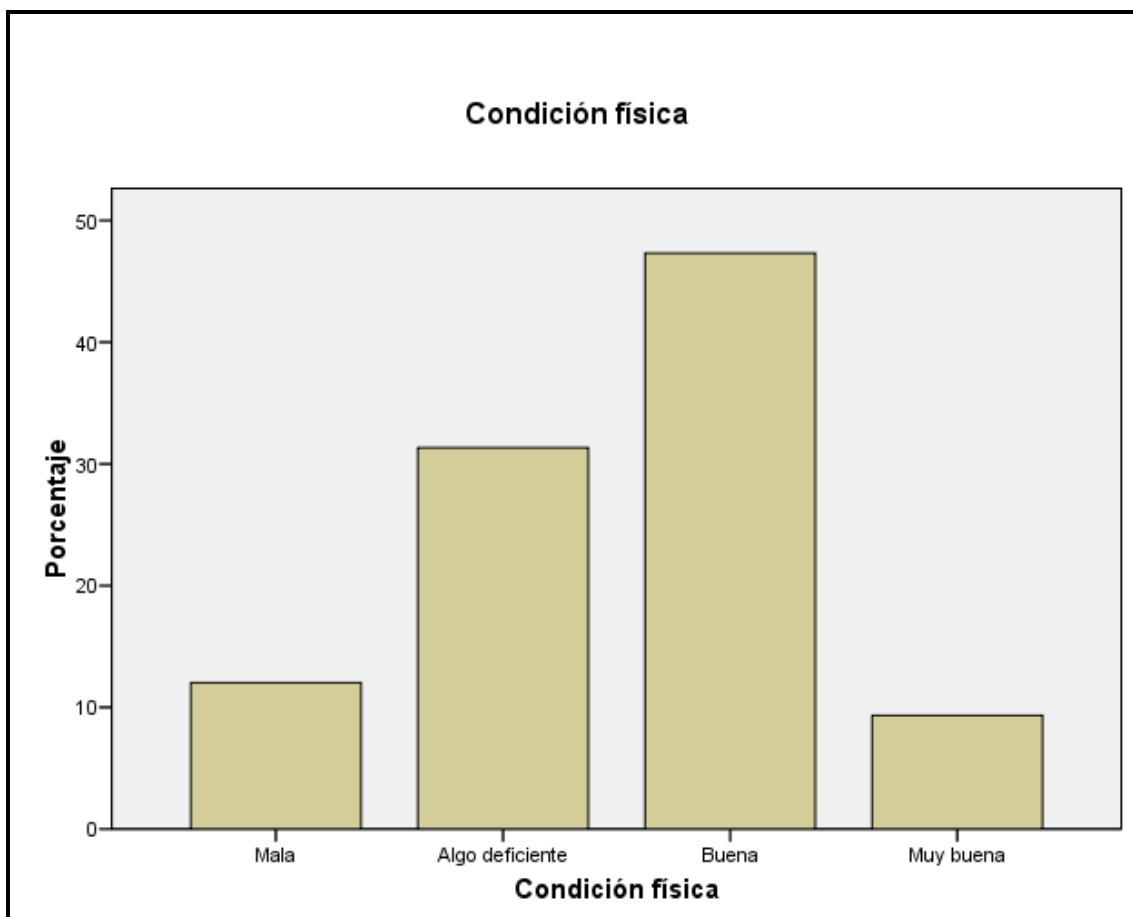


Gráfico 32. Condición física percibida en la demanda ausente

En relación a la condición física percibida en este tipo de demanda (gráfico 32) se ha obtenido que casi la mitad de las personas mayores perciben su condición física como buena (47.3%), el 31.3% como algo deficiente, el 12% como mala y tan sólo el 9.3% como muy buena.

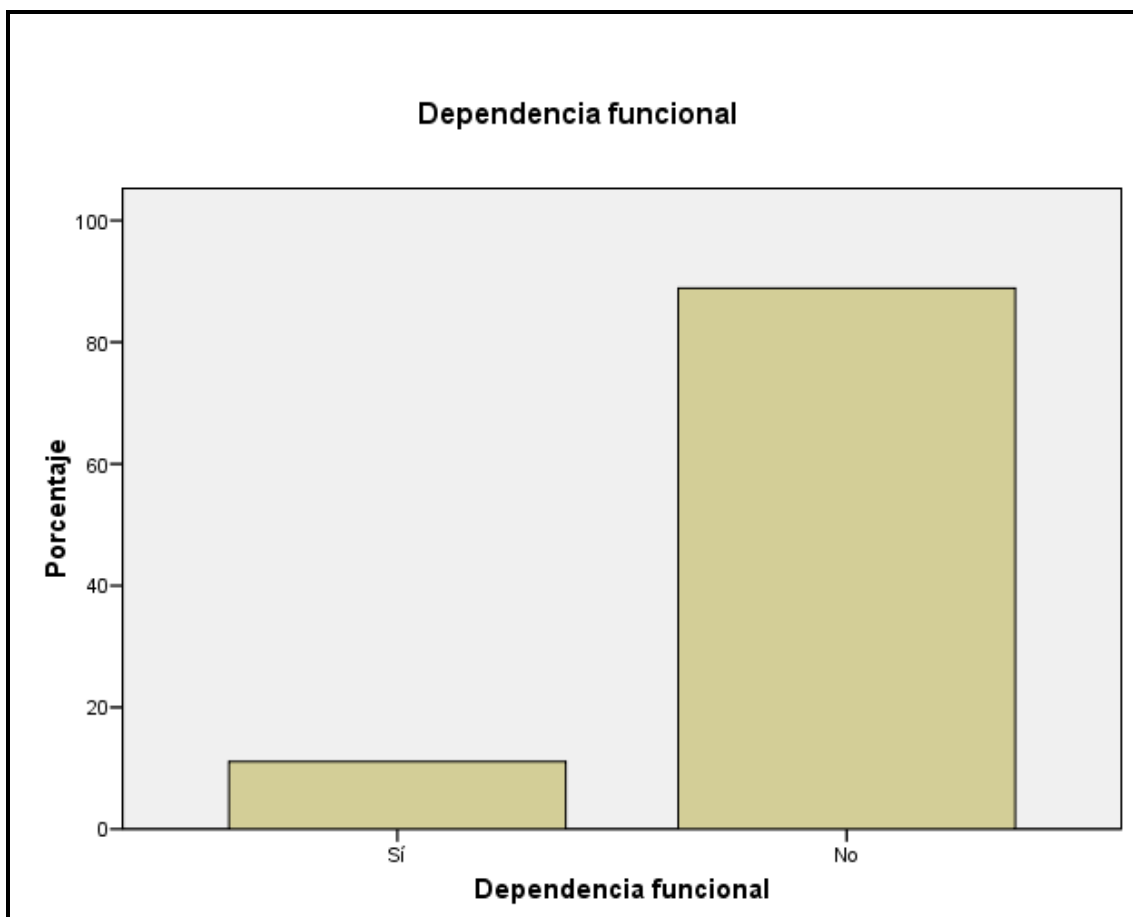


Gráfico 33. Dependencia funcional en la demanda ausente

Asimismo, en el gráfico 33 se observa que un 88.9% de las personas mayores enmarcadas en la demanda ausente no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas, mientras que las personas que sí necesitan dicha ayuda suponen el 11.1% del total.

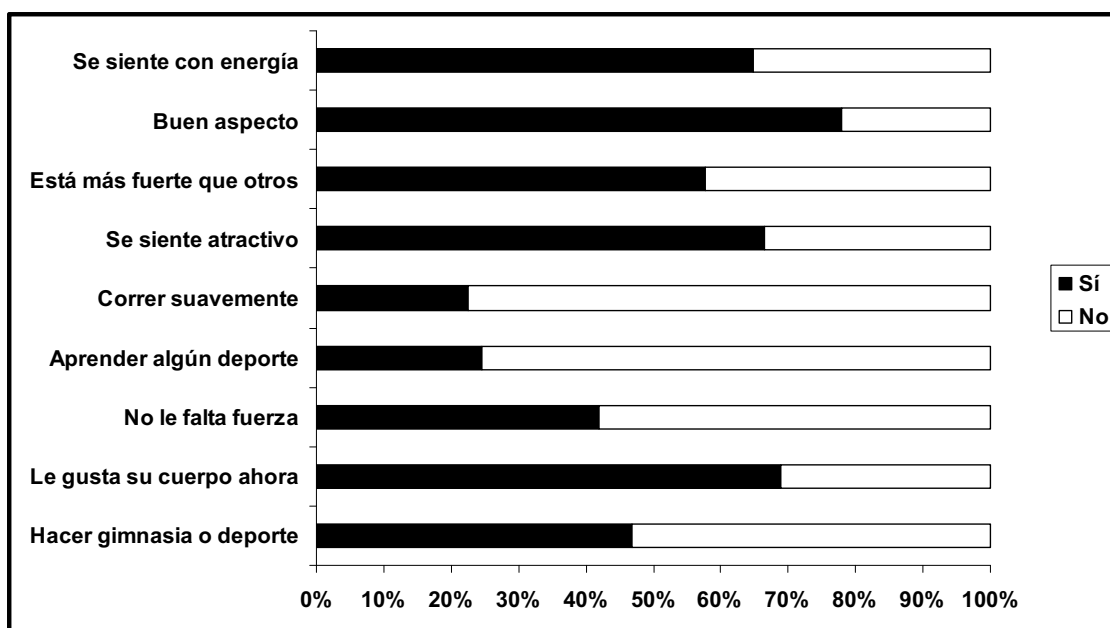


Gráfico 34. Competencia motriz y corporal percibida en la demanda ausente

En lo que a la competencia motriz y corporal percibida se refiere, en el gráfico 34 se observa que casi el 80% de las personas (77.9) considera que tiene buen aspecto físico, que entre un 65% y un 70% de las personas le gusta como es su cuerpo ahora (69%), se sienten atractivos (66.4%) para las demás y se siente habitualmente con energía (64.9%). Además, se puede observar que más de la mitad de las personas (57.7%) consideran que están más fuerte que otras personas de su edad. Asimismo, casi la mitad de las personas mayores en la demanda ausente se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte (46.8%) y muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (41.9%), y únicamente entre un 20% y un 25% de las personas creen que son capaces de correr suavemente y que serían capaces de aprender un deporte nuevo.

Por otra parte, tras efectuar el análisis bivariable entre estas variables y las variables sociodemográficas se han obtenido los siguientes resultados:

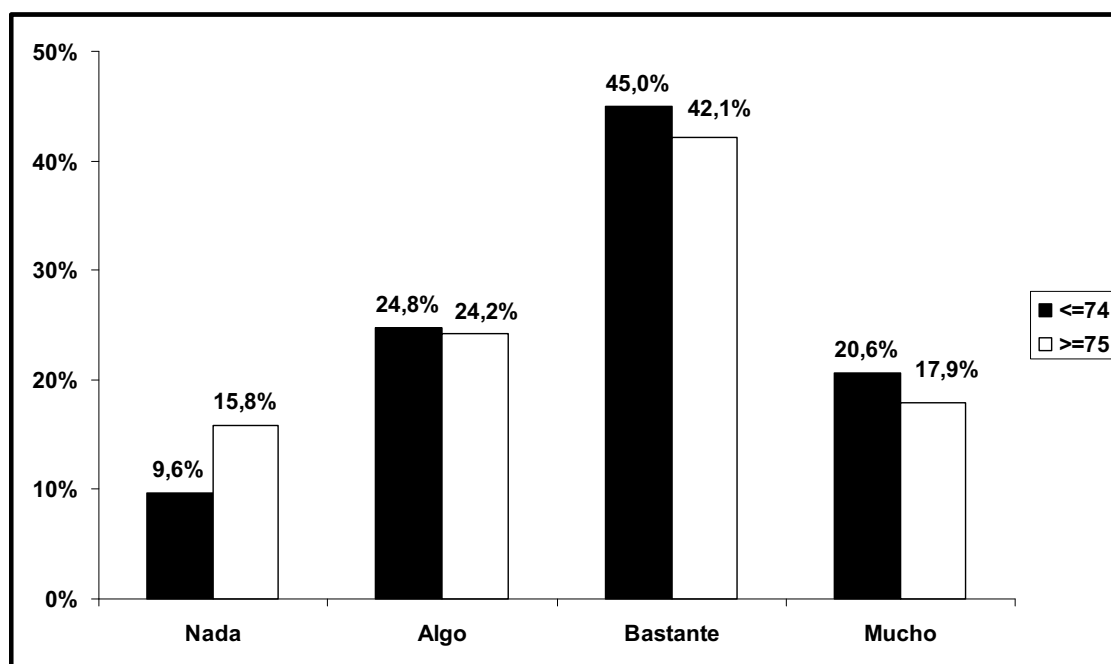


Gráfico 35. Satisfacción con el estado de salud en función de la edad en la demanda ausente

- En el gráfico 35 y en la tabla 259 se aprecia que las personas de edad igual o menor a 74 años en la demanda ausente están bastante y muy satisfechas con su estado de salud en mayor medida que las personas de mayor edad. No obstante no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .09$, $p = .13$). Todas las tablas de contingencia con los valores Phi y Chi-cuadrado de Pearson correspondientes a este apartado 5.2.3 están incluidas en el Anexo VII.
- En la tabla 260 se puede observar que hombres y mujeres obtienen diferentes resultados en cuanto a su satisfacción con el estado de salud en la demanda ausente, de forma que los hombres presentan porcentajes superiores respecto a estar bastante o muy satisfecho con su estado de salud (69.5%) que las mujeres (55.4%). Además, se ha comprobado que la relación entre ambas variables es baja o ligera, pero estadísticamente significativa ($\Phi = .15$, $p < .01$).
- En relación a la clase social, en la tabla 261 se observa que las personas que en mayor porcentaje se sienten muy satisfechas con su estado de salud son las personas de clase media/alta (42.6%), seguidas por las personas de clase media/baja (18.5%) y media/media (16.5%). En cuanto a estar bastante satisfechas con su estado de salud los porcentajes son más parecidos entre las

personas de diferente clase social en la demanda ausente, presentando porcentajes del 46.9% las personas de clase media/media, 39.8% las personas de clase media/baja y 38.3% las personas de clase media/alta. Además, existe una relación baja o ligera entre ambas variables, pero esta relación es estadísticamente significativa ($\Phi = .20$, $p = < .01$).

- Atendiendo al tamaño demográfico, en la tabla 262 se observa que son las personas que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes las que en mayor porcentaje están muy y bastante satisfechas con su estado de salud en la demanda ausente (25.3% y 49.4% respectivamente), seguidas por las personas de municipios de menos de 10.000 habitantes (19% y 45.3% respectivamente). Finalmente, las personas que menores porcentajes presentan en estos ítems son las que residen en municipios de más de 100.000 habitantes (10.3% y 41.1% respectivamente). Además, cabe señalar que existe una relación baja o ligera entre ambas variables, pero esta relación es estadísticamente significativa ($\Phi = .21$, $p = < .01$).

Tabla 259. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Edad

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Nada	9,6%	15,8%	12,8%
	Algo	24,8%	24,2%	24,5%
	Bastante	45,0%	42,1%	43,5%
	Mucho	20,6%	17,9%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 260. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Género

		% de Género		Total
		Género		
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Nada	10,2%	15,4%	12,8%
	Algo	20,3%	28,4%	24,5%
	Bastante	46,3%	40,8%	43,5%
	Mucho	23,2%	15,4%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 261. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Nada	6,4%	10,9%	16,5%	12,8%
	Algo	12,8%	25,7%	25,2%	24,5%
	Bastante	38,3%	46,9%	39,8%	43,4%
	Mucho	42,6%	16,5%	18,5%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 262. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Nada	11,2%	16,8%	9,6%	14,4%	12,8%
	Algo	24,6%	24,5%	15,7%	34,2%	24,5%
	Bastante	45,3%	37,4%	49,4%	41,1%	43,5%
	Mucho	19,0%	21,3%	25,3%	10,3%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

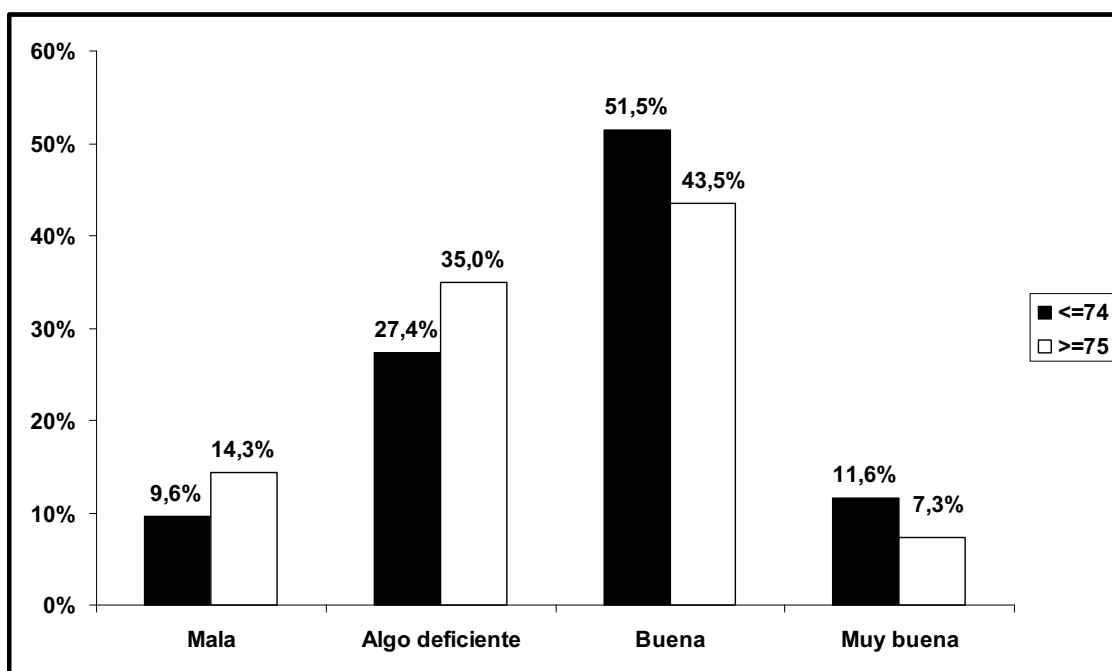


Gráfico 36. Condición física en función de la edad en la demanda ausente

- En el gráfico 36 y en la tabla 263 se puede observar que en la demanda ausente las personas menores de 74 perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena (51.5% y 11.6% respectivamente) al comparar estos resultados con los obtenidos por las personas mayores de 75 años (43.5% y 7.3% respectivamente). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables y que esta relación es estadísticamente significativa ($\Phi = .13, p = .01$).
- En relación al género, en la tabla 264 se puede apreciar que en la demanda ausente los hombres perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena (50.5% y 12.4% respectivamente) que las mujeres (44.3% y 6.5% respectivamente). Así se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa ($\Phi = .15, p = < .01$).
- Analizando la condición física percibida según la clase social en la demanda ausente (tabla 265) queda reflejado que a medida que aumenta la clase social las personas perciben que su condición física es mejor, de tal forma que las personas de clase media/alta son las que en mayor porcentaje perciben su condición física como buena o muy buena (60.9% y 19.6%) seguidas por las personas de clase media/media (51.2% y 8.8% respectivamente) y finalmente las

de clase baja (39.2% y 8.4% respectivamente). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es estadísticamente significativa ($\Phi = .20, p = < .01$).

- En lo que al tamaño demográfico se refiere, en la tabla 266 puede observarse que en la demanda ausente las personas que en mayor porcentaje perciben su condición física como buena o muy buena son las que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (69.6%), seguidas de las personas que residen en municipios de menos de 10.000 habitantes (56.5%), mayores de 100.000 (52.1%) y entre 10.000 y 50.000 (51%). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa ($\Phi = .18, p = .01$).

Tabla 263. Condición física y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia Condición física*Edad

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Mala	9,6%	14,3%	12,0%
	Algo deficiente	27,4%	35,0%	31,3%
	Buena	51,5%	43,5%	47,3%
	Muy buena	11,6%	7,3%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 264. Condición física y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Condición física*Género

		% de Género		
		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Mala	8,8%	15,1%	12,0%
	Algo deficiente	28,3%	34,2%	31,3%
	Buena	50,5%	44,3%	47,3%
	Muy buena	12,4%	6,5%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 265. Condición física y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Condición física*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Mala	4,3%	9,4%	16,4%	11,8%
	Algo deficiente	15,2%	30,6%	36,0%	31,6%
	Buena	60,9%	51,2%	39,2%	47,1%
	Muy buena	19,6%	8,8%	8,4%	9,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 266. Condición física y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Mala	12,5%	14,4%	5,6%	16,2%	12,0%
	Algo deficiente	34,1%	34,6%	24,8%	31,7%	31,3%
	Buena	43,8%	40,5%	58,4%	46,5%	47,3%
	Muy buena	9,7%	10,5%	11,2%	5,6%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

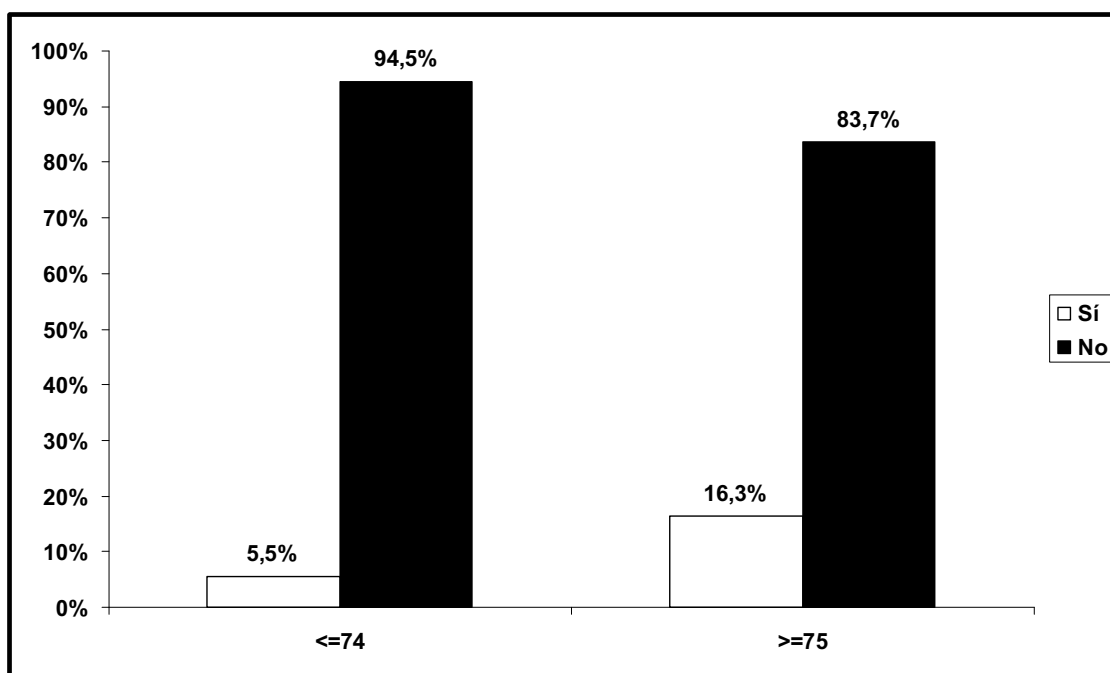


Gráfico 37. Dependencia funcional en función de la edad en la demanda ausente

- En el gráfico 37 y en la tabla 267 se puede apreciar que en la demanda ausente el grupo de personas mayores de 75 años presenta mayor porcentaje (16.3%) de necesidad de ayuda para realizar las tareas cotidianas que el grupo de personas menores de 74 años (5.5%). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa ($\Phi = -.17, p = < .01$).
- Por otra parte, tras observar los resultados presentados en la tabla 268 se aprecia que en la demanda ausente existe un mayor porcentaje de mujeres con dependencia funcional (15.3%) que hombres que necesiten ayuda para realizar las actividades cotidianas (6.7%). Asimismo, se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre ambas variables, aunque esta relación es significativa ($\Phi = -.14, p = < .01$).
- En cuanto a la dependencia funcional en función de la clase social en la demanda ausente (tabla 269) queda reflejado que a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas dependientes, de forma que en las personas de clase media/baja existe un 15.7% de personas dependientes, en el grupo de clase media/media este porcentaje supone un 8.8% y en el de clase media/alta un 2.1%. Finalmente se ha comprobado que existe una relación baja o

ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa ($\Phi = .13$, $p = < .01$).

- En relación al tamaño demográfico, en la tabla 270 se puede comprobar que en la demanda ausente los resultados sobre la necesidad de ayuda para realizar las actividades cotidianas es similar en todos los estratos (entre 9% y 13%). Además, cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .04$, $p = .75$).

Tabla 267. Dependencia funcional y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Edad

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	Sí	5,5%	16,3%	11,1%
	No	94,5%	83,7%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 268. Dependencia funcional y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Género

		% de Género		
		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	Sí	6,7%	15,3%	11,1%
	No	93,3%	84,7%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 269. Dependencia funcional y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia Dependencia funcional*Clase social

		% de Clase social			
		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	Sí	2,1%	8,8%	15,7%	11,1%
	No	97,9%	91,2%	84,3%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 270. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Dependencia funcional*Tamaño demográfico**

		% de Tamaño demográfico				Total
		Tamaño demográfico				
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	Sí	11,1%	9,1%	11,2%	13,1%	11,1%
	No	88,9%	90,9%	88,8%	86,9%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Seguidamente serán expuestos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda ausente:

- En cuanto a la variable sociodemográfica edad: tal y como se puede comprobar en la tabla 271 se han encontrado grandes diferencias entre ambos grupos de edad en la demanda ausente a la hora de creerse capaces de hacer gimnasia o deporte, ya que del grupo de personas menores de 74 años, más de la mitad se creen capaces de hacer gimnasia o deporte (59.5%), siendo únicamente el 35% de las personas de más de 75 años las que creen que pueden realizar este tipo de actividades. Además la relación obtenida entre estas variables es significativa y ligera ($\Phi = .24$, $p < .01$). No obstante, los resultados son bastante similares en relación a si a las personas mayores les gusta como es su cuerpo ahora, encontrando una mayoría de respuestas afirmativas en ambos grupos, 70% en las personas menores de 74 años y 68% en las de mayor edad (tabla 272). Además, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .02$, $p = .60$). Por otra parte, en la tabla 273 se aprecia que a más de la mitad de las personas de ambos grupos les falta fuerza para hacer las cosas, siendo ligeramente superior el porcentaje obtenido al respecto por las personas mayores de 75 años (63.3%, respecto al 52.3% obtenido en el otro grupo). Además, existe relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .11$, $p < .01$). Asimismo, en la tabla 274 se puede comprobar que las personas menores de 74 años en la demanda ausente tienen mayor predisposición a aprender un nuevo deporte (30.4%) que las personas del grupo de más edad (19%), a pesar de ello, los porcentajes en ambos casos son bastante bajos. Además, se ha encontrado

relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .13$, $p = < .01$). Similares resultados se han obtenido en relación a las personas que se creen capaces de correr suavemente, ya que las personas que responden afirmativamente en el grupo de menores de 74 años representan el 30.2% del total, reduciéndose este porcentaje al 15.5% en el otro grupo (tabla 275). Nuevamente se ha encontrado una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .18$, $p = .01$). Por otra parte, en la demanda ausente un mayor porcentaje de personas menores de 74 años se sienten atractivas al compararlas con el grupo de personas mayores de 75 años (68% y 64.6% respectivamente) (tabla 276), no existiendo una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .04$, $p = .42$). En este sentido, es nuevamente el grupo de personas menores de 74 años el que obtiene mayor porcentaje en cuanto a sentirse más fuerte que otras personas de su misma edad, 59.3%, respecto al 56.1% obtenido por las personas mayores de 75 años (tabla 277) aunque en este caso tampoco se ha encontrado relación significativa entre estas variables ($\Phi = .03$, $p = .47$). Además, en la tabla 278 puede apreciarse que es el grupo de personas de más edad el que en mayor porcentaje afirma que su aspecto físico es bueno (80%, respecto al 75.9% obtenido en el otro grupo). Cabe destacar que no existe relación significativa entre estas variables ($\Phi = -.05$, $p = .25$). Finalmente, en la tabla 279 queda reflejado que en la demanda ausente, las personas menores de 74 años afirman en mayor porcentaje sentirse con energía (67.1%) que las personas mayores de 75 años (62.7%), no encontrándose relación significativa al respecto ($\Phi = .05$, $p = .26$).

Tabla 271. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Edad

		% de Edad		Total
		Edad		
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	59,5%	35,0%	46,8%
	No	40,5%	65,0%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 272. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	70,0%	68,0%	69,0%
	No	30,0%	32,0%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 273. No le falta fuerza y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	Sí	47,7%	36,7%	41,9%
	No	52,3%	63,3%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 274. Aprender algún deporte y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	Sí	30,4%	19,0%	24,5%
	No	69,6%	81,0%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 275. Correr suavemente y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Edad**

		% de Edad		
		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	Sí	30,2%	15,5%	22,5%
	No	69,8%	84,5%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 276. Se siente atractivo y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Edad**

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	Sí	68,0%	64,6%	66,4%
	No	32,0%	35,4%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 277. Está más fuerte que otros y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Edad**

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	Sí	59,3%	56,1%	57,7%
	No	40,7%	43,9%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 278. Buen aspecto y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Edad**

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	Sí	75,9%	80,0%	77,9%
	No	24,1%	20,0%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 279. Se siente con energía y edad en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Edad**

		% de Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	Sí	67,1%	62,7%	64,9%
	No	32,9%	37,3%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- Atendiendo a la variable sociodemográfica género: en la demanda ausente, tal y como queda reflejado en la tabla 280, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (56.8% y 37.1% respectivamente) se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, existiendo una relación baja o ligera, pero significativa entre ambas variables ($\Phi = .20$, $p = < .01$). Igualmente, son los hombres los que obtienen un porcentaje más elevado que las mujeres en relación a gustarle su cuerpo tal y como es actualmente (74.6% y 63.7% respectivamente) (tabla 281), encontrándose además una relación ligera y significativa al respecto ($\Phi = .12$, $p = < .01$). Asimismo, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres señalan que no les falta fuerza para hacer las cosas (49% y 35.4% respectivamente) (tabla 282), existiendo una relación significativa y ligera entre ambas variables ($\Phi = .14$, $p = < .01$). En cuanto a si las personas mayores se creen capaces de aprender algún deporte nuevo en función del sexo, los hombres obtienen porcentajes más elevados que las mujeres (30.3% y 18.8% respectivamente) (tabla 283). Además, existe una relación estadísticamente significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .13$, $p = < .01$). Por otra parte, únicamente el 32.1% de los hombres afirman ser capaces de correr suavemente, mientras que este porcentaje se reduce al 13.5% en el caso de las mujeres (tabla 284), existiendo además una relación significativa y ligera al respecto ($\Phi = .22$, $p = < .01$). En cuanto a sentirse atractivos, en la tabla 285 queda reflejado que son nuevamente los hombres los que presentan mayores porcentajes que las mujeres (67.9% y 64.8% respectivamente), aunque en este caso la relación existente no es significativa ($\Phi = .03$, $p = .47$). En relación a estar más fuerte que otras personas de su misma edad, en la tabla 286 se aprecia que los hombres presentan un porcentaje superior de respuestas positivas que las mujeres (65.5% y 50.2% respectivamente). Además, se ha encontrado una relación baja o ligera, pero significativa al respecto ($\Phi = .15$, $p = < .01$). Así, en la tabla 287 se muestra que son los hombres los que en mayor porcentaje perciben su aspecto como bueno, con el 81.6%, respecto al 74.3% obtenido en el grupo de las mujeres. Además, la relación entre estas variables es baja pero significativa ($\Phi = .09$, $p = .04$). Finalmente, se debe señalar que los hombres también presentan un mayor porcentaje al afirmar sentirse con energía que las mujeres (72.1% y 57.9%

respectivamente) (tabla 288), existiendo una relación baja o ligera pero significativa entre ambas variables ($\Phi = .15$, $p = < .01$).

Tabla 280. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	56,8%	37,1%	46,8%
	No	43,2%	62,9%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 281. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	74,6%	63,7%	69,0%
	No	25,4%	36,3%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 282. No le falta fuerza y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia No le falta fuerza*género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	Sí	49,0%	35,4%	41,9%
	No	51,0%	64,6%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 283. Aprender algún deporte y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	Sí	30,3%	18,8%	24,5%
	No	69,7%	81,2%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 284. Correr suavemente y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	Sí	32,1%	13,5%	22,5%
	No	67,9%	86,5%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 285. Se siente atractivo y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	Sí	67,9%	64,8%	66,4%
	No	32,1%	35,2%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 286. Está más fuerte que otros y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Género**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	Sí	65,5%	50,2%	57,7%
	No	34,5%	49,8%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 287. Buen aspecto y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Género**

		% de Género		
		Hombre	Mujer	Total
Buen aspecto	Sí	81,6%	74,3%	77,9%
	No	18,4%	25,7%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 288. Se siente con energía y género en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Género**

		% de Género		
		Hombre	Mujer	Total
Se siente con energía	Sí	72,1%	57,9%	64,9%
	No	27,9%	42,1%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- En relación a la variable sociodemográfica clase social: en la tabla 289 puede observarse que a medida que la clase social es más baja, las personas se creen menos capaces de hacer gimnasia o deporte en la demanda ausente, existiendo una relación significativa y ligera entre ambas variables ($\Phi = .20$, $p = < .01$). Asimismo, atendiendo a si a las personas mayores les gusta o no su cuerpo ahora, se observa la misma tendencia que en el caso anterior, aunque con menores diferencias entre los diferentes grupos (tabla 290), aunque la relación entre estas variables no es estadísticamente significativa ($\Phi = .10$, $p = .05$). En cuanto a si a las personas no les falta fuerza para hacer las cosas, en la tabla 291 se muestra que los resultados son muy similares en los grupos correspondientes a las personas mayores de clase alta y media (45% aproximadamente), disminuyendo al 36.8% en el grupo de clase social baja. A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .08$, $p = .10$). Por otra parte, las personas más predispuestas a aprender algún nuevo deporte son las de clase alta (42.2%), seguidas de las de clase baja (24.3%) y seguidas de las de clase media (22.4%) (tabla 292). Además, existe relación baja o ligera,

pero significativa al respecto ($\Phi = .12$, $p = .02$). Por otro lado, en la tabla 293 se puede comprobar que también son las personas de clase alta, con un porcentaje mayor que el resto (43.5%) las que en mayor medida afirman sentirse capaces de correr suavemente, no llegándose a un tercio de respuestas positivas en los otros dos grupos sociales, encontrándose además una relación significativa y ligera entre variables ($\Phi = .17$, $p = < .01$). Igualmente, las personas de clase alta son las que en mayor porcentaje afirman sentirse atractivas (75%), obteniéndose similares porcentajes al respecto en los grupos de personas de clase media y baja (67.8% y 62.6% respectivamente) (tabla 294). Así, indicar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .07$, $p = .29$). Por otra parte, en la tabla 295 queda reflejado que a medida que disminuye la clase social de las personas mayores éstas se sienten menos fuerte que otras personas de su misma edad. Además, se ha encontrado una relación baja o ligera, pero significativa entre variables ($\Phi = .14$, $p = < .01$). En relación al aspecto físico percibido, en la tabla 296 se puede apreciar que los resultados son similares en el grupo de personas de clase baja y alta, ya que el porcentaje de respuestas positivas representa el 72.7% y 73.3% (respectivamente) en ambos grupos y aumenta al 82% en el grupo de clase social media. Además, la relación entre estas variables es baja o ligera, pero estadísticamente significativa ($\Phi = .11$, $p = .04$). Finalmente, resaltar que en todas las clases sociales se obtienen similares porcentajes en cuanto a afirmar que se sienten con energía para hacer las cosas (entre el 61% y el 67%), siendo las personas de clase baja las que presentan menor porcentaje (tabla 297). A pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .06$, $p = .30$).

Tabla 289. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Clase social

		% de Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	69,6%	52,0%	35,4%	47,1%
	No	30,4%	48,0%	64,6%	52,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 290. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	79,1%	71,6%	63,7%	69,2%
	No	20,9%	28,4%	36,3%	30,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 291. No le falta fuerza y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	Sí	45,7%	45,3%	36,8%	42,0%
	No	54,3%	54,7%	63,2%	58,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 292. Aprender algún deporte y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	Sí	42,2%	22,4%	24,3%	24,7%
	No	57,8%	77,6%	75,7%	75,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 293. Correr suavemente y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	Sí	43,5%	24,6%	16,3%	22,7%
	No	56,5%	75,4%	83,7%	77,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 294. Se siente atractivo y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	Sí	75,0%	67,8%	62,6%	66,5%
	No	25,0%	32,2%	37,4%	33,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 295. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	Sí	73,7%	60,8%	49,7%	57,8%
	No	26,3%	39,2%	50,3%	42,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 296. Buen aspecto y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	Sí	73,3%	82,0%	72,7%	77,9%
	No	26,7%	18,0%	27,3%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 297. Se siente con energía y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Clase social**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	Sí	67,4%	67,6%	61,4%	65,2%
	No	32,6%	32,4%	38,6%	34,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- Respecto a la variable sociodemográfica tamaño demográfico: en la tabla 298 puede apreciarse que en todos los estratos entre un 40% y un 45% de las personas mayores en la demanda ausente se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, excepto en el compuesto por los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes, donde este porcentaje asciende hasta el 58%, existiendo además una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .14$, $p < .01$). Por otra parte, al 79.4% de las personas entrevistadas en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes de la demanda ausente les gusta su cuerpo, representando estas personas el 71.6% en los municipios pequeños, el 63.5% en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes, y el 57.6% en los municipios grandes (tabla 299). Cabe destacar que se ha encontrado una relación significativa y ligera entre ambas variables ($\Phi = .18$, $p < .01$). En cuanto a las personas que afirman no faltarles fuerza para hacer las cosas, en los municipios pequeños este porcentaje representa el 47.1% de las personas, en los grandes el 45.1%, en los de entre 10.000 y 50.000 habitantes el 34.6% y el 40.5% en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 300). Además la relación entre estas variables no es significativa ($\Phi = .10$, $p = .11$). Atendiendo a las personas que se creen capaces de aprender algún nuevo deporte (tabla 301), en todos los estratos se obtienen porcentajes similares, siendo los formados por municipios pequeños y grandes donde estos son superiores (28.3% y 25% respectivamente). Así, no existe una relación significativa entre ambas variables ($\Phi = .05$, $p = .63$). En cuanto a si las personas se creen capaces de correr suavemente, en los municipios grandes se obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas (30.4%), seguidos de los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (26.7%) y siendo este porcentaje menor al 20% en los otros dos estratos (tabla 302). Además, existe una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .14$, $p < .01$). Por otra parte, las personas de los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y los pequeños son las que en mayor medida se sienten atractivas (79.4% y 77.4% respectivamente) y las de los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y los grandes obtienen porcentajes de alrededor del 50% (tabla 303). Cabe resaltar que existe una relación significativa y moderada entre estas variables ($\Phi = .30$, $p < .01$). Asimismo, en todos los estratos se obtienen similares porcentajes en relación a si las personas mayores se sienten más fuertes que otras de su edad (entre el 56% y el 58%) (tabla 304).

No obstante, no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .01$, $p = .99$). Atendiendo al aspecto físico percibido, en la tabla 305 puede apreciarse que las personas de los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y los pequeños son las que en mayor medida perciben su aspecto físico como bueno (85.1% y 80.3% respectivamente), representando porcentajes de alrededor del 70% en los otros dos estratos. Cabe destacar que se ha obtenido una relación significativa y ligera entre estas variables ($\Phi = .14$, $p = .01$). Por último, en la tabla 306 se refleja que un 69% de las personas mayores se sienten con energía en los dos grupos de municipios medianos, reduciéndose este porcentaje al 60% aproximadamente en los municipios pequeños y grandes. Además no existe una relación significativa entre estas variables ($\Phi = .10$, $p = .12$).

Tabla 298. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia Hacer gimnasia o deporte*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	43,9%	38,9%	58,0%	45,0%	46,8%
	No	56,1%	61,1%	42,0%	55,0%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 299. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia Le gusta su cuerpo ahora*Tamaño demográfico

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	71,6%	63,5%	79,4%	57,6%	69,0%
	No	28,4%	36,5%	20,6%	42,4%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 300. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia No le falta fuerza*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	Sí	47,1%	34,6%	40,5%	45,1%	41,9%
	No	52,9%	65,4%	59,5%	54,9%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 301. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Aprender algún deporte*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	Sí	28,3%	23,2%	22,0%	25,0%	24,5%
	No	71,7%	76,8%	78,0%	75,0%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 302. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Correr suavemente*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	Sí	15,2%	19,5%	26,7%	30,4%	22,5%
	No	84,8%	80,5%	73,3%	69,6%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 303. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente atractivo*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	Sí	77,4%	48,9%	79,4%	50,0%	66,4%
	No	22,6%	51,1%	20,6%	50,0%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 304. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Está más fuerte que otros*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	Sí	56,9%	57,3%	58,1%	58,7%	57,7%
	No	43,1%	42,7%	41,9%	41,3%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 305. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Buen aspecto*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	Sí	80,3%	73,4%	85,1%	70,2%	77,9%
	No	19,7%	26,6%	14,9%	29,8%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 306. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda ausente**Tabla de contingencia Se siente con energía*Tamaño demográfico**

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000- 50.000	50.000- 100.000	>100.000	
Se siente con energía	Sí	61,8%	69,2%	69,7%	58,6%	64,9%
	No	38,2%	30,8%	30,3%	41,4%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CAPÍTULO SEXTO

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en el conjunto de las personas mayores en España

6.2 Salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal percibidas y su situación en los tipos de demanda de actividad física en la vejez

6.1 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

6.1.1 Relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas

En primer lugar se discutirán los resultados generales obtenidos en relación a las variables salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en el conjunto de las personas mayores en España.

Así, en la presente investigación se ha obtenido que el 45% de estas personas se sienten bastante satisfechas con su estado de salud y el 19.9% están muy satisfechas con el mismo, existiendo un porcentaje del 23.8% de personas que afirman sentirse solamente algo satisfechas con su estado de salud y un preocupante 11.3% de las personas señalan no estar nada satisfechas con éste. A pesar de ello, los datos obtenidos en este trabajo son más esperanzadores que los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de 2006 realizada por el INE, en cuyo estudio se obtuvo que tan sólo el 39.7% de las personas mayores percibe su salud como buena o muy buena (Equipo Portal Mayores, 2009). Asimismo, en 2009 se realizó la Encuesta Europea de Salud Pública en España actualizando los datos expuestos anteriormente y los resultados obtenidos son similares, con un 40.4% de personas que perciben su salud como buena o muy buena. Aunque cabe destacar que un 37.3% percibe su estado de salud como regular y un 22.3% como malo o muy malo. No obstante, en la Encuesta de Mayores Publicada por el IMSERSO (2010) se obtienen resultados más parecidos a los del presente estudio, ya que un 60% de las personas mayores percibe su salud como buena o muy buena (45.5% buena; 15% muy buena), un 11.5% como mala y un 3% como muy mala. En esta línea, Azpiazu et al. (2002) llevaron a cabo una investigación en la Comunidad de Madrid, en la cual obtienen que el 52.1% de las personas mayores de 65 años perciben su salud como buena o muy buena, mientras que el 47.9% la perciben como regular, mala o muy mala.

Por otra parte, Ruthig et al. (2008), trabajando con un rango de 2 a 5 (2 salud muy mala y 5 muy buena) obtienen una media de percepción de salud por parte de las personas mayores del $3,59 \pm 0,68$. Por su parte, Fernández-Mayoralas et al. (2007), valorando la salud percibida en una escala de 5 puntos (1 salud muy mala y 5 muy

buenas), obtienen que el nivel medio de la valoración del estado de salud es de $3,7 \pm 0,8$ (salud regular a buena).

En este sentido, Schwartzmann (2003) señala la necesidad de incorporar a las investigaciones la percepción subjetiva del paciente, ya que es una medida válida y confiable que aporta evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud, coincidiendo con las reflexiones de Fernández-Mayoralas et al. (2007). Además, se debe tener en cuenta que aunque la salud es por naturaleza un indicador subjetivo, puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones, de necesidades y, además, avisa ya del declive en las habilidades funcionales de los ciudadanos (Castejón y Abellán, 2009). Asimismo, estos autores añaden que la percepción del propio estado de salud es un simple, pero efectivo indicador del estado de salud global y es una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y para la organización de programas.

En relación a la condición física, el 51.6% de las personas mayores considera que ésta es buena, el 27.9% percibe que es algo deficiente, el 11% señala que es muy buena y el 9.5% estima que su condición física es mala. Por tanto, alrededor del 60% de las personas percibe su condición física como buena o muy buena y un 40% como algo deficiente o mala. Estos datos son similares a los obtenidos en la encuesta sobre hábitos deportivos de los Españoles (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010), ya que en dicho estudio se obtiene que las personas mayores perciben su forma física, en un 63% de los casos como aceptable o buena (35.5% aceptable; 27.5% buena) y en un 33% como deficiente o francamente mala (26.3% deficiente; 6.7% francamente mala). Cabe reflejar que tan sólo el 3.1% percibe su condición física como excelente en la citada investigación. Además, estos mismos autores se encuentran que el 57.4% de las personas mayores de 65 años responden que andan o pasean más o menos deprisa, con el propósito de mantener o mejorar su forma física. Por su parte, Lanning et al. (2004) obtuvieron que las personas mayores de 60 años perciben que su nivel de condición física se encuentra en la media o por encima de la media.

No se debe olvidar que la condición física, al tratarse de una capacidad o aptitud del individuo, determinada según el desarrollo de las capacidades físicas o motoras, puede ser modificada, y permite superar las actividades cotidianas del hombre sin una fatiga excesiva (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005). Además, uno de los principales motivos de práctica deportiva por parte de las personas mayores es la mejora de la condición física (Martínez del Castillo, 2003; Martínez-López, 2003 y Moreno, Cervelló y

Martínez, 2007) y este aspecto es el tercer factor que más preocupa a las personas mayores (alrededor del 60%), tras la memoria y la comunicación interpersonal (Rey, Canales y Táboas, 2011). En esta línea, Del Barrio et al. (2009) exponen los datos obtenidos por el CIS en el baremo de diciembre de 2006, en los cuales se puede apreciar que entre los aspectos que más satisfacción producen a las personas de 65 años y más se encuentra su estado de forma física, con un 32.1% de respuestas, tras la situación familiar (52%).

Igualmente, en el estudio de Romero (2010) se mostró la necesidad de las personas mayores de mantener su condición física y cognoscitiva, su vinculación con la sociedad, el sentido de pertenencia al grupo y el sentido de utilidad y autosuficiencia. En esta línea, Ruiz, González y Moreno (2008) exponen que en la actualidad son millones las personas mayores que gozan de buena salud y que desean mantener y mejorar su condición física.

Por su parte, Castillo, Ortega y Ruiz (2005) inciden en que recientes investigaciones han puesto de manifiesto el interés que tiene conocer el estado de forma física o condición física que posee una persona, ya que constituye un excelente predictor, para estos autores quizá el mejor, de la expectativa de vida y, lo que es más importante, de la calidad de vida, existiendo, de forma clara y directa una relación entre longevidad y condición física. Así, estos autores añaden que numerosos estudios epidemiológicos y prospectivos han mostrado una clara asociación entre el nivel de condición física y el índice de morbilidad y mortalidad de la población, coincidiendo con lo expuesto por Blain et al. (2000).

En el estudio de Melillo et al. (1996) las personas mayores entrevistadas entendieron la condición física como ser capaz de cuidar de sí mismos y hacer lo que querían y necesitaban hacer, afirmando que era un componente fundamental de bienestar y calidad de vida, aspecto que confirma la importancia de esta variable.

En cuanto a la dependencia funcional percibida por las personas mayores en España, se ha obtenido que la mayoría de las personas no es dependiente (90%), lo que resulta un dato bastante alentador de cara a la posibilidad de que estas personas puedan practicar algún tipo de actividad física de intensidad moderada. Sin embargo, cabe señalar que existe un porcentaje del 10% de personas mayores que sí es dependiente. Estos datos son similares a los presentados en la encuesta sobre personas mayores publicada por el IMSERSO (2010), en los cuales se aprecia que el 8.1% de las personas mayores no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados y a los obtenidos en el

estudio de Strawbridge et al. (2002), en cuyo estudio un 9.8% de las personas mayores estudiadas eran dependientes.

Igualmente, Esparza (2011) expone los resultados de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008. Si se observan estos resultados se comprueba que el 8.5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria, coincidiendo con lo obtenido en el presente trabajo. Además, de estas personas, 2.148.548 son dependientes (55.8%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona, ya que no pueden valerse por sí mismos. Por su parte, Dorantes-Mendoza et al. (2007) en una investigación llevada a cabo en México con personas mayores de 60 años obtienen que el 7.3% de estas personas presentaban dependencia funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria y un 8.4% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Asimismo, los resultados obtenidos por Azpiazu et al. (2002) son más elevados, ya que estos autores obtienen que el 58% de las personas mayores son independientes para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (42% dependencia parcial o total), siendo este porcentaje del 78% para las actividades básicas de la vida diaria (22% dependencia parcial o total).

Por otra parte, los resultados obtenidos en la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), son más alarmistas, ya que tal y como puede observarse el 79.4% de las personas de entre 65 y 74 años tienen alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución, aumentando este porcentaje al 86.5% en las personas mayores de 74 años, aunque no todas esas personas sean necesariamente dependientes.

Los datos publicados por el IMSERSO (2010) muestran que entre los principales temores ante el envejecimiento de las personas mayores se encuentran: la pérdida de autonomía, con un 27% de respuestas y sentirse inútiles con un 25%. Estos temores son fundamentados, ya que desde que una persona cumple los 65 años hasta su muerte, como media, el 40% de personas en ese tramo de vida presenta algún tipo de dependencia (Romo et al., 2009).

Además, a la hora de analizar los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, se debe tener en cuenta que recientes investigaciones muestran el aumento de los porcentajes de personas mayores que viven solas y en situaciones de dependencia creciente (Merino, 2007). En esta línea, Stenholm et al. (2008) apuntan que la tendencia indica que se va a incrementar la población anciana con discapacidades y minusvalías. Por tanto, este hecho no sólo ocurre en España, sino en todos los países desarrollados,

siendo además bastante pesimistas las previsiones al respecto (OMS, 2002 y Giannakouris, 2008).

Por todo ello, la actuación de las diferentes administraciones públicas y privadas va encaminada principalmente a favorecer la dependencia de las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida (Azpiazu et al., 2002 y OMS, 2002). Así, uno de los principales objetivos a conseguir en relación a las investigaciones e intervenciones relacionadas con las personas mayores es la prevención de la dependencia, que a su vez tiene una estrecha relación con la capacidad funcional (González, 2006).

Por otra parte, atendiendo a la competencia motriz y corporal percibida por las personas mayores en España, se ha obtenido que un 80% de estas personas considera que tiene buen aspecto físico, alrededor de un 70% se siente habitualmente con energía y le gusta como es su cuerpo ahora, y un 60% de las personas, aproximadamente, se sienten atractivas para las demás, consideran que están más fuerte que otras personas de su edad y se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte. Asimismo, un poco menos de la mitad de las personas responden que no les falta fuerza para hacer las cosas, alrededor de un 35% creen que son capaces de aprender un deporte nuevo y un 30% aproximadamente consideran que serían capaces de correr suavemente. En este sentido, Graupera et al. (1996) en un estudio desarrollado en la Comunidad de Madrid observan que las personas mayores tienden a sentirse capaces de realizar las tareas relacionadas con la competencia motriz mostradas en el cuestionario, aunque comprueban que no son capaces de realizar todas las tareas que señalan poder hacer.

Ruiz et al. (1996) obtienen un porcentaje superior al obtenido en el presente estudio de personas mayores que afirman sentirse fuertes (74%), con energía (79%), capaces de aprender juegos nuevos (67%), de correr suavemente (74%) y sentirse atractivos para los demás (75%). No obstante, obtienen similares porcentajes en los ítems: les gusta como es su cuerpo en la actualidad (68%), sentirse capaces de hacer ejercicio (54%), practicar gimnasia (60%), que poseen un buen aspecto físico (84%) y se sienten más fuerte que otros de su edad (58%). Asimismo, en dicho estudio se obtiene que el 63% de las personas mayores afirma no sentirse torpe al moverse, que el 74% se sienten capaces de realizar cosas difíciles con las manos, el 89% se creían capaces de botar una pelota, que un 42% no se considera capaz de saltar y que un 56% tiene miedo a las caídas. Además, las personas entrevistadas reconocen que les cuesta aprender más que antes, ya que el 57% manifiesta tener dificultades. Finalmente, el 90% de las personas entrevistadas no cree que los demás piensen de ellos que son inútiles, y el 67%

se perciben más saludables que otros. Cabe destacar que el 67% no teme que los demás se rían de ellos por realizar ejercicio, aunque existe un 33% que responde afirmativamente, lo que puede suponer una barrera de práctica.

Taylor et al. (2004) exponen que en varias investigaciones realizadas recientemente se pone de manifiesto la importancia de considerar la percepción de la autoeficacia de las personas mayores (relacionada con la forma física y la condición física) para realizar las acciones de la vida diaria como un indicador crítico de la salud de estas personas en relación con su calidad de vida.

Asimismo, Allmer (2003) señala que muchas personas mayores valoran la edad como algo negativo, porque se enfrentan a tareas funcionales que creen que no pueden controlar, de forma que el hecho de creer que no se puede hacer nada más desemboca en inactividad y favorece la aparición de déficits funcionales, creándose de esta forma un “círculo vicioso”, ya que la inactividad causa un proceso de degradación que refuerza la desgana hacia el ejercicio y condiciona una imagen corporal negativa.

Por su parte, Melillo et al. (1996) encontraron que la mayoría de las personas mayores entrevistadas se creían capaces de hacer cosas que las demás personas de su edad no podían hacer y Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) obtienen que entre los beneficios buscados por las personas mayores a la hora de practicar actividad física o deporte se encuentran mejorar su atractivo, sentirse productivas y olvidarse de los problemas.

Si se analizan los datos de la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009) se puede observar que el 46% de las personas mayores de 65 años presenta alguna dificultad para realizar alguna actividad relacionada con el hogar y el 26.5% de las personas mayores de 65 años manifiesta que tiene dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria. Asimismo, en el estudio de Azpiazu et al. (2002), se encuentra que el 74.4% de las personas mayores presenta problemas de movilidad física, el 19.9% problemas para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 7.7% tiene problemas para llevar a cabo su cuidado personal. Siguiendo a Allmer (2003) se puede afirmar que estos resultados son normales, ya que las personas mayores sienten determinados achaques, que se ha perdido elasticidad, que los movimientos cotidianos son cada vez más difíciles, que no suben con tanta facilidad las escaleras como hace años.

Por otra parte, no se debe olvidar que tal y como señalan Grasso y Erramouspe (2005) y Brito (2009), la competencia motriz es un proceso dinámico que se manifiesta

a través del manejo que hace el sujeto de sí mismo y de sus acciones en relación con los otros o con los objetos del medio, evoluciona y cambia según la edad de la persona, sus capacidades y sus habilidades. Además, Ruiz (1996) añade que el desarrollo de la competencia motriz en las edades avanzadas implica el estudio de los cambios y transformaciones que se dan en los seres humanos a lo largo de todo su ciclo vital, y sobretodo al estudio de las variables personales, situacionales y ambientales que influyen en dichas transformaciones. Según este autor, esto es debido a que al descender el rendimiento físico y motor de las personas mayores existen mayores dificultades para realizar las tareas, aunque no todo son transformaciones biológicas o psicológicas, ya que la competencia motriz de los mayores también se ve influida por una serie de factores psicosociales, entre los que destacan la experiencia pasada y el estilo de vida.

Por todo ello, la capacidad de autonomía motriz y personal se convierte en estas edades en un objetivo prioritario a preservar en las personas mayores y muy mayores (Ruiz et al., 1996).

Al efectuar el análisis bivariable entre las variables anteriormente expuestas se han obtenido los siguientes resultados:

En primer lugar, atendiendo a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la condición física percibida por las personas mayores se obtiene que, a medida que estas personas están más satisfechas con su estado de salud perciben que tienen una mejor condición física, y de igual modo, a medida que las personas perciben que tienen una mejor condición física están más satisfechas con su estado de salud. Cabe destacar que menos de la mitad de las personas mayores que están muy satisfechas con su estado de salud perciben que su condición física es muy buena. En cambio, la mayoría de las personas que señalan que tienen muy buena condición física están muy satisfechas con su estado de salud (74.7%). Se ha encontrado una relación alta y significativa entre estas variables.

Por su parte, varias investigaciones obtienen similares resultados, así, Semerjian y Stephens (2007) encuentran que las mujeres que percibían mejor su salud también percibían un mayor nivel de condición física. Igualmente, Misook y Kiyoji (2011) en una investigación llevada a cabo en Corea demuestran que existe una relación significativa entre la condición física y la salud percibida por los adultos mayores.

En este sentido, Cochrane et al. (1998) en un estudio realizado en Reino Unido obtuvieron que las mejoras en la condición física fueron acompañadas de una mejor salud percibida por las personas mayores, obteniéndose, además, mejoras en los

aspectos sociales y emocionales. Igualmente, en la investigación de Seguin et al. (2010) realizada en Estados Unidos se obtiene que las personas que participan en el programa de fuerza mejoran la percepción de su propio estado de salud, por lo que estos resultados pueden contribuir a eliminar barreras para la práctica de actividad física. Por su parte, Rey, Canales y González (2009) también obtienen que tras participar las personas mayores en el programa “memoria en movimiento” aumentan la percepción de varios parámetros relacionados con su salud. Estos datos confirman lo expuesto por Castillo (2007) quien afirma que existe una relación lineal entre la práctica de actividad física, y por tanto mejora de la condición física, y la mejora de la salud.

Algunos autores van más allá, y señalan que no se puede abordar la condición física de las personas mayores de forma aislada, sin relacionarla con la salud, ya que tal y como declaran Blair, Cheng y Holder (2001) existe una gran asociación entre ambas variables, aunque se deben tener en cuenta su relación con otros aspectos, tales como el estilo de vida (dieta, actividad física realizada, fumar, beber alcohol, el estrés, etc.) o los componentes genéticos. Así, estos autores señalan que la actividad física y la condición física están estrechamente relacionadas, de forma que una mayor actividad física desemboca en una mejor condición física, aunque es importante tener en cuenta que la actividad física no es el único aspecto que influye en la condición física y en la salud.

En segundo lugar, se ha obtenido, en cuanto a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la dependencia funcional, que la inmensa mayoría de las personas que están muy satisfechas con su estado de salud no tienen dependencia funcional (96.7%), observándose además un descenso de personas dependientes a medida que aumenta la satisfacción con el estado de salud. Además, se observa que existe relación moderada y significativa entre ambas variables. Al respecto, González (2006) señala que existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia y Dorantes-Mendoza et al. (2007) obtienen que las personas dependientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria percibían peor su propio estado de salud.

En tercer lugar, en lo que a la relación entre condición física y dependencia funcional se refiere, la gran mayoría de las personas que perciben su condición física como muy buena no presentan dependencia funcional (97%), y además también se observa un descenso de personas dependientes a medida que mejora la condición física percibida, ya que de las personas con dependencia funcional, el 69.2%, percibe su condición física como mala o algo deficiente y el 30.7% como buena o muy buena. Así,

la relación entre ambas variables es baja y significativa. Igualmente, Huang et al. (1998) observaron la relación existente entre condición física y la independencia funcional en personas adultas y mayores.

Al respecto, Cochrane et al. (1998) apuntan que estudios actuales han mostrado que programas de ejercicio físico en grupo podrían suponer un ahorro en los costos de la salud, por ejemplo, mediante la reducción de la incidencia de atención a pacientes con disminución funcional. Del mismo modo, la OMS (2002) incide en que el hecho de que mantenerse activas puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas. Asimismo, se ha comprobado que estilos de vida saludables, activos, donde la actividad física ocupa un lugar importante generan personas con mayor autonomía que reducen el gasto general (Stearns et al., 2000 y Oña, 2002).

Por último, se discutirán los resultados obtenidos tras relacionar cada uno de los ítems de la variable competencia motriz y corporal con las variables satisfacción con estado de salud, condición física y dependencia funcional.

En cuanto a la satisfacción con el estado de salud, se han obtenido los siguientes resultados: el 76.5% de las personas que están muy satisfechas con su estado de salud se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, representando el 66.7% las que están bastante satisfechas. Además, se aprecia una relación moderada entre ambas variables y siendo ésta significativa; el 77.3% de las personas a las que sí les gusta su cuerpo ahora están bastante o muy satisfechas con su estado de salud, comprobándose además que a la gran mayoría de las personas bastante o muy satisfechas con éste les gusta su cuerpo ahora (78.6% y 91.2% respectivamente), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables; casi la mitad de las personas mayores a las que muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas afirman estar nada o algo satisfechas con su estado de salud (17.9% y 31.8% respectivamente), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables; a medida que las personas se sienten más capaces de aprender algún deporte nuevo se sienten más satisfechas con su estado de salud, encontrándose una relación baja o ligera, pero significativa entre estas variables; el 81.7% de las personas que piensan que son capaces de correr suavemente están bastante o muy satisfechas con su estado de salud, presentando estas variables una relación moderada y significativa; a medida que las personas se sienten más atractivas están más satisfechas con su estado de salud, encontrándose una relación baja entre ambas variables, aunque estadísticamente significativa; el 45.8% de las personas que se

sienten más fuertes que otras están bastante satisfechas con su estado de salud y el 29.2% afirman estar muy satisfechas con el mismo, comprobándose que la relación existente entre estas variables es moderada y significativa; el 74.8% de las personas que creen que su aspecto físico es bueno están muy o bastante satisfechas con su estado de salud, existiendo una relación moderada y significativa entre dichas variables; el 77.1% de las personas que se sienten con energía también se sienten muy o bastante satisfechas con su estado de salud, obteniéndose una relación moderada y significativa al respecto.

Para autores como Bandura (1986, citado por Ruiz et al., 1996) analizar la autoeficacia y competencia percibida permite tener un entramado particular para predecir las conductas saludables de los ancianos, siendo considerados unos de los mediadores más importantes de las conductas de las personas mayores y muy mayores. Atendiendo a la competencia corporal, tal y como expone Castillo (2009), la falta de ejercicio acelera el envejecimiento y sus consecuencias, siendo una de ellas el propio aspecto de la persona. Así, este autor afirma que entre personas de la misma edad y del mismo substrato genético, aquellas que se mantienen física y sexualmente poco activas, se alimentan de manera poco saludable y se exponen a factores de riesgo, presentan un aspecto menos joven y menos saludable. Además, apunta que este aspecto se puede afirmar desde un punto de vista estrictamente fisiológico.

En esta línea, Denk y Pache (2003) apuntan que, en dependencia con la actividad físico-deportiva no sólo aparece una actitud positiva frente a la vejez o el deporte, sino que también se forma un autorretrato de las propias capacidades del cuerpo y la propia salud.

En relación a la condición física, los resultados obtenidos son los siguientes: la gran mayoría de las personas mayores que se creen capaces de hacer gimnasia o deporte perciben su condición física como buena (62.7%) o muy buena (16%). Además la relación obtenida entre ambas variables es moderada y significativa; la mayoría de las personas a las que sí les gusta cómo es su cuerpo ahora perciben su condición física como buena o muy buena (76%), obteniéndose una relación moderada y significativa entre ambas variables; la mitad de las personas mayores que afirman que muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (52.7%) perciben su condición física como mala o deficiente (15.4% y 37.3% respectivamente), existiendo una relación moderada y significativa; únicamente el 19.4% de las personas que están dispuestas a aprender un nuevo deporte perciben su condición física como algo deficiente o mala, representando el 80.6% las personas que perciben ésta como buena o muy buena, se ha encontrado una

relación moderada y significativa al respecto; tan sólo el 13% de las personas mayores que se creen capaces de correr suavemente perciben su condición física como mala (1.1%) o algo deficiente (11.9%), existiendo una relación moderada y significativa entre estas variables; la mayoría de las personas mayores que se sienten atractivas (75%) perciben su condición física como buena o muy buena, presentando ambas variables una relación moderada y significativa; menos de la mitad de las personas mayores que niegan sentirse más fuerte que otras personas de su misma edad (44.7%) perciben su condición física como buena o muy buena, siendo moderada y significativa la relación encontrada al respecto; el 74.5% de las personas mayores que consideran que tienen buen aspecto físico también percibe su condición física como buena o muy buena, existiendo una relación moderada y significativa entre variables; tan sólo el 34.2% de las personas que no se sienten con energía perciben su condición física como buena o muy buena, así, la relación existente entre estas variables es moderada y significativa.

En este sentido, Semerjian y Stephens (2007) encuentran relación entre la percepción de la condición física y la capacidad funcional de las mujeres mayores.

Atendiendo a la dependencia funcional se ha obtenido que: de las personas mayores que sí se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, únicamente el 5.7% tiene dependencia funcional, y del total de personas que sí tienen dependencia funcional, el 33.7% se cree capaz de hacer gimnasia o deporte, además, existe una relación ligera o baja, aunque significativa entre ambas variables; del total de las personas mayores a las que sí les gusta como es su cuerpo ahora, únicamente el 8.1% padece dependencia funcional, en cambio, al 60% de las personas que padecen dependencia funcional les gusta como es su cuerpo ahora, existiendo una relación baja o ligera, aunque significativa entre dichas variables; la gran mayoría de las personas mayores que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (95.1%) no tienen dependencia funcional, encontrándose una relación baja, pero significativa entre estas variables; la gran mayoría de las personas que se creen capaces de aprender un nuevo deporte (92.2%) no padecen dependencia funcional, aumentando el porcentaje de dependencia en las personas que no se creen capaces de ello (11.5% de personas con dependencia funcional), aunque la relación entre estas variables no es significativa; la gran mayoría de personas que se creen capaces de correr suavemente (95.7%) no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas, la relación entre estas variables es baja, aunque significativa; la mayoría de las personas que se sienten atractivas para las demás no tienen dependencia funcional (91%), aunque cabe destacar que la mayoría de las

personas con dependencia funcional se sienten atractivas para las demás (61.2%). A pesar de ello no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables; la mayoría de las personas que afirman sentirse más fuertes que otras de su edad (91.9%) no tienen dependencia funcional y de las personas que sí la tienen, el 52.9% afirma no sentirse más fuerte que otros, existiendo una relación ligera, aunque significativa entre dichas variables; la dependencia funcional no parece un factor determinante en relación a la percepción del aspecto físico, ya que de las personas dependientes, casi el 72% afirman que tienen buen aspecto físico, aunque no existe una relación significativa entre ambas variables; la mitad de las personas con dependencia funcional se sienten con energía y del total de personas que se sienten con energía, la gran mayoría no tienen dependencia funcional, la relación entre variables es ligera, pero significativa.

Cabe señalar que la bibliografía especializada refleja que mantener un elevado nivel de actividad física y mental proporciona la posibilidad de disfrutar de una mayor autosuficiencia en la vejez, disminuyendo la dependencia respecto al entorno y a los demás (Soler, 2006).

En este contexto, la práctica de actividad física y deportiva podría ser una de las mejores medicinas para combatir la dependencia funcional, ya que el mantenimiento de un estilo de vida activo a estas edades (se debe realizar actividad física moderada y/o vigorosa para adquirir la energía suficiente para sentir la fuerza de que se es capaz, de que se puede seguir siendo autónomo), evitando el sedentarismo al que nuestra sociedad somete a la tercera edad, evitaría en buena medida la dependencia funcional (González, 2006 y Ruiz, González y Moreno, 2008).

6.1.2 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas

Tras efectuar el análisis bivariable del género con las variables satisfacción con el estado de salud, condición física, dependencia funcional, competencia motriz y corporal se obtienen los siguientes resultados:

En esta investigación se ha obtenido que los hombres están, en general, más satisfechos con su estado de salud que las mujeres, ya que obtienen mayores porcentajes al considerar que están muy satisfechos con el mismo (22.3% de los hombres frente a un 17.8% de las mujeres), se ha obtenido que existe relación baja pero significativa

entre estas variables. Igualmente, Fernández-Mayoralas et al. (2007) obtienen que la valoración del estado de salud es significativamente diferente por género, ya que las mujeres valoran su salud peor que los hombres. En la misma línea, el Equipo Portal Mayores (2009) señala que el sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva, ya que el 48.5% de los varones percibe bien o muy bien su estado de salud, y sólo el 33.1% de las mujeres lo percibe de esta forma. Asimismo, en los datos aportados por el INE (2006, 2009) se aprecia que los hombres mayores de ambos grupos de edad perciben su estado de salud con mayores porcentajes como bueno o muy bueno que las mujeres. Del mismo modo, en la Encuesta de Mayores Publicada por el IMSERSO (2010) se aprecia que el 55% de los hombres percibe su salud como buena, reduciéndose este porcentaje al 37% en el caso de las mujeres. Estas últimas perciben en un 17% su estado de salud como malo, reduciéndose este porcentaje al 6% en el caso de los hombres. Finalmente, señalar que en el estudio llevado a cabo por Azpiazu et al. (2002) también se concluye que los hombres perciben mejor su estado de salud que las mujeres.

En cuanto a la relación entre la condición física y el género, se ha obtenido que en general los hombres perciben que tienen mejor condición física que las mujeres, aunque ambos presentan porcentajes bastante similares. Además, cabe destacar que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Igualmente, Aoyagi et al. (2009) en un estudio realizado en Japón con hombres y mujeres de entre 65 y 84 años (aparentemente sanos), en el que se midió la actividad física realizada durante un año utilizando acelerómetros, obtienen que la práctica de actividad física, así como la variable condición física es mayor en hombres que en mujeres. En esta línea, Van Heuvelen et al. (1998) se encuentran que los hombres obtuvieron mejores resultados en diferentes pruebas de condición física, tales como la marcha, la resistencia, la fuerza de agarre, el equilibrio, y la velocidad de reacción. Sin embargo, las mujeres obtuvieron mejores resultados en la flexibilidad de la cadera y la columna vertebral, la flexibilidad del hombro, y la destreza manual que los hombres. Por su parte, Sordo (2007) concluye que las personas mayores mejoraron su percepción respecto a los siguientes componentes de la condición física: la percepción de la agilidad (80% en hombres, 63.3% en mujeres); de la movilidad-flexibilidad (40% en hombres, 43.3% en mujeres); de la estabilidad-equilibrio (13.3% en hombres, 30% en mujeres); de la resistencia (60% en hombres, 46.7% en mujeres); de la coordinación (13.3% en hombres, 3.3% en mujeres) y de la fuerza (30% en hombres, 13.3% en mujeres). Se puede apreciar que los hombres obtienen mayores mejoras que las mujeres en casi todos los componentes.

Atendiendo a la relación entre la dependencia funcional y el género de las personas mayores, se ha obtenido que los hombres presentan menores porcentajes de dependencia funcional que las mujeres (6.7% de hombres frente a un 13% de mujeres). Además, la relación entre estas variables es baja o ligera, aunque significativa. Del mismo modo, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (Castejón y Abellán, 2009) muestra que a partir de los 65 años, la tasa de discapacidad varía en función del sexo, incrementándose, de forma significativa, en el caso de las mujeres. Asimismo, Esparza (2011) señala que las mujeres representan el 34.8% de todos los dependientes y que su presencia es muy superior en las edades avanzadas y si atendemos a las personas que se benefician de la ley de dependencia, se puede apreciar que un 67% de las beneficiarias son mujeres y un 33% son hombres (IMSERSO, 2011). Igualmente, Dorantes-Mendoza et al. (2007) concluyen que en el colectivo de personas con dependencia personal predomina el sexo femenino.

En los datos recogidos en la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), pueden observarse similares resultados, ya que los porcentajes presentados por las mujeres son mayores que los de los hombres, de forma que en el grupo de entre 65 y 74 años las mujeres que presentan alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución representan un 82.7% reduciéndose este porcentaje en el caso los hombres al 75.5%, aumentando estos porcentajes al 88.8% y al 82.9% respectivamente en las personas de más de 74 años. Además, en este mismo trabajo se obtiene que las mujeres del grupo de 65-74 años presentan mayores porcentajes de limitación funcional física severa o total que los hombres (14% y 6.9% severa, respectivamente y 37.1% y 26.3% total, respectivamente), aunque en el grupo de más de 74 años son los hombres los que presentan mayores porcentajes en el caso de la limitación severa, con un 15.2% en hombres, 12.9% en mujeres y un 47.6% en hombres y 63.7% en mujeres en el caso de limitación total.

A continuación serán discutidos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable género: los hombres se creen más capaces de realizar gimnasia o deporte que las mujeres (64.7% en hombres, respecto a 54.6% en mujeres), existiendo una relación baja o ligera, aunque significativa entre estas variables; los hombres presentan mayores porcentajes en relación a la consideración de que les gusta su cuerpo tal y como es ahora (74.9%) que las mujeres (68.1%), además, existe una relación baja aunque significativa entre dichas variables; un mayor porcentaje de mujeres afirman que les falta fuerza para hacer las

cosas, representando éste el 40.1% de las mujeres, frente al 51.5% de los hombres. Así, se ha obtenido una relación ligera entre estas variables, aunque dicha relación es significativa; el 37.5% de los hombres afirman que sí se creen capaces de aprender algún deporte nuevo, presentando similar porcentaje el grupo de las mujeres (33.6%), aunque no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables; los hombres obtienen mayores porcentajes (39.9%) que las mujeres (23.6%) en relación a creerse capaces de correr suavemente, existiendo una relación ligera y significativa entre estas variables; los hombres presentan mayores porcentajes en cuanto a una buena percepción corporal, ya que el 68.9% de los mismos afirma sentirse atractivo, siendo un 64.1% de las mujeres las que realizan dicha afirmación. Cabe destacar que la mayoría de hombres y mujeres mayores se sienten atractivos. Además no existe una relación significativa entre estas variables; un 66% de los hombres afirman sentirse más fuertes que otros y un 54.6% de las mujeres realizan dicha afirmación, encontrándose una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera. Otro indicador de la mejor percepción de la competencia corporal por parte de los hombres es que el 83.8% de éstos consideran que actualmente tienen buen aspecto, descendiendo este porcentaje al 77.2% en el sexo femenino, además se ha encontrado una relación significativa entre estas variables, aunque baja; los hombres se sienten con más energía que las mujeres, ya que el 74.2% de éstos realiza dicha afirmación, frente al 65.1% de las mujeres. Se ha comprobado que existe una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera.

Igualmente, Graupera et al. (1996) al evaluar la competencia motriz en personas observan diferencias significativas entre sexos. Por su parte, en el estudio de Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) se obtiene que en Madrid existe una media superior de mujeres que de hombres mayores que consideran que es bastante verdad o totalmente verdad que los beneficios que buscarían con la práctica física serían mejorar su atractivo, sentirse productivas y olvidarse de los problemas. Asimismo, Martínez-López (2003) obtiene que el 45.2% de las personas mayores realizan actividad física y deporte en gimnasios por motivos estéticos, siendo mayores estos porcentajes en las mujeres que en los hombres (59.5% y 29.4% respectivamente). Además, entre los resultados aportados por Sordo (2007) puede apreciarse que tras la realización del programa de actividad física las personas mayores perciben que han mejorado en la realización de las tareas de la vida diaria (66.7% mujeres, 53.3% hombres) y que

perciben que han mejorado su estado de ánimo (30% mujeres, 20% hombres), obteniendo las mujeres mejores resultados en ambos casos.

Resulta importante señalar que en el estudio de Paxton et al. (2010), se encontraron relaciones significativas entre la práctica de ejercicio físico, la “autoeficacia” (eficacia percibida, competencia motriz percibida) de la personas mayores y la mejora de la calidad de vida, estando ésta, además, negativamente asociada con problemas de salud mental.

Por otra parte, al realizar el análisis bivariable entre la variable sociodemográfica edad y las variables satisfacción con el estado de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal se obtienen los resultados mostrados a continuación:

En cuanto a la relación de la edad con la satisfacción de las personas mayores con su estado de salud, se ha obtenido que a medida que aumenta la edad, las personas están menos satisfechas con éste. Aunque se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables. Al respecto, Fernández-Mayoralas et al. (2007) obtienen que la valoración del estado de salud es significativamente diferente por tramos de edad, de forma que los más mayores valoran peor su salud que los más jóvenes, coincidiendo con los resultados obtenidos por Semerjian y Stephens (2007). Asimismo, en los resultados del INE (2006, 2009) se aprecia que las percepciones negativas del estado de salud aumentan con la edad, de forma que las personas del grupo de 65 a 74 años perciben en mayor porcentaje su salud como muy buena frente a las personas del grupo de más edad (7% y 5.6% respectivamente). Esto mismo ocurre en la percepción de la salud como buena (37.5% y 28.7% respectivamente).

Por su parte, entre los datos publicados por Martínez del Castillo (2003) se puede apreciar que el 32% de las personas mayores entrevistadas expone que no realiza actividad física porque percibe que su estado de salud es malo, siendo mayor el porcentaje de personas de más de 74 años que señalan dicha respuesta respecto al grupo de personas de 65 a 74 años.

En referencia a la relación existente entre la edad y la condición física percibida por las personas mayores, se ha obtenido que el grupo de personas menores de 74 años es el que percibe que su condición física es mejor y que los mayores de 75 años son los que mayores porcentajes presentan al considerar mala su condición física. No obstante, los mayores porcentajes se obtienen, en ambos casos, en la percepción de su condición física como buena (55.5% y 47% respectivamente). Asimismo, se comprueba que la

relación entre estas variables es significativa, aunque baja o ligera. Similares resultados obtienen Van Heuvelen et al. (1998), autores que señalan que las personas mayores obtienen peores resultados en todas las variables relacionadas con la condición física (resistencia, fuerza, flexibilidad, equilibrio y tiempo de reacción) que las personas más jóvenes y Aoyagi et al. (2009) quienes obtienen que la condición física es mejor en el grupo de personas de entre 65 y 74 años que en el grupo de entre 75 y 84 años.

Al realizar el análisis entre la variable edad y la variable dependencia funcional, se ha obtenido que a medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de personas no dependientes, de forma que en el grupo de personas de edad igual o menor a 74 años, el 94.5% son no dependientes, reduciéndose este porcentaje en las personas de edad igual o mayor a 75 años (84.5%). Entre estas dos variables existe una relación significativa, pero baja o ligera. Igualmente, en la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), puede observarse que el 79.4% de las personas de entre 65 y 74 años tienen alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución, aumentando este porcentaje al 86.5% en las personas mayores de 74 años y que las personas del grupo de más edad presentan mayores porcentajes de limitación funcional física severa o total que el grupo de menor edad, coincidiendo con los datos obtenidos por Strawbridge et al. (2002) y Dorantes-Mendoza et al. (2007) quienes señalan que la dependencia aumenta con la edad. Asimismo, Esparza (2011) señala que dos de cada tres dependientes son personas de 65 y más años en España.

A continuación serán discutidos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica edad: un 70.9% de las personas menores de 74 años se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, mientras que menos de la mitad de las personas mayores de 75 años (45.3%) se creen capaces de ello, además, existe una relación significativa y moderada entre ambas variables; en relación a si a las personas mayores les gusta su cuerpo ahora, no se encuentran diferencias en función de la edad, ya que en ambos grupos se obtienen porcentajes cercanos al 70%, aunque no existe relación significativa entre estas variables; más de la mitad de las personas menores de 74 años afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (51%), reduciéndose este porcentaje al 38.7% en el grupo de personas mayores de más de 75 años, además, existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre dichas variables; es el grupo de personas menores de 74 años el que mayores porcentajes presenta en cuanto a creerse capaz de aprender un nuevo deporte (43.4%) ya que tan sólo un 25.7% de las personas de más de

75 años se creen capaces de hacerlo. Existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre dichas variables; únicamente el 20% de las personas mayores de 75 años se creen capaces de correr suavemente. Así, el porcentaje obtenido en el grupo de personas menores de 74 años tampoco es muy alentador, ya que tan sólo el 40.7% de éstas se creen capaces de realizar dicha actividad, existiendo una relación significativa, aunque baja o ligera entre variables; no se encuentran grandes diferencias entre ambos grupos de edad en la consideración de sentirse atractivos actualmente, ya que en ambos grupos alrededor del 65% de las personas mayores afirman sentirse atractivas, no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables; los resultados obtenidos en ambos grupos son similares en relación a estar más fuerte que otras personas de su misma edad (60% aproximadamente), no encontrándose relación significativa al respecto; en cuanto a percibir su aspecto como bueno, ambos grupos presentan porcentajes de alrededor del 80%, aunque tampoco existen diferencias significativas al respecto; un porcentaje superior de personas menores de 74 años afirman sentirse con energía, el 72.3%, al compararlo con el grupo de personas mayores de 75 años, donde el 65.9% realiza dicha afirmación, existiendo una relación significativa entre estas variables, aunque muy baja.

En relación a esta variable, Ruiz et al. (1996) se encuentran que el 74% de las personas mayores entrevistadas se sienten fuertes, obteniendo mejores resultados los más mayores, con un 93%. Graupera et al. (1996) observan que las personas mayores tienden a sentirse capaces de realizar las tareas relacionadas con la competencia motriz mostradas en el cuestionario, aunque comprueban que no son capaces de realizar todas las tareas que señalan poder hacer. Además, al evaluar la competencia motriz en estas personas no observan diferencias significativas entre grupos de edad. Por su parte, Hellín, Moreno y Rodríguez (2006) en un estudio realizado con personas de entre 15 y 64 años, entre las conclusiones más relevantes obtienen que la percepción de la competencia motriz es mayor en jóvenes y hombres, y que va disminuyendo progresivamente con la edad. Además, aclaran que existe una relación directa entre la competencia motriz percibida y el nivel de práctica físico-deportiva. Finalmente, se debe incidir en que al analizar los resultados expuestos anteriormente se debe tener en cuenta que tal y como expone Castillo (2009), la falta de ejercicio acelera el envejecimiento y sus consecuencias, siendo una de ellas el propio aspecto de la persona. Así, este autor afirma que las personas que se mantienen física y sexualmente poco

activas, se alimentan de manera poco saludable y se exponen a factores de riesgo, presentan un aspecto menos joven y menos saludable.

Atendiendo a la clase social, se ha obtenido que el 8.9% de las personas mayores entrevistadas se consideran de clase media/alta, el 55.3% de clase media/media, y el 35.8% de clase media/baja. Por su parte, en el estudio llevado a cabo por el CIS (2010) se obtiene que el 10% de las personas mayores se consideran de clase alta/media-alta, el 12% de nuevas clases medias, el 29% de viejas clases medias, el 36.2% son obreros cualificados y el 12.8% obreros no cualificados. A continuación, se exponen los resultados obtenidos tras realizar el análisis bivariable entre la clase social y todas las variables estudiadas en los casos anteriores:

En primer lugar, se ha obtenido que las personas de mayor clase social están muy satisfechas con su estado de salud actual en mayor porcentaje que en las otras clases sociales. Así, éstas presentan similares resultados al respecto, aunque las personas de clase media/media presentan mayor porcentaje al sentirse bastante satisfechas con su estado de salud. Cabe destacar que son las personas de clase media/baja las que en mayor porcentaje no se sienten nada satisfechas con éste. Así, se comprueba que existe relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera. Igualmente, el Instituto Nacional de Estadística (2006) establece seis clases sociales en función del sustentador principal de la familia, obteniendo que a medida que aumentan la clase social de estas personas, la percepción del estado de salud como bueno y muy bueno también es mayor. Al actualizarse estos datos (INE, 2009), se valora la clase social en función de los ingresos mensuales netos del hogar, obteniéndose nuevamente que a medida que aumentan dichos ingresos (clase social) la percepción del estado de salud como bueno y muy bueno también es mayor. En esta línea, Fernández-Mayoralas et al. (2007) detectan una tendencia creciente de las valoraciones positivas conforme se avanza desde la clase social más baja (56%) hasta la media/alta (77%), aunque en la clase alta se interrumpe con un descenso en el porcentaje de mayores que describen su salud como buena y muy buena (68%). Asimismo, Azpiazu et al. (2002) concluyen que las asociaciones con un mal estado de salud percibido por las personas mayores están relacionadas con los bajos ingresos económicos y el bajo nivel de estudios, entre otros aspectos.

Por otra parte, tras analizar los resultados obtenidos al relacionar la variable condición física con la clase social se ha obtenido que a medida que aumenta la clase social de las personas mayores, aumenta la percepción de la condición física como

buena y muy buena, existiendo una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera.

En cuanto a la dependencia funcional en función de la clase social, se obtiene que cuanto más baja es la clase social mayor porcentaje de personas sufre dependencia funcional. Además, se obtiene que existe relación significativa entre ambas variables, aunque dicha relación es baja o ligera. En este sentido, Los miembros del Equipo Portal Mayores (2009) tras analizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE en 2006, concluyen que la tasa de discapacidad es más alta en las personas sin estudios.

A continuación serán discutidos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica clase social: a medida que la clase social de las personas mayores es más alta, se creen más capaces de hacer gimnasia o deporte, además, existe una relación significativa entre estas variables, aunque baja o ligera; en relación a la consideración de las personas mayores sobre si les gusta su cuerpo ahora, se obtiene una disminución de respuestas afirmativas a medida que disminuye la clase social, obteniéndose nuevamente una relación significativa entre estas variables, aunque en este caso se trata de una relación baja; a medida que aumenta la clase social, las personas manifiestan en mayor medida que no les falta fuerza para hacer las cosas. La relación entre ambas variables es significativa, aunque muy baja; las personas de clase media/alta están más predispuestas a aprender un nuevo deporte (55.3%), reduciéndose este porcentaje al 33% en las personas de clase social media y baja, la relación existente entre estas variables es significativa, aunque baja o ligera; a medida que aumenta la clase social las personas mayores se creen más capaces de correr suavemente. Cabe destacar que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque estadísticamente significativa; el 70.1% de las personas de clase alta se sienten atractivas, obteniéndose porcentajes del 67.5% y del 64% en las personas de clase media y baja respectivamente, a pesar de ello, no existe una relación significativa entre dichas variables; a medida que aumenta la clase social las personas mayores afirman sentirse más fuerte que otras de su misma edad, existe una relación significativa y ligera al respecto; es el grupo de personas de clase media el que mayor porcentaje presenta en cuanto a percibir su aspecto físico como bueno (83.5%), aunque el porcentaje presentado por las personas de clase alta al respecto es muy similar (80.3%), siendo ligeramente inferior el porcentaje que presenta la clase baja (74.9%). Así, la relación obtenida entre estas variables es significativa,

pero baja; a medida que aumenta la clase social las personas mayores se sienten, en general, con más energía, aunque cabe resaltar que en todos los grupos la mayoría de las personas afirman sentirse con energía. No obstante, no existe una relación estadísticamente significativa al respecto.

Por su parte, Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) apuntan que las personas de clase social baja y media/baja consideran que es bastante verdad que los beneficios esperados con la práctica físico-deportiva son mejorar su atractivo, sentirse productivos, olvidarse de los problemas y retardar el envejecimiento. En este sentido, se debe tener en cuenta que tal y como señalan Denk y Pache (2003), en dependencia con la actividad físico-deportiva no sólo aparece una actitud positiva frente a la vejez o el deporte, sino que también se forma un autorretrato de las propias capacidades del cuerpo.

Schwartzmann (2003) en relación a la importancia de tener en cuenta la variable sociodemográfica “clase social” a la que se pertenece, así como de interpretar los resultados obtenidos al respecto señala que:

“Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenece. Este aspecto merece una reflexión aparte que muestra que tanto los indicadores subjetivos (percepción), como los llamados “objetivos” (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación. Cuando nos referimos exclusivamente al individuo, y aún más específicamente al individuo viviendo con su enfermedad, es válido evaluar la percepción de su nivel de bienestar o malestar con la situación que tiene y tomarlo como base para decisiones significativas. Pero, cuando estamos pensando en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, no sería ético considerar que si alguien que vive en la pobreza está satisfecho con su situación en la vida (porque no tiene mayores expectativas, porque nunca conoció otra realidad), la sociedad en su conjunto y el Estado en particular no sean responsables de la modificación de esa situación. Este criterio es recogido en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), adoptado por el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), que incluye en su determinación la renta per cápita, la salud, evaluada por la esperanza de vida al nacer y la educación, considerando la tasa de alfabetización de adultos y la matrícula en educación primaria, secundaria y terciaria” (p. 17).

A continuación se discuten los resultados obtenidos tras realizar el análisis bivariable entre el tamaño demográfico de los municipios de residencia de las personas mayores y las variables objeto de estudio:

Respecto a la satisfacción con el estado de salud según el tamaño del municipio, se obtiene que en todos los estratos los mayores resultados se obtienen en las personas que afirman sentirse bastante satisfechos con su estado de salud. No obstante, el menor porcentaje de personas muy satisfechas con su estado de salud se obtiene en municipios de más de 100.000 habitantes (7.8%) y el mayor porcentaje de personas nada satisfechas con su estado de salud se encuentra en el estrato de entre 10.000 y 50.000 habitantes (14.3%). Además, se ha comprobado que existe una relación significativa entre ambas variables, aunque ésta es baja o ligera. Por su parte, en la Encuesta Europea de Salud Pública en España (INE, 2009) se tiene en cuenta el tamaño de los municipios de residencia de las personas entrevistadas, encontrándose que la mayor percepción del estado de salud como muy buena se encuentra en los municipios medianos (entre 10.000 y 50.000 y entre 50.000 y 100.000, con un 21.9% y un 20.8% respectivamente), aunque los resultados son muy similares en todos los tamaños demográficos. Igualmente, en la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2006) se obtiene que la percepción del propio estado de salud no sólo está condicionada por las enfermedades padecidas, sino también por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas, abordadas anteriormente, o residenciales.

Por otra parte, al relacionar la condición física percibida con el tamaño demográfico se obtienen los mayores porcentajes respecto a la percepción de la condición física como buena en todos los estratos, aunque el que mayor porcentaje presenta al respecto es el de entre 50.000 y 100.000 habitantes (60%). Además, los porcentajes de personas que perciben su condición física como muy buena son similares en todos los estratos, siendo este porcentaje superior en los municipios de entre 10.000 y 50.000 (14%) habitantes e inferior en los de más de 100.000 habitantes (5.3%). Así, la relación existente entre estas variables es significativa, aunque ésta es baja o ligera.

En lo que a la relación entre dependencia funcional y tamaño demográfico se refiere, en todos los estratos el porcentaje de personas no dependientes es superior al 85%, siendo este porcentaje bastante similar en todos los estratos, aunque el estrato que menor porcentaje presenta de personas no dependientes es el compuesto por municipios grandes (86.6%). A pesar de ello, se debe tener en cuenta que no existe relación significativa entre estas variables. En este sentido, en la Encuesta Europea de Salud en

España (INE, 2009) se obtiene que los municipios de población igual o menor a 10.000 habitantes son los que más porcentaje de personas con limitación funcional física presentan, con un 20.5%, mientras que los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes son los que presentan menor porcentaje al respecto, con un 14.3%. Por su parte, en el trabajo realizado por Esparza (2011) se puede observar, coincidiendo con los resultados de esta investigación, que la mayoría de las personas en situación de dependencia reside en capitales de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes (39.9%), seguido de los municipios de menos de 10.000 habitantes (28.4%).

A continuación, serán discutidos los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable sociodemográfica tamaño demográfico: el mayor porcentaje de personas que se creen capaces de hacer gimnasia o deporte se ha obtenido en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (69%). Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque significativa; en todos los estratos, entre un 70% y un 79% de las personas mayores afirman que les gusta como es su cuerpo ahora, excepto en el formado por municipios grandes, donde este porcentaje se reduce hasta el 58.3%, existiendo una relación significativa y ligera entre ambas variables; alrededor del 50% de las personas mayores de los municipios pequeños y mayores afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas, reduciéndose este porcentaje a un 40% (aproximadamente) en municipios medianos, aunque la relación entre estas variables no es significativa; los habitantes de municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes son los que obtienen mayor porcentaje al creerse capaces de aprender algún nuevo deporte (71.7%). Cabe destacar que existe una relación ligera y significativa entre estas variables; en todos los estratos se obtienen porcentajes aproximadamente de entre el 60% y el 65% de personas que no se creen capaces de correr suavemente, aumentando este porcentaje hasta el 80.6% en los municipios pequeños, además, existe una relación ligera y significativa entre estas variables; en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y en los de más de 100.000 habitantes el 52% de las personas afirman sentirse atractivas, mientras que en los otros dos estratos este porcentaje aumenta hasta el 78%, existe una relación moderada y significativa entre estas variables; alrededor del 60% de las personas, en todos los estratos afirman sentirse más fuerte que otras de su misma edad, por lo que no se han obtenido diferencias entre estratos en este ítem, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre dichas variables; los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes presentan mayor porcentaje de

personas que creen tener un buen aspecto físico, siendo los municipios grandes el estrato que presenta menor porcentaje al respecto. La relación entre estas variables es significativa, aunque ligera; en los municipios medianos se han obtenido los mayores porcentajes en cuanto a personas mayores que afirman sentirse con energía, aunque no existe relación significativa entre estas variables. Cabe destacar que no se han encontrado estudios que relacionen estas dos variables.

6.1.3 Relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear

En el presente estudio se han tenido en cuenta los hábitos de caminar, andar o pasear por parte de las personas mayores en España, aunque este aspecto no ha sido considerado como práctica de actividad física o deporte por parte de estas personas en el proyecto de investigación del cual se extrae la presente tesis doctoral, siguiendo estudios como el de Jiménez-Beatty (2002). Así, se ha comprobado que la gran mayoría de las personas mayores (86.8%) sale habitualmente a pasear, aunque un 13.2% de estas personas no suele hacerlo.

Asimismo, se ha obtenido que no existe gran diferencia entre las personas que pasean y las que no pasean en cuanto a estar muy satisfechas con su estado de salud, aunque el porcentaje de personas que pasean y están muy satisfechas con el mismo es ligeramente superior (20.1% respecto al 18.5%). Además, el 47.4% de las personas que pasean están bastante satisfechas con su estado de salud, y tan sólo el 29,4% de las personas que no pasean se encuentran bastante satisfechas con éste, obteniéndose una relación significativa entre ambas variables, aunque esta relación es baja o ligera.

En este sentido, Blair, Cheng y Holder (2001) y Párraga (2009) ponen de manifiesto que existe una clara evidencia científica de que existe una relación significativa entre la práctica de actividad física y la disminución del riesgo de muerte, independientemente del sexo, edad de las personas mayores y de sus hábitos (fumar, sobrepeso, etc.).

A pesar de los datos expuestos anteriormente, se debe tener en cuenta que tal y como recomiendan organizaciones como la OMS y la ACSM, se debe andar, pasear o caminar a intensidad moderada, y si es posible, complementarlo con otras actividades físicas y deportivas para obtener los beneficios relacionados con la salud esperados.

Por otra parte, el 66% de las personas que sí suelen pasear consideran buena o muy buena su condición física. En cambio, de las personas que no suelen caminar,

andar o pasear, únicamente el 7.6% considera su condición física como muy buena y tan sólo el 33.6% la considera buena. Asimismo, se ha comprobado que existe relación significativa entre ambas variables, aunque ésta es baja o ligera.

En este sentido, Aoyagi et al. (2009) obtienen, que existe relación entre el nivel de condición física y la actividad física diaria, coincidiendo con lo expuesto por varios autores al respecto (Van Heuvelen et al., 1998; Blain et al., 2000; Castillo, 2005; Elousa, 2005; Kazuo, 2006 y Kinugasa et al., 2003).

Además, debe considerarse que tal y como expone Chodzko-Zajko (1996), la literatura científica refleja que existe relación entre el nivel de condición física de las personas mayores y su procesamiento cognitivo, aunque señala que esta relación puede ser secundaria a mejoras en la circulación cerebral, la regeneración de células nerviosas y/o cambios en la síntesis neurotransmisora y la degradación.

En otro sentido, se ha obtenido que de las personas que sí suelen caminar, el 90.6% no son personas dependientes, aunque el 9.4% sí lo son. En cambio, de las personas que no suelen caminar, el porcentaje de personas no dependientes desciende al 85.2% y el de personas dependientes aumenta hasta el 14.8%, aunque no existe relación significativa entre estas variables.

Asimismo, la OMS (2002) explica que se puede influir sobre la aceleración del declive de la capacidad funcional y hacerlo reversible a cualquier edad y Dorantes-Mendoza et al. (2007) y León et al. (2009) señalan que el conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

Del mismo modo, los datos obtenidos por Peri et al. (2008) en un estudio llevado a cabo con personas mayores en Nueva Zelanda sugieren que la participación en un programa de actividad física por parte de personas con bajo nivel de dependencia mejora su capacidad de realizar las acciones de la vida diaria y su estado de salud.

Seguidamente se discutirán los resultados obtenidos tras relacionar los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal con la variable hábito de pasear: el 61.6% de las personas que afirman pasear habitualmente se creen capaces de practicar gimnasia o deporte, en cambio menos de la mitad de las personas que no pasean habitualmente se creen capaces de hacerlo (45.7%), obteniéndose una relación significativa, aunque ligera o baja entre ambas variables; a las personas que pasean habitualmente les gusta más como es su cuerpo ahora, (72.7%) que a las personas que

no pasean (61.4%). Además, existe una relación significativa entre estas variables, aunque muy baja; las personas que pasean habitualmente afirman en mayor porcentaje que no les falta fuerza para hacer las cosas (46.9%, respecto a un 36.4% en las personas que no pasean), existiendo una relación significativa, aunque muy baja entre dichas variables; las personas que pasean están más predispuestas a aprender un nuevo deporte (37.1%) que las personas que no pasean (24.8%), se ha constatado que la relación entre estas variables es baja o ligera, pero significativa; las personas que no pasean obtienen mayores porcentajes en relación a no sentirse capaces de correr suavemente que las personas que sí lo hacen (79% y 67.1% respectivamente), se ha comprobado que la relación entre variables es baja o ligera, pero significativa; las personas que pasean obtienen mayor porcentaje al afirmar sentirse atractivas (67.6%), descendiendo este porcentaje hasta el 58.8% en personas que no pasean, aunque no existe una relación significativa entre estas variables; las personas que sí pasean presentan mayor porcentaje al afirmar sentirse más fuertes que otras de su misma edad (61.7% respecto al 48.4%), existiendo una relación baja o ligera, aunque significativa entre estas variables; las personas que pasean perciben en mayor medida su aspecto físico como bueno (82.3%), mientras que las personas que no pasean representan un 66.7% del total. Cabe destacar que la relación entre estas variables es significativa y ligera; existe un mayor porcentaje de personas que pasean y afirman sentirse con energía (72.7%), reduciéndose este porcentaje a menos de la mitad (48.7%) en el grupo de personas que no caminan. Se ha comprobado que la relación entre ambas variables es ligera y significativa. Por todo ello, se puede afirmar que la variable competencia motriz y corporal es mejor percibida por las personas que pasean habitualmente.

Al respecto, Grasso y Erramouspe (2005) explican que los sujetos aprenden a ser competentes cuando interpretan mejor las situaciones que reclaman una actuación eficaz y utilizan los recursos necesarios para responder de una forma que se ajuste a sí mismo y a las demandas de la situación, del problema o de la tarea motriz. De ahí la importancia de la práctica de actividad física para mantener o mejorar este aspecto del individuo en la tercera edad, momento en el cual, además, se está produciendo una lenta, pero continua involución. Ruiz, González y Moreno (2008) van más allá, y señalan que es muy probable que se haya infravalorado el papel de la actividad física y de la práctica estructurada de ejercicio en la mejora de la competencia motriz y deportiva de las personas mayores.

6.2 SALUD, CONDICIÓN FÍSICA, DEPENDENCIA FUNCIONAL, COMPETENCIA MOTRIZ Y CORPORAL PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ

La mayoría de las personas mayores objeto de estudio se encuentran inmersas en el grupo referido a la demanda ausente (69.9%), el 17.4% pertenecen a la demanda establecida y el 12.8% a la demanda latente. En el estudio realizado en el municipio de Madrid presentado por Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) se obtiene que existe un menor porcentaje de personas en la demanda ausente (58.1%) y un mayor porcentaje de personas integradas en el grupo de la demanda latente (24.3%). No obstante el porcentaje de personas que componen la demanda establecida es prácticamente el mismo (17.6%).

Asimismo, los resultados de personas practicantes y no practicantes mostrados en el presente trabajo son similares a los obtenidos en la encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2010). En dicha encuesta se obtiene que el 81.1% de las personas mayores de 65 años no practica ningún deporte actualmente, que el 14.5% practica un deporte y que el 4.3% practica varios deportes. Asimismo, en el estudio anterior realizado por García-Ferrando (2006) se obtiene que el 17% de éstas practicaba uno o más deportes.

6.2.1 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor

En el presente apartado se van a discutir los resultados obtenidos sobre las cuatro variables objeto de estudio en la demanda establecida. Posteriormente se discutirán sus relaciones con las variables sociodemográficas en la demanda establecida con los datos obtenidos al respecto en este mismo estudio, atendiendo al conjunto de la población, ya que anteriormente estos datos han sido comparados y discutidos con los obtenidos en otros estudios. Seguidamente se discutirán los resultados encontrados respecto a la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal y sus relaciones con las variables actividades practicadas, horas de práctica y presencia del profesor en las actividades con los datos aportados por otros trabajos.

En esta tesis doctoral se ha obtenido que el 79% de las personas mayores que practica habitualmente actividad física o deporte (demanda establecida) se sienten bastante o muy satisfechas con su estado de salud. A pesar de ello, el 16.4% declaran sentirse solamente algo satisfechas con éste y únicamente el 3.8% de las personas señalan no estar nada satisfechas con el mismo. Así, el hecho de que la gran mayoría de las personas mayores que practican actividad física o deporte se encuentren bastante o muy satisfechas con su estado de salud refuerza lo expuesto por diferentes autores en relación a los beneficios físicos, psíquicos, sociales y afectivos que la práctica de actividad física y deporte pueden reportar a la salud de estas personas (Berlin y Colditz, 1990; Bouchard et al., 1990; Coutier, Camus y Sarkar, 1990; Plante y Rodin, 1990; Malbut-Shennan y Young, 1991; Ortega, 1992; Blasco, Capdevila y Cruz, 1994; Rodríguez, 1995; Salvador et al., 1995; Wark, 1996; Pan et al., 1997; Mazzeo et al., 1998; Blair y Brodney, 1999; DiPietro, 1999; Blain et al., 2000; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Stearns et al., 2000; Holt et al., 2001; Laurin, et al., 2001; Maceira, 2001; National Institutes of Health, 2001; Thune y Furberg, 2001; Tissandier et al., 2001; Chodzko-Zajko, 2002; Strawbridge et al., 2002; OMS, 2002; Oña, 2002; Romero, 2002; Sagiv, 2002; Marcos-Becerro, 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003; López de la Torre, 2003; Medina, 2003; Pühse, 2003; Tuesca-Molina et al., 2003; Wilmore y Costil, 2004; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Gómez, 2005; Castillo, 2007 y 2009; García, 2007; Merino, 2007; Nelson et al., 2007; Radak et al., 2007; Lemmens et al., 2008; López-Miñarro, 2008; Pont, 2008; Castañeda, Campos y Garrido, 2009; Oña, 2009; Párraga, 2009; Sampedro, Fuster, y Lucas, 2009; Krejza, 2009 y Santin-Medeiros y Garatachea, 2010).

Al respecto, Denk y Pache (2003) obtienen que cuanto mayor es la actividad deportiva realizada por las personas mayores, más positiva es la comparación subjetiva de la salud del grupo. Así, el 32% de las personas no practicantes encuestadas perciben su estado de salud como mejor que el de otras personas de su misma edad, el 50% percibe éste como regular y el 18% lo percibe como malo en comparación con otros. Sin embargo, en el grupo de personas practicantes (hasta dos horas semanales) se obtiene que el 49% percibe su estado de salud como mejor que el de otros de su misma edad, el 43% como regular en comparación con otros y el 8% como malo. Por último, en el grupo de personas no practicantes (dos o más de dos horas semanales) el porcentaje de personas que perciben su estado de salud como mejor que el de otros asciende al 56%, el que lo percibe como regular disminuye hasta el 37% y el grupo de personas que lo

percibe como malo en comparación con el estado de salud de otros se mantiene prácticamente igual (7%). Asimismo, al relacionar los datos anteriores con la edad de las personas entrevistadas, estos autores obtienen que a medida que aumenta la edad estos datos se intensifican. Por ello, concluyen que los deportistas activos tienen un autoconcepto más positivo en relación a su estado de salud y que la actividad físico-deportiva regular mejora objetivamente la salud (Denk y Pache, 2003).

Por su parte, Casas y Fraile (2007) señalan que el 57% de las personas practicantes de actividad física reconoce que con esta práctica obtienen beneficios relacionados con la salud. Además, las personas mayores piensan que el deporte es fuente de salud y ayuda a estar en forma (49.7% muy de acuerdo, 46.8% bastante de acuerdo, 1.5% poco de acuerdo y 0.1% nada de acuerdo) (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010). Así, se puede afirmar que las investigaciones científicas obtienen similares resultados en cuanto a los motivos que llevan a las personas mayores a realizar actividad física y deporte, de forma que las razones individuales para la práctica de la actividad deportiva son fundamentalmente las relacionadas con la salud (García et al., 1996; Allmer, 2003; Martínez del Castillo, 2003; Pühse, 2003; Casas y Fraile, 2007; Moreno, Cervelló y Martínez, 2007 y Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010).

En relación a la condición física percibida por la demanda establecida, se ha obtenido que el 68.2% de las personas mayores considera que ésta es buena, el 19.7% señala que es muy buena, el 10.8% percibe que es algo deficiente, y el 1.3% estima que su condición física es mala. Estos resultados son superiores a los obtenidos en este mismo estudio respecto al conjunto de todas las personas mayores en España.

Resulta evidente que tal y como demuestran los estudios de Van Heuvelen et al. (1998), Kazuo (2006) y Kinugasa et al. (2003), la condición física de las personas mayores activas es mejor que la condición física de las personas sedentarias. Además, las investigaciones muestran que no sólo mejora la condición física de estas personas, sino también la capacidad funcional de las personas con menor nivel de condición física.

Por su parte, Sordo (2007) se encuentra que tras llevar a cabo un programa de actividad física con personas mayores aumenta su percepción respecto a los siguientes componentes de la condición física: la percepción de la agilidad mejora un 68.9%; de la movilidad-flexibilidad un 42.2%; de la estabilidad-equilibrio un 24.4%; de la resistencia un 51.1%; de la coordinación un 6.7% y de la fuerza un 24.4%. Del mismo modo,

Seguin et al. (2010) obtienen que las personas que participan en el programa de fuerza mejoran la percepción de su propio estado de salud.

Además, autores como Denk y Pache (2003) se plantean que las personas mayores que practican habitualmente deporte pueden tener una actitud más positiva hacia la vejez, ya que debido a un entrenamiento corporal regular suele presentar un mayor nivel de condición física y por ello están afectadas en menor medida por los procesos de pérdida propios de la vejez que las personas inactivas de la misma edad.

En cuanto a la dependencia funcional percibida por las personas mayores que habitualmente realizan actividad física o deporte, se encuentra que la gran mayoría de las personas no es dependiente (97.5%), y que tan sólo un mínimo porcentaje de las mismas sí lo es (2.5%), siendo estos resultados más positivos que los obtenidos a nivel general en este mismo estudio (90% y 10% respectivamente).

Al respecto, Romo et al. (2009) señalan que diversos estudios constatan que la práctica de ejercicio regular retrasa y reduce el nivel de incapacitación siendo el ejercicio físico la variable más influyente en la independencia motriz de los ancianos. Este autor coincide con lo obtenido por Miller et al. (2000), quienes sugieren que la práctica de actividad física puede reducir o retrasar la progresión de la dependencia en personas mayores, por lo que del tiempo que una persona haya vivido de forma activa puede depender el retraso o la aparición de discapacidad y/o dependencia (Párraga, 2009).

Igualmente, Pühse (2003) afirma que el ejercicio físico ayuda a mantener las antiguas habilidades y a vitalizar o revitalizar un cuerpo que se vuelve cada vez más frágil. Además, afirma que con el ejercicio físico y el deporte se pueden conseguir retrasar el momento de la limitación de la movilidad.

Al respecto, Mazzeo et al. (1998) manifiestan que incrementar la densidad ósea, la masa muscular y por consiguiente la fuerza en personas mayores podría ser una manera importante de aumentar la independencia funcional. Igualmente, Malbut-Shennan y Young (1991) indican que el ejercicio físico puede aumentar la potencia aeróbica máxima, la fuerza muscular y la fuerza explosiva en los hombres y mujeres mayores, y que estos aumentos pueden ayudar a la persona mayor para mantener su independencia durante más tiempo.

No obstante, Ruiz, González y Moreno (2008) señalan que la situación actual es poco halagüeña en este sentido, ya que un porcentaje alto de mayores sanos no practican habitualmente actividades físicas, y que esta circunstancia provoca que su proceso de

envejecimiento se vea afectado por un estilo de vida desfavorable, sobre todo si lo que se persigue es una vejez exitosa en la que los sujetos mantengan su salud y su independencia física. Este aspecto resulta preocupante si se tiene en cuenta que en el estudio de Kaplan et al. (2001) en Canadá, la disminución de la actividad física estuvo asociada con un número creciente de enfermedades crónicas y con limitaciones funcionales, tanto en hombres como en mujeres. Además, en dicho estudio, la lesión se asoció significativamente de forma inversa con la actividad física.

Por otra parte, atendiendo a la competencia motriz y corporal percibidas por las personas mayores enmarcadas dentro del grupo de la demanda establecida, en todos los ítems se han obtenido mayores porcentajes que en el análisis realizado a todo el conjunto de la población en España en el presente estudio.

En este sentido, Denk y Pache (2003) en un estudio realizado con personas mayores de 40 años (la mayoría mayores de 50 años) obtienen que el 32% de las personas no deportistas valoran su capacidad de rendimiento corporal como mejor que el de otras personas de su misma edad, el 52% expone que éste es regular si se compara con otros de la misma edad y el 17% lo percibe como malo. En el caso de las personas deportista que realizan hasta dos horas de actividad física semanal, los datos muestran que el 54% percibe su rendimiento corporal como mejor que otros de su misma edad, el 41% como regular y el 5% como malo. Asimismo, entre las personas que practican ejercicio físico más de dos horas a la semana los resultados son superiores en cuanto a la valoración del rendimiento corporal como mejor que el de otros de la misma edad, 65%, el doble que en el grupo de personas no practicantes, un 30% afirma que es regular y el 5% mala. Además, estos autores concluyen que los deportistas activos tienen un autoconcepto más positivo en relación a sus capacidades corporales y que la actividad deportiva regular mejora objetivamente las capacidades corporales.

Por otra parte, son muchas las investigaciones actuales que han demostrado que el ejercicio físico influye favorablemente en la percepción de la propia imagen corporal, el autoconcepto, la autoestima (Stewart et al., 1994; Oña, 2002; Strawbridge et al., 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003 Pühse, 2003; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Soler, 2006; Castillo, 2009; Speck et al., 2009; González, 2010; Musanti, 2011 y Rey Canales y Táboas, 2011) y la autoeficacia (Ruiz et al., 1996; Taylor et al., 2004 y Paxton et al., 2010).

En cuanto a la relación entre la percepción del estado de salud según las variables sociodemográficas en la demanda establecida se han obtenido los siguientes resultados:

Aunque no existe una relación significativa, se puede observar que en la demanda establecida los porcentajes de satisfacción con su estado de salud en función de la edad son muy similares en ambos grupos de edad, encontrándose menores diferencias que en los resultados obtenidos en el conjunto de personas mayores en España en relación a percibirlo como bueno o muy bueno.

Al contrario que ocurría a nivel general, las mujeres obtienen mayores porcentajes en los ítems muy y bastante satisfechas con su estado de salud que los hombres (28.1% y 55.2% en las mujeres respectivamente y 25.4% y 49.2% en los hombres respectivamente), aunque no existe una relación significativa entre ambas variables.

En cuanto a la relación entre la satisfacción con el estado de salud y la clase social en la demanda establecida no se observa que a medida que aumenta la clase social aumenta la percepción del estado de salud actual como bueno o muy bueno, tal y como ocurre a nivel general. En este caso los mayores porcentajes al respecto se obtienen en el grupo de personas de clase media (82.9%), aunque tampoco existe una relación significativa entre ambas variables.

Por su parte, al abordar la relación existente entre la satisfacción con el estado de salud y el tamaño demográfico de los municipios donde residen las personas mayores en España en la demanda establecida se obtiene que los mayores porcentajes en todos los estratos demográficos se encuentran en la consideración por parte de estas personas de estar bastante satisfechas con su estado de salud, al igual que ocurre al analizar los datos globales. Igualmente, es el estrato de entre 10.000 y 50.000 el que presenta mayor porcentaje de personas que están muy satisfechas con su estado de salud (41.2%), al igual que ocurre a nivel general. Además, existe una relación moderada entre estas variables, siendo además significativa.

Atendiendo a la relación entre la condición física y las variables sociodemográficas en la demanda establecida se han obtenido los siguientes resultados:

Al contrario de lo que ocurre al analizar los datos globales, en la demanda establecida se comprueba que las personas de edad mayor o igual a 75 años obtienen porcentajes similares que las personas de edad igual o menor a 74 al percibir su condición física como muy buena (20.9% y 19.3% respectivamente). No obstante, las

personas de este último grupo obtienen mayor porcentaje en la percepción de su condición física como buena (70.2%). No existe una relación significativa entre ambas variables.

Al igual que ocurre a nivel general, se ha comprobado que en la demanda establecida tanto hombres como mujeres obtienen los mayores porcentajes en cuanto a la percepción de su condición física como buena, aunque en este caso las mujeres obtienen mayores porcentajes que los hombres al percibirla como muy buena (22.6% y 15.6% respectivamente). No obstante, éstos presentan mayores porcentajes al considerarla buena (71.9% por parte de los hombres y 65.6% en las mujeres), tal y como ocurre a nivel general, además, no se han encontrado diferencias significativas entre estas variables.

En relación a la condición física en función de la clase social en la demanda establecida se obtienen porcentajes similares en todos los grupos de clase social, no obstante, se debe señalar que las personas que en mayor medida consideran su condición física como buena y muy buena son las personas de clase media/media. En los datos globales las personas de clase media/alta obtenían los mayores resultados condición física como buena y muy buena. Asimismo, no se han encontrado diferencias significativas entre ambas variables.

Por último, se puede observar que en todos los estratos demográficos se obtienen porcentajes similares en cuanto a la percepción de las personas mayores que se encuentran en la demanda establecida de su condición física, de forma que en todos ellos los mayores porcentajes se obtienen en la percepción de su condición física como buena (al igual que ocurre a nivel general), seguidos de la percepción de ésta como muy buena, algo deficiente y mala. Aunque no se obtiene relación significativa entre estas dos variables, si se compara con los datos globales se aprecia que en éstos se obtenían los siguientes porcentajes en la percepción de la condición física como algo deficiente.

En cuanto a la relación entre la dependencia funcional y las variables sociodemográficas en la demanda establecida se han obtenido los siguientes resultados:

Al igual que ocurre a nivel general, el mayor porcentaje de personas dependientes se encuentra entre las personas de más edad, existiendo una relación baja o ligera y significativa entre estas variables.

Por otra parte, existen menores diferencias entre sexos en relación a la dependencia funcional que en los datos globales (1% mayor en mujeres y 6.3% mayor

en hombres respectivamente). En este caso se observa que no existe relación significativa entre estas variables.

Asimismo, tampoco se observan grandes diferencias en cuanto a la necesidad de ayuda en las actividades cotidianas por parte de las personas mayores practicantes en función de la clase social, siendo las personas de clase media/alta las que mayor porcentaje presentan en relación a la necesidad de ayuda (4.8%), al contrario de lo que ocurre al analizar los datos totales, donde el mayor porcentaje es presentado por las personas de clase media/baja. En este caso se aprecia que no existe relación significativa entre estas dos variables.

Además, los resultados coinciden con los generales en que en los municipios de más de 100.000 habitantes existe el mayor porcentaje de personas dependientes, aunque no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables.

Seguidamente serán discutidos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda establecida:

En cuanto a la variable sociodemográfica edad: en la demanda establecida no hay mucha diferencia respecto a las personas mayores que se creen capaces de hacer gimnasia o deporte en función de la edad. A pesar de ello, no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre estas variables; no se obtienen grandes diferencias en cuanto a si a las personas mayores les gusta su cuerpo tal y como es ahora en función de la edad en la demanda establecida, al igual que ocurre a nivel general; existe un mayor porcentaje de personas menores de 74 años que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas en la demanda establecida (64.4%) al compararlas con las personas mayores de 75 años (52.4%); las personas menores de 74 años son las que obtienen mayores porcentajes en cuanto a creerse capaces de aprender algún nuevo deporte en la demanda establecida, al igual que ocurre en ambos casos al analizar los resultados globales, aunque la relación entre estas variables tampoco es significativa; en este caso se obtienen menores diferencias de porcentajes en relación a las personas que se creen capaces de correr suavemente en ambos grupos de edad (el 64.7% en el grupo de personas menores de 74 años y el 41.5% en el grupo de las personas de más edad en la demanda establecida, 40.7% y 20% respectivamente en el conjunto de la población), obteniéndose una relación significativa entre variables, y siendo ésta baja o ligera; el 74.7% de las personas menores de 74 años sí se sienten atractivas, reduciéndose este porcentaje al 69.7% en las personas mayores de 75 años, aunque no se ha encontrado

una relación significativa al respecto. A nivel general los resultados eran similares entre ambos grupos (67.1% y 65.5% respectivamente); no se han obtenido grandes diferencias en relación a sentirse más fuertes que otros de su misma edad, ni en la consideración de si las personas mayores perciben que tienen buen aspecto. Resultados similares se obtenían a nivel general entre grupos en ambos ítems; en los dos grupos de edad, alrededor del 80% de las personas afirma sentirse con energía (82.6% en el grupo de personas de menos de 74 años y 84.6% en el grupo de personas de más edad), siendo estos porcentajes superiores a los obtenidos en el conjunto de la población (72.3% y 65.9% respectivamente), aunque en este caso no existe una relación significativa entre estas variables.

Atendiendo a la variable género: un porcentaje similar de hombres y mujeres afirman creerse capaces de hacer gimnasia o deporte en la demanda establecida, siendo el porcentaje de mujeres que responden afirmativamente ligeramente superior (90.6% y 93.8% respectivamente), aunque no existe relación significativa entre estas variables. En los datos del conjunto de la población no se observa esta misma tendencia (54.6% y 64.7% respectivamente); un porcentaje ligeramente mayor de mujeres integrantes del grupo de la demanda establecida afirman que les gusta su cuerpo tal y como es ahora, el 84.6%, respecto al 80.3% presentado por los hombres, aunque nuevamente no existe relación significativa entre estas variables, observándose en los datos totales del estudio que son los hombres los que presentan mayor porcentaje en este aspecto (74.9% hombres, 68.1% mujeres); el porcentaje de hombres que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas (65.6%) es superior al de las mujeres en la demanda establecida (58.3%), no encontrándose una relación estadísticamente significativa al respecto. Esto mismo ocurre al analizar los datos globales, aunque con porcentajes inferiores al 50%; las mujeres afirman sentirse capaces de aprender un nuevo deporte en mayor medida que los hombres en la demanda establecida (el 64% y el 50% respectivamente), comprobándose además que existe una relación significativa, aunque baja o ligera entre estas variables. A nivel global estos porcentajes son del 37.5% para los hombres y del 33.6% para las mujeres; los hombres exponen en mayor porcentaje (65.1%) que se creen capaces de correr suavemente, disminuyendo este porcentaje hasta el 54.3% en las mujeres, aunque no existe relación entre ambas variables. A nivel global se observa la misma tendencia, aunque con menores porcentajes; la gran mayoría de los hombres de la demanda establecida sí se sienten atractivos actualmente (81.6%), reduciéndose este porcentaje hasta el 68% en el caso de las mujeres, no existiendo una relación

significativa entre dichas variables. Esto mismo se observa a nivel general, pero con menores porcentajes (68.9% y 64.1% respectivamente); los hombres obtienen aproximadamente un 7% más de respuestas afirmativas que las mujeres en cuanto a sentirse más fuerte que los demás (77.6% y 70.8% respectivamente), aunque la relación entre estas variables no es significativa. Estos datos se reducen al 66% y 54.6% respectivamente en el conjunto de la población; los hombres consideran en mayor porcentaje (94.6% en la demanda establecida y 83.8% a nivel general) que tienen buen aspecto físico respecto a las mujeres (89.7% en la demanda establecida y 77.2% a nivel general), aunque la relación entre las variables no es significativa en este caso; las mujeres presentan mayores porcentajes en cuanto a sentirse con energía (85.6%) que los hombres (79.7%), no encontrándose una relación significativa entre estas variables. En el conjunto de la población se observa lo contrario, ya que estos porcentajes son del 74.2% en los hombres y del 65.1% en las mujeres.

En lo que a la variable clase social se refiere: no existen grandes diferencias en cuanto a que las personas mayores se creen capaces de hacer gimnasia o deporte en función de la clase social en la demanda establecida, aspecto que sí ocurre en los resultados totales (se creen más capaces a medida que aumenta la clases social); según aumenta la clase social a las personas mayores de la demanda establecida les gusta más su cuerpo, al igual que ocurre a nivel general, aunque en este caso los porcentajes son mayores. No se ha encontrado una relación significativa entre estas variables; las personas de clase media son las que mayor porcentaje presentan (66.3%) en cuanto a afirmar que no les falta fuerza, siendo este porcentaje inferior en las personas de clase alta y baja (57%), aunque en esta caso tampoco se ha encontrado una relación significativa entre las variables. A nivel general sí se observa que los resultados positivos en este ítem aumentan con la clase social; las personas de clase alta son las que en la demanda establecida se creen con mayor capacidad para aprender un nuevo deporte (77.8%), igual que ocurre a nivel general, pero con menor porcentaje (55.3%). No existe relación entre variables; la gran mayoría de las personas de clase alta en la demanda establecida se creen capaces de correr suavemente (90%), reduciéndose notablemente este porcentaje en las personas de clase media (58.3%) y siendo menor de la mitad en las de clase baja (42.4%). Además, la relación entre estas variables es significativa y moderada. Nuevamente, en los datos globales se muestra la misma tendencia, aunque con menores porcentajes; en todos los grupos de clase social en la demanda establecida se obtienen entre un 70% un 80% de personas mayores que sí se

sienten atractivas actualmente, aunque no existe una relación significativa entre ambas variables. Estos datos oscilan entre el 65% y el 70% al analizar los resultados totales; las personas de clase alta son las que obtienen mayor porcentaje al sentirse más fuertes que otros (88.9%), aunque la relación entre estas variables no es significativa. Esto mismo se observa a nivel general, con un porcentaje del 72.1%; en todos los grupos se obtienen porcentajes de entre un 92% y un 95% en relación a percibir que tienen buen aspecto físico, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre estas variables. Estos porcentajes son más dispares en los datos totales de la investigación; a nivel general se observa que a medida que desciende la clase social las personas mayores afirman en menor medida sentirse con energía, no obstante, en la demanda establecida se encuentra que los porcentajes oscilan entre el 84% y el 85% en los tres grupos, no existiendo una relación significativa al respecto.

En relación a la variable tamaño demográfico: en todos los estratos entre un 92% y un 96% de las personas mayores en la demanda establecida se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, excepto en el compuesto por los grandes municipios, donde este porcentaje desciende hasta el 85.7%, no existiendo relación significativa entre estas variables. A nivel general se obtienen menores porcentajes, siendo los municipios medianos/grandes los que obtienen mayor porcentaje (69%); a todas las personas entrevistadas en los municipios pequeños de la demanda establecida les gusta su cuerpo ahora, siendo este porcentaje inferior en el resto de los estratos, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre ambas variables; en los municipios pequeños el porcentaje de personas que afirman no faltarles fuerza para hacer las cosas representa el 75%, siendo el que mayor porcentaje presenta al respecto. Además la relación entre estas variables es significativa y moderada. Esto mismo se observa en los datos globales, presentando los municipios pequeños un porcentaje del 50.2% al respecto; el 72.7% de las personas de los municipios grandes afirma sentirse capaz de aprender un deporte, siendo el mayor porcentaje encontrado y existiendo una relación significativa y ligera entre ambas variables. A nivel general se observa este mismo aspecto, aunque el porcentaje se reduce al 40.7%; en cuanto a si las personas se creen capaces de correr suavemente, en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y en los grandes, el 58% de las personas se creen capaces de hacerlo, disminuyendo hasta el 42.1% en municipios pequeños y aumentando hasta el 64.7% en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes, aunque no existe una relación significativa entre estas variables; las personas de los municipios pequeños son las que en mayor medida se sienten atractivas

(85.7%) y las de los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes son las que obtienen menor porcentaje al respecto (60.6%). Cabe resaltar que no existe relación significativa entre estas variables y que estos datos no coinciden con los obtenidos en el conjunto de la población; casi todas las personas de los municipios pequeños afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad (91.7%), reduciéndose este porcentaje hasta el 69.6% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y entre un 72% y un 74% en los otros dos estratos, aunque no existe una relación significativa entre estas variables. A nivel global los resultados son similares en todos los estratos; todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas en la demanda establecida perciben su aspecto físico como bueno, reduciéndose este porcentaje al 86.3% en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y siendo de alrededor del 93% en el resto de estratos. Cabe destacar que no se ha obtenido relación significativa entre estas variables y que a nivel general los mayores resultados se obtienen en los dos primeros estratos citados anteriormente (83.2% y 85.5% respectivamente); todas las personas de los municipios pequeños entrevistadas se sienten con energía, siendo en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes en los que se obtiene el segundo resultado más elevado (88%), seguido del estrato formado por municipios grandes (82.4%) y siendo el estrato restante (municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes) el que presenta menor porcentaje de personas que se sienten con energía (72%). Además existe una relación significativa y moderada entre estas variables, aunque en el conjunto de la población los mayores resultados se obtienen en los municipios medianos.

En el presente trabajo se ha obtenido que la mayoría de las personas mayores practicantes entrevistadas realizan algún tipo de actividad física en sala (78.1%). Por su parte, el 13.8% realiza algún tipo de actividad física en el medio acuático, el 6.9% actividad física al aire libre y un pequeño porcentaje del 1.3% practica deportes.

Estos datos son similares a los obtenidos por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2010) en relación a las personas mayores de 65 años, a través de los cuales se aprecia que el 16.7% de estas personas afirma que practica gimnasia, actividad físico deportiva en casa (de mantenimiento), un 25.1% responde que realiza gimnasia, actividad físico-deportiva suave en centro deportivo (pilates, mantenimiento), siendo la segunda actividad más practicada tras la natación recreativa (33.4%). A continuación, el ciclismo recreativo obtiene un 11.4% de respuestas y andar un 12%. Cabe destacar que tan sólo el 1.1% de los practicantes realiza deportes en la naturaleza.

Este último dato no coincide con el obtenido en la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE, correspondiente al periodo 2002-2003, en la cual se pregunta si se realizan deportes o actividades al aire libre en el tiempo de ocio, obteniéndose que las personas de 65 años y más hacen deporte en mayor porcentaje (aunque se considera también andar, pasear o caminar como deporte, y son precisamente a estas actividades a las que mayoritariamente se refieren las personas mayores al contestar esta pregunta) y los que mayor tiempo dedican a estas actividades (Del Barrio, 2007 y Párraga, 2009). Así, en dicho estudio el deporte mayoritario entre este grupo poblacional es andar y caminar con un 74.7% de varones que lo practican y un 61.7% de mujeres mayores (62.2% teniendo en cuenta ambos grupos). Le sigue la gimnasia pero a una distancia considerable, ya que es practicada por un 5.1% de las personas mayores. De todas estas actividades físicas que más realizan las personas mayores, las mujeres destacan algo más en gimnasia (6.2%) y natación (2.2%), pero el resto son preferentemente masculinas, siendo la gimnasia (3.5%), el ciclismo (2.1%), y la caza o pesca (2%) las más practicadas por éstos.

Dawson et al. (2007) en un estudio realizado en Reino Unido, encuentran, en relación a la práctica de actividades físicas realizadas por las personas mayores en los siete días anteriores, que las actividades más practicadas fueron caminar, con similares porcentajes entre hombres y mujeres (aunque señalan que atendiendo a la actividad física total éstos son más activos), montar en bicicleta (los hombres en mayor medida que las mujeres) y deportes (las mujeres obtienen similares resultados que los hombres, aunque éstas han realizado deportes en mayor medida). Asimismo, estos autores señalan que los niveles de actividad física encontrados fueron, en general, considerablemente mayores que el mínimo recomendado.

Por su parte, Van Heuvelen et al. (1998) obtienen que sólo el 7.7% de los hombres y el 16% de las mujeres eran completamente inactivos. Tanto los hombres como las mujeres participan más en actividades como caminar (63.9% hombres y 55.5% mujeres) y montar en bicicleta (67.2% hombres y 56.5% mujeres) por placer. Además, obtienen que los hombres también son más activos en actividades como correr (4.4%, respecto al 0.6% de las mujeres). Por otra parte, las mujeres participan más en gimnasia (25.1%, frente al 12.8% en hombres), natación (24.2%, frente al 19.3% en hombres), bailes (11%, frente al 6.2% en hombres), yoga (1.7%, 0% en hombres) y bolos (6.1%, frente al 4.7% en hombres). Similares resultados obtuvieron ambos sexos en relación a los deportes, tenis (2.2% hombres, 1.7% mujeres) voleibol (1.1% hombres,

2% mujeres) y un juego de pelota holandés (course ball) (0.4% hombres, 0.9% mujeres).

En la investigación sobre personas mayores realiza en el municipio de Madrid en 2002, se obtuvo que la gimnasia de mantenimiento era la actividad física más practicada (49%), sobre todo por las mujeres, seguida de la natación (22%), ésta practicada algo más por los hombres que por las mujeres (Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty, 2002).

Por su parte, Martínez del Castillo et al. (2007) obtienen que en la Comunidad de Madrid la actividad física más practicada por la demanda establecida es el ejercicio físico (45%), seguida de las actividades acuáticas (24.5%), la petanca (6.8%) y el yoga (5.8%).

Párraga (2009) expone los resultados obtenidos por Jiménez en su tesis doctoral, realizada en 2007. Así, si se analizan estos datos se observa que el 91.4% de las personas mayores de 65 años no practicaba deportes ligeros y tan sólo un 0.5% manifestó que lo practicaba asiduamente. Además, de las personas practicantes, el 5.9% contestó que practicaba deportes moderados y el 5.4% que realizaba algún tipo de entrenamiento.

Por otra parte, no se ha encontrado ningún estudio que relacione la percepción de las cuatro variables objeto de investigación con las actividades físicas practicadas. No obstante, en al presente tesis doctoral se han obtenido los siguientes resultados al respecto:

Ninguna de las personas que realizan actividad física acuática, al aire libre o deportes están nada satisfechas con su estado de salud, presentando un 4.9% al respecto las personas que practican actividad física en sala. Por otra parte, las personas que realizan actividades acuáticas son las que mayor porcentaje presentan al sentirse muy satisfechas con su estado de salud, aunque no existen diferencias significativas entre ambas variables.

En todas las categorías de actividad física o deporte practicado los mayores porcentajes se encuentran al percibir la condición física como buena, siendo el grupo de actividades físicas al aire libre el que mayor porcentaje presenta al respecto (81.8%). A pesar de ello, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables.

Por su parte, Kruger, Carlson y Buchner (2007) obtienen que tan sólo un 10.7% (el 12.6% de los hombres y el 9.2% mujeres) de las personas de 65 a 74 años realiza

actividades físicas para mejorar o mantener la fuerza muscular dos o más veces por semana, siendo mayor el porcentaje obtenido por el grupo de menor edad (50-64 años), con un 16.3%. En cuanto a las actividades de flexibilidad, el 20.8% de las personas mayores de 65 años afirman realizarlas una vez a la semana (hombres 19.6%, mujeres 21.7%), obteniendo nuevamente mejores resultados de participación el grupo de personas de entre 50 y 64 años (27.7%).

Siguiendo el mismo estudio, el 47% de los hombres y el 56.6% de las mujeres mayores de 65 años en Estados Unidos no participan en ninguna actividad aeróbica de tiempo libre, además, la ausencia de práctica en actividades aeróbicas fue mayor en las personas mayores de 65 años que en las personas de entre 50 y 64 años. Asimismo, señalan que el 21.8% de los estadounidenses mayores de 65 años participaron en actividad aeróbica ligera o moderado durante al menos 30 minutos al día, 5 días o más a la semana o en actividad aeróbica intensa durante al menos 20 minutos por día, 3 días o más a la semana, y que este porcentaje fue significativamente mayor entre los hombres (25.5%) que en las mujeres (19%). La prevalencia de la participación en dicha actividad fue ligeramente superior entre las personas de 50 a 64 (29.8%). Entre las personas regularmente activas, el 42.6% participan en actividades de flexibilidad por lo menos una vez por semana, reduciéndose este porcentaje al 9.5% en el grupo de personas inactivas. En general, se estima que sólo el 6.3% de las personas mayores de Estados Unidos participaron en las cantidades recomendadas de actividad aeróbica, fuerza y flexibilidad (Kruger, Carlson y Buchner, 2007).

Por otra parte, de las personas que practican actividad física acuática, el 4.5% tienen dependencia funcional y el 2.4% de las personas que practican actividad física en sala también necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas, no existiendo personas con dependencia en las otras categorías. Además, se ha comprobado que no existe relación significativa entre estas variables.

En cuanto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: todas las personas que realizan deporte afirman sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte, presentando porcentajes superiores al 90% las personas que realizan actividad física en sala o al aire libre. Además, existe una relación baja, pero significativa entre estas variables; las personas que realizan actividad física en sala son las que en mayor porcentaje afirman que les gusta su cuerpo ahora, con un 85.7%, encontrándose una relación significativa y ligera entre estas variables; todas las personas que hacen deporte afirman que no les falta

fuerza para hacer las cosas, descendiendo este porcentaje al 72.7% en las personas que hacen actividad física al aire libre, al 68.2% en las que practican actividades acuáticas y al 58.5% en las personas que realizan actividad física en sala, aunque no existe relación significativa al respecto; las personas que practican actividades al aire libre son las más predispuestas a aprender un nuevo deporte (66.7%), seguidas por las que realizan actividades acuáticas (61.9%), aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables; todas las personas que hacen deporte se creen capaces de correr suavemente, descendiendo este porcentaje al 72.7% en las que practican actividades al aire libre, al 61.9% en las que hacen actividades acuáticas y al 55.4% en las que practican en sala, aunque a pesar de ello, no se ha encontrado una relación significativa entre ambas variables; todas las personas que practican deporte se sienten atractivas y el resto de categorías presentan porcentajes superiores al 70% al respecto, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables; las personas que afirman sentirse más fuertes que otras de su misma edad presentan porcentajes superiores al 70% en todas las categorías, excepto en deportes, donde ninguna persona realiza dicha afirmación. Aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables queda reflejado que un amplio porcentaje de personas practicantes se sienten más fuertes que otras personas de su edad; más del 90% de las personas practicantes en todas las categorías de actividad física creen que tienen buen aspecto físico, siendo las que practican actividades al aire libre y deportes las que mayor porcentaje presentan, aunque no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables; personas que en mayor porcentaje afirman sentirse con energía son las que practican al aire libre (90.9%) y las que menor porcentaje presentan al respecto son las que hacen deporte (50%). A pesar de lo expuesto anteriormente no se ha encontrado una relación significativa entre estas variables.

En relación a la frecuencia de práctica, más del 40% de las personas mayores practicantes de actividad física o deporte realizan dicha práctica dos veces por semana, alrededor del 30% lo hace tres veces por semana, el 18.2% más de tres veces y tan solo práctica únicamente una vez por semana el 8.8%.

Atendiendo a este aspecto, en la Encuesta de Empleo del tiempo realizada por el INE en 2002-2003 se obtiene que un 52.8% de las personas mayores de 65 años realizan actividad física o deporte y actividades al aire libre con una duración media de 2,13 horas (Del Barrio, 2007). Al comparar estos datos por los presentados en la encuesta correspondiente al año 2009 se observa que a pesar de que el número de personas

mayores practicantes de estas actividades aumenta ligeramente (50.5%) la duración media dedicada a dichas actividades disminuye hasta 1,54 horas (IMSERSO, 2011).

Por su parte, el Centro de Investigaciones Sociológicas (2010) obtiene que el 64.6% de las personas mayores practicantes lo hace tres o más veces por semana, el 31.5% una sola vez y el 2.6% afirma que practica con mucha frecuencia. En un estudio anterior (García-Ferrando, 2006) se obtiene, en relación a los hábitos deportivos de los españoles que el 49% practicaba tres veces o más por semana, el 37% una o dos veces por semana, el 10% con menor frecuencia y el 3% sólo en vacaciones. En este mismo estudio, acotando la muestra a las personas de entre 65 y 74 años se obtiene que el 56% de ellas practicaba tres veces o más por semana, siendo el grupo sociodemográfico que practica más frecuentemente.

En la investigación de Graupera et al. (2002, citado por Martínez del Castillo et al., 2007), con una muestra restringida a mujeres mayores practicantes en programas municipales de actividad física, los resultados muestran que en el 79% de los casos, las personas que practican actividad física y deporte lo hacen con una frecuencia de dos sesiones a la semana y en el 19% tres veces. En esta línea, en referencia al trabajo realizado en el municipio de Madrid en 2002, estos autores señalan que las personas mayores practicantes lo hacían tres o más días a la semana, entre diario y por las mañanas, así como que la mayoría no se gastaba nada de dinero en ello.

Igualmente, no se han encontrado investigaciones que aborden la relación entre las variables objeto de investigación y la variable horas de práctica de actividad física o deporte semanal realizadas. Así, se obtenido los siguientes resultados:

Ninguna de las personas que practican actividad física y deporte más de tres veces por semana afirma estar nada satisfecha con su estado de salud, y únicamente el 3.6% señala que está algo satisfecha con el mismo, mientras que el 64.3% y el 32.1% afirman estar bastante y muy satisfechas con su estado de salud respectivamente. Por otra parte, en las personas que practican actividad física o deporte una sola vez por semana se obtienen los menores resultados respecto a la consideración de estar muy satisfechos con su estado de salud (14.3%) y los mayores respecto a estar nada o algo satisfecho con éste (7.1% y 35.7% respectivamente), aunque no existe relación significativa entre estas variables.

Las personas que mayor porcentaje presentan al percibir su condición física como buena y muy buena son las que practican más de tres veces a la semana (70.8% y 24.1% respectivamente). Igual que en el caso anterior, las personas que mayor

porcentaje presentan al percibir su condición física como mala o algo deficiente es el grupo que practica actividad física o deporte una vez por semana (7.1% y 21.4% respectivamente). A pesar de ello, no existe relación significativa entre estas variables.

Ninguna de las personas que practica dos o más de tres veces por semana necesita ayuda con las tareas cotidianas, aunque un pequeño porcentaje del 2.1% de las personas que practican tres veces semanales sí la necesitan. Además, existe una relación moderada entre estas variables, siendo ésta significativa.

En relación a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: las personas que en mayor porcentaje afirman sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte son las que practican dos y más de tres veces a la semana (95.6% y 96.6% respectivamente), no obstante, el resto presentan porcentajes superiores al 85%; a mayor frecuencia de práctica los porcentajes de personas a las que les gusta su cuerpo son superiores; en cuanto a si a las personas mayores no les falta fuerza para hacer las cosas se aprecia la misma tendencia que en el caso anterior, las personas que practican tres y más de tres veces semanales son las que presentan mayores porcentajes de respuestas afirmativas (61.4% y 63% respectivamente) al sentirse capaces de aprender un deporte; a mayor frecuencia de práctica se obtienen mayores porcentajes de respuestas afirmativas al creerse capaces de correr suavemente; en cuanto a si las personas se sienten atractivas o no, los porcentajes obtenidos son bastante similares, aunque las personas que practican más de tres veces semanales obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas (80%); las personas que practican dos veces semanales obtienen los mayores porcentajes en relación a sentirse más fuerte que otras de su edad (80.4%); en todos los grupos de frecuencia las personas mayores perciben que tienen buen aspecto físico con porcentajes superiores al 90%, siendo las que practican más días las que presentan el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (95.8%); las personas que en mayor porcentaje afirman sentirse con energía son las que practican actividad física o deporte más de tres veces semanales, con un 89.3%. Cabe destacar que no se ha obtenido relación significativa en ninguno de los casos expuestos anteriormente.

Tal y como se ha expuesto anteriormente son muchas las investigaciones actuales que han demostrado que el ejercicio físico influye favorablemente en la percepción de la propia imagen corporal, el autoconcepto, la autoestima (Stewart et al., 1994; Oña, 2002; Strawbridge et al., 2002; Allmer, 2003; Denk y Pache, 2003 Pühse, 2003; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Soler, 2006; Castillo, 2009; Speck et al., 2009;

González, 2010; Musanti, 2011 y Rey Canales y Táboas, 2011) y la autoeficacia (Ruiz et al., 1996; Taylor et al., 2004 y Paxton et al., 2010).

Por otra parte, más del 60% de las personas practicantes realizan las actividades físicas o deportivas en presencia de un profesor, aunque un preocupante 40% (aproximadamente) lo hace en ausencia de esta figura.

En este sentido, no se debe olvidar que, tal y como expone Párraga (2009), no todas las personas mayores que practican actividad física y deporte lo hacen de manera correcta. Así, López-Miñarro (2008) apunta que la mayoría de los ejercicios que tienen un alto índice de peligrosidad para las estructuras corporales pueden sustituirse por otros ejercicios más seguros, especialmente en épocas de crecimiento y durante el proceso de involución. En la misma línea, Castillo (2009) señala que es necesario que para que un ejercicio resulte beneficioso para la salud, éste debe realizarse de forma correcta.

Por ello, Shephard (1994), Skelton y Beyer (2003), Nelson et al. (2007), Briones (2009) y Párraga, Jimeno y Expósito (2009) destacan que los ejercicios realizados por las personas mayores deben ser personalizados, y por tanto controlados por un profesional, especialmente los que son realizados por personas con algún problema de salud (Mazzeo et al., 1998 y Marcos-Becerro, 2002). Igualmente, Campos et al. (2011) manifiestan que los posibles beneficios que puede aportar la práctica de actividad física y deporte para las personas mayores dependen primordialmente de los profesionales de la actividad física y del deporte que impartan las actividades, ya que si éstos no poseen la formación adecuada puede existir el riesgo de que se generen problemas con efectos negativos sobre los practicantes, en lugar de dichos beneficios.

Al respecto, Romo y Cancela (2002) obtienen que entre los principales factores que condicionan la evolución y eficacia de los programas se encuentran las habilidades o conocimientos de los propios profesores o monitores y el grado de adecuación o ajuste que existe entre las actividades o contenidos del programa y sus objetivos. Además, estos dos aspectos (profesor o monitor y tipo de programa) son dos de los aspectos más valorados por los profesionales, presentando un 8,5 y un 8,3 (sobre 10) de media respectivamente. Del mismo modo, en el estudio de Nuviala, Fernández y Fernández, (2009) la dimensión “técnicos” es la que obtuvo la valoración más alta.

Atendiendo a estudios que abordan la práctica de actividad física y el deporte por parte de las personas mayores en presencia de profesor, en la encuesta de hábitos deportivos realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2010) se obtiene, al

contrario que en la presente investigación, que de las personas mayores de 65 años practicantes de ejercicio físico, un 65.1% lo realiza por su cuenta (es decir, sin profesor), un 27% como actividad de un club, asociación, organización o federación y un 4.9% señala otras respuestas. Resultados muy similares a los obtenidos en esta tesis doctoral son los obtenidos en el estudio de Martínez del Castillo et al. (2007), ya que en la Comunidad de Madrid, el 65% de los practicantes realiza actividad físico-deportiva en presencia de profesor y el 35% lo hace en ausencia de éste y en el estudio de Jiménez-Beatty (2002), donde se obtiene que en el municipio de Madrid las personas mayores practican actividad física en mayor medida en presencia de un técnico o profesor.

Finalmente, para concluir este apartado se expondrán los resultados obtenidos tras comprobar la relación existente entre las variables objeto de investigación y la variable presencia o ausencia de profesor en las actividades o deportes practicados. Cabe destacar que aunque existen estudios que relacionan las variables sociodemográficas con la práctica en presencia de profesor (Jiménez-Beatty, 2002, Martínez del Castillo et al., 2007, Martín et al., 2008 y Martínez del Castillo et al., 2009), no se han encontrado investigaciones que relacionen esta variable con las variables abordadas en el presente trabajo. Así, los resultados obtenidos son los siguientes:

Las personas que realizan actividades físicas o deportes dirigidos por profesor presentan mayores porcentajes en los ítems muy y bastante satisfechos con su estado de salud, con un 28% y un 56% respectivamente, frente a un 25.9% y un 46.6% respectivamente obtenido por las personas cuya actividad no es dirigida. Sin embargo, cabe destacar que no se ha obtenido una relación significativa entre estas variables

Los resultados obtenidos en la percepción de la condición física como muy buena son muy similares entre ambos grupos (19.4% en las personas cuya actividad es dirigida, 20.7% en las personas que practican actividades no dirigidas). Además, se observa que las personas practicantes en presencia del profesor perciben su condición física como buena en un mayor porcentaje (70.4%, frente a un 63.8%) y que las personas que no practican en presencia de un profesor obtienen mayor porcentaje al percibir su condición física como algo deficiente o mala, aunque no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Un 3% de las personas practicantes de actividad física o deporte en presencia de profesor tienen dependencia funcional, mientras que tan sólo un 1.7% de las personas practicantes de actividad física o deporte sin presencia de profesor son dependientes.

Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: un 96.1% de personas que sí practican con profesor se creen capaces de hacer gimnasia o deporte, reduciéndose este porcentaje al 86% en las personas que practican sin profesor; en cuanto a si a las personas mayores les gusta su cuerpo ahora, los porcentajes son similares en ambos grupos; las personas que practican sin profesor afirman en mayor porcentaje que no les falta fuerza para hacer las cosas; un mayor porcentaje de personas que practican con profesor se creen capaces de aprender algún deporte nuevo, con un 60.9%; los porcentajes obtenidos en relación a creerse capaces de correr suavemente son similares en las personas que practican con y sin profesor (57% y 60% respectivamente); las personas que practican sin profesor presentan mayor porcentaje en relación a sentirse atractivas que las que lo hacen en presencia de esta figura; también estas personas afirman en mayor porcentaje sentirse más fuertes que otras de su edad; la gran mayoría de las personas que practican sin profesor piensan que tienen buen aspecto físico (98%); las personas que practican con y sin profesor presentan idénticos porcentajes al sentirse con energía. Cabe destacar que únicamente se ha obtenido una relación baja y significativa al relacionar el ítem *hacer gimnasia o deporte* con la variable *presencia de profesor*.

Finalmente, Mänty et al. (2009) en una investigación con un grupo de control llevada a cabo en Finlandia durante dos años, encontraron que las personas que fueron asesoradas en relación a la actividad física que debían realizar, aumentaron sus niveles de práctica de actividad física (al menos manteniéndose moderadamente activos), y mejoraron su movilidad, aumentando así su nivel de forma física.

6.2.2 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente. Relaciones con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor

Aproximadamente el 43% de las personas integrantes de la demanda latente afirman estar bastante satisfechas con su estado de salud, el 30% señalan que están algo satisfechas con el mismo, y con porcentajes de entre un 12% y un 15% se encuentran las personas nada satisfechas con su estado de salud y muy satisfechas con éste. Así, se

puede comprobar que el porcentaje de personas bastante o muy satisfechas con su estado de salud es bastante inferior al obtenido en la demanda establecida.

Atendiendo a la condición física percibida por las personas mayores que integran el grupo de la demanda latente, más de un 50% percibe su condición física como buena, un 32% como algo deficiente, un 8.5% como muy buena y un 6.8% como mala. Al igual que pasaba en el caso anterior estos resultados muestran porcentajes de condición física percibida como buena o muy buena sensiblemente inferiores a los obtenidos en la demanda establecida.

En la demanda latente, el 85.6% de las personas no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas y el 14.4% de las mismas sí necesita dicha ayuda. Se puede observar que el porcentaje de personas dependientes aumenta considerablemente si se compara con el obtenido en la demanda establecida (2.5%).

Entre un 75% y un 80% de las personas que son capaces de hacer gimnasia o deporte, perciben que tienen buen aspecto y se sienten con energía. Además, a un 67.3% le gusta como es su cuerpo actualmente y un 61.8% de las personas se creen capaces de aprender algún deporte. Asimismo, se debe tener en cuenta que alrededor del 55% de las personas se sienten atractivas para los demás y consideran que están más fuertes que otras personas de su edad y que menos del 50% de las personas creen que son capaces de correr suavemente y muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (41.4% y 42.7% respectivamente). Al comparar estos resultados con los obtenidos en la demanda establecida se aprecia que todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal presentan menores porcentajes en la demanda latente, excepto el ítem “aprender algún deporte” que presenta un porcentaje similar en ambos casos.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de investigación según las variables sociodemográficas en la demanda latente se han obtenido los siguientes resultados:

En la demanda latente las personas de mayor edad obtienen mejores resultados en relación a estar bastante o muy satisfecho con el propio estado de salud que las personas de menor edad (61% y 55.2% respectivamente), al contrario de lo que ocurre en la demanda establecida (79.1% y 80.1% respectivamente). Cabe destacar que en este caso existe un mayor número de personas menores de 74 años que no están nada satisfechas con su estado de salud.

Al igual que en la demanda establecida, las mujeres obtienen mejores resultados que los hombres en los ítems muy y bastante satisfechas con su estado de salud, aunque

en la demanda latente no se observan grandes diferencias entre sexos y no se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Aunque no se ha obtenido una relación significativa al respecto, al igual que ocurre a nivel general y en la demanda establecida se observa que a medida que aumenta la clase social mejora el estado de salud percibido por las personas mayores.

Igualmente, los resultados coinciden con los de la demanda establecida al comprobarse que en los municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes se obtiene el mayor porcentaje de personas muy satisfechas con su estado de salud, siendo el estrato que mayor porcentaje presenta al respecto. Aunque en este caso se aprecia que es en el estrato perteneciente a los municipios de menos de 10.000 habitantes en el que mayor porcentaje se obtiene al estar bastante satisfecho con el estado de salud. Se ha comprobado que existe una relación moderada y significativa entre estas dos variables.

Al contrario de lo que se obtiene en la demanda establecida, en la demanda latente el grupo de personas de más edad percibe su condición física como buena y muy buena en mayor medida que el grupo de menos edad; los porcentajes obtenidos al respecto entre hombres y mujeres son bastante similares y las personas de clase media/alta son las que en mayor medida perciben su condición física como buena o muy buena. No obstante los datos coinciden al mostrar que en ambos grupos de demanda son las personas de los municipios pequeños las que presentan mayor porcentaje de percepción de la condición física como buena o muy buena. No se han encontrado diferencias significativas entre estas variables.

En relación a la dependencia funcional, se obtiene, que al igual que ocurre en la demanda establecida, en la demanda latente las personas que más dependencia presentan son las del grupo de más edad. Aunque en este caso sí existen diferencias entre sexos, ya que las mujeres presentan mayor porcentaje de dependencia funcional que los hombres; sí existen diferencias considerables entre clases sociales, siendo las personas de clase baja las que mayor dependencia muestran y son los municipios pequeños en lugar de los grandes los que mayor porcentaje de personas dependientes obtienen. Destacar que no se han encontrado relación significativa entre estas variables.

Seguidamente serán expuestos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariable entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda latente:

Se coincide con los datos obtenidos en la demanda establecida en que no se observan grandes diferencias entre ambos grupos de edad al sentirse capaces de hacer

gimnasia o deporte y gustarles como es su cuerpo ahora. Además los datos muestran en ambos tipos de demanda que a las personas más mayores les falta fuerza para hacer las cosas en mayor medida, aunque se sienten más fuertes que otras personas de su misma edad, y que las de menor edad tienen mayor predisposición a aprender un nuevo deporte y sentirse capaces de correr suavemente. No obstante, en la demanda latente, al contrario de lo que ocurre en la demanda establecida, las personas del grupo de mayor edad se sienten más atractivas y afirman en mayor medida que su aspecto físico es bueno, y el de menor edad afirma sentirse con energía en mayor porcentaje que los mayores. Cabe destacar que los resultados de la demanda establecida son más esperanzadores en todos los ítems y que en la demanda latente no se ha encontrado relación significativa en ninguno de ellos.

En cuanto al género, los datos encontrados en la demanda latente coinciden con los de la demanda establecida en que un porcentaje ligeramente superior de mujeres que de hombres se creen capaces de hacer gimnasia o deporte; a un mayor porcentaje de hombres no les falta fuerza para hacer las cosas; los hombres se creen más capaces de correr suavemente, se sienten más atractivos, más fuerte que otras personas de su misma edad, con mejor aspecto físico. No obstante, se encuentran diferencias al hallar que en la demanda latente son los hombres los que obtienen un porcentaje más elevado que las mujeres en relación a gustarle su cuerpo tal y como es actualmente; se obtienen similares porcentajes en ambos sexos en cuanto a creerse capaces de aprender algún deporte nuevo y los hombres afirman sentirse con más energía que las mujeres. Únicamente se ha obtenido relación significativa y ligera en el ítem “ser capaz de correr suavemente” en la demanda latente.

En ambos tipos de demanda se encuentra que no existen grandes diferencias entre clases sociales al sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte; que son las personas de clase alta las que en mayor medida se creen capaces de correr suavemente y que las personas de clase alta son las que en menor porcentaje afirman sentirse atractivas. Al contrario que ocurre en la demanda establecida no se obtiene que a medida que aumenta la clase social mejora el gusto por su cuerpo, aunque en la demanda latente sí se observa esta tendencia al afirmar que no les falta fuerza para hacer las cosas y en esta demanda el mayor porcentaje de personas que afirman estar más fuertes que otras se encuentra en la clase media. Además en la demanda latente sí se encuentran diferencias entre clases sociales al sentirse con energía, obteniéndose los mayores resultados entre las personas de clase alta. En ambos casos las personas de

clase alta son las más predispuestas a aprender algún nuevo deporte, seguidas de las de clase baja y media, y no se encuentran grandes diferencias entre percibir su aspecto físico como bueno entre las clases medias y altas. En la demanda latente no se han encontrado relaciones significativas al respecto.

En cuanto al tamaño demográfico, se obtiene que en ambos grupos de demanda (establecida y latente) las personas que en menor porcentaje se creen capaces de hacer gimnasia o deporte son las que residen en municipios grandes; las personas a las que más les gusta su cuerpo son las de los municipios pequeños, al igual que las que afirman en mayor porcentaje no faltarles fuerza para hacer las cosas, sentirse atractivas, más fuertes que otras personas de su edad y creen que tienen buen aspecto. Las personas que en menor medida se creen capaces de aprender algún nuevo deporte son las que viven en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes en ambos casos. Además, en ambos grupos de demanda todas las personas de los municipios pequeños afirman sentirse con energía. No obstante se observan resultados totalmente diferentes al analizar a las personas que se creen capaces de correr suavemente, ya que en la demanda latente los mayores resultados son obtenidos por las que habitan en municipios medianos/pequeños y pequeños. Así, únicamente se han obtenido relaciones significativas y moderadas en los ítems “hacer gimnasia o deporte” y “le gusta su cuerpo ahora”.

Por otra parte, las actividades físicas más deseadas por las personas no practicantes, pero que desean realizar algún tipo de actividad, son las actividades en sala (50%), seguidas de las actividades en el medio acuático (33.1%) y de los deportes (10.2%). Por último, las actividades menos deseadas por estas personas son las actividades físicas al aire libre (6.8%). Similares resultados obtienen Martínez del Castillo et al. (2008), autores que señalan que las actividades más deseadas por las mujeres mayores (sin incluir el pasear) son: actividades físicas en sala (58.7%) (ejercicio físico el 39.7%; actividad física con música, bailes, aerobio, el 6.3%; y gimnasia oriental, taichi, yoga, etc, el 12.7%) y el 39.7% en actividades físicas acuáticas en vasos climatizados.

En un estudio presentado por Denk y Pache (2003) puede apreciarse que las personas mayores, al ser preguntadas por el deporte que les gustaría practicar, responden en orden descendente: gimnasia (25.6%), natación (14.8%), ciclismo (7.2%), caminatas (4.9%), baile (3.3), juegos de balón y carreras de largo recorrido (2.6% cada uno), tenis (2%), gimnasia en el agua (1.6%), golf y tenis de mesa (1.3% cada uno), y

con actividades menores al 1% se encuentran gimnasia para la columna vertebral, juegos, bolos y atletismo.

Por su parte, Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002) obtienen que en el municipio de Madrid las actividades más deseadas son las actividades físicas en el medio acuático y la gimnasia de mantenimiento, con un 26% de respuestas cada una, mientras que el restante 48% se diversifica entre otras actividades con bajos porcentajes de contestaciones cada una.

Cohen-Mansfield et al. (2004) obtienen que las personas mayores estaban más predispuestas a caminar durante media hora (86.7%) que a asistir a clases (83.2%) y que a hacer ejercicio en casa (77.6%).

No se han encontrado estudios que aborden la relación entre las variables objeto de estudio según la variable categorías de actividad física deseada por las personas mayores. Atendiendo este aspecto se han obtenido los siguientes resultados:

De las personas que desean practicar actividad física en sala, más de un 50% están bastante o muy satisfechas con su estado de salud. Por su parte, entre las personas que desean realizar actividad física en el medio acuático este porcentaje asciende al 64.1% y entre las que desean practicar actividad física al aire libre al 75%. Por último, la mitad de las personas que quieren realizar algún deporte están bastante y muy satisfechas con su estado de salud, siendo la categoría que mayor porcentaje de personas muy satisfechas presenta, aunque no existe relación significativa entre estas variables.

En todas las categorías de actividad física deseada, alrededor del 50% de las personas percibe su condición física como buena y entre un 25% y un 37.5% perciben ésta como algo deficiente. Cabe destacar que la categoría deportes es la que obtiene un mayor porcentaje de personas que perciben su condición física como mala (16.7%) y que en la categoría de actividades físicas al aire libre ninguna persona percibe su condición física como muy buena. No obstante, no existe relación significativa entre estas variables.

El 17.2% de las personas que quieren practicar actividad física en sala necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas, representando estas personas un 12.5% de las que desean realizar actividad física al aire libre, un 10.3% de las que desean practicar actividades acuáticas y un 8.3% de las personas que quieren hacer deportes. Así, se ha comprobado que no existe relación significativa entre ambas variables.

Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: el mayor porcentaje de respuestas afirmativas

en relación a sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte lo presentan las personas que desean hacer actividades acuáticas (84.6%), seguidas de las que quieren practicar en sala (79.3%), deportes (75%) y actividades al aire libre (50%); las personas a las que más les gusta su cuerpo ahora son las que desean hacer actividades en sala (72%); en todas las categorías de actividad física deseada se han obtenido porcentajes inferiores al 50% en relación a afirmar que no les falta fuerza para hacer las cosas, siendo las personas que quieren practicar actividades al aire libre las que mayor porcentaje presentan al respecto (50%); en todas las categorías las personas afirman, en más de la mitad de los casos, que se creen capaces de aprender un nuevo deporte, presentando las que quieren hacer actividades acuáticas los mayores porcentajes, con el 65.7% de respuestas afirmativas; las personas que quieren hacer deporte o practicar al aire libre se creen más capaces de correr suavemente que el resto, con un 58.3% y un 50% respectivamente; las personas que se sienten atractivas con mayor porcentaje son las que quieren hacer actividades acuáticas; las que afirman estar más fuertes que otras de su misma edad en mayor porcentaje son las que quieren hacer deporte (72.7%) y las que desean realizar actividades acuáticas (68.6%); las que desean practicar en sala obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas (80%) en relación a percibir su aspecto físico como bueno, seguidas de las que quieren hacer actividades acuáticas (76.9%), al aire libre (75%) y deportes (66.7%); las personas mayores que quieren hacer deporte son las que en mayor medida se sienten con energía, con un 90.9%. No obstante, en ninguno de los casos expuestos anteriormente se ha obtenido relación estadísticamente significativa.

Por otra parte, las personas mayores que desean practicar ejercicio físico y deporte presentan unas elevadas expectativas de práctica ya que un 33.9% de ellas quiere practicar al menos dos veces por semana, a un 22.9% le gustaría hacerlo más de tres veces por semana, a un 27.1% tres veces y a un 16.1% una sola vez. Este mismo aspecto se observa en el estudio expuesto por Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002), ya que el 76% de estas personas desean practicar tres o más veces semanales, el 15% dos veces a la semana y el 8% una vez a la semana. Del mismo modo, Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo (2007) obtienen que las personas integrantes de la demanda latente desearían practicar tres veces por semana o más (70%), dos veces por semana (21%) y tan sólo un 7% respondió que deseaba practicar una vez a la semana.

Atendiendo a los datos únicamente de las mujeres mayores, Martínez del Castillo et al. (2008) señalan que las mujeres de la demanda latente también tienen unas

elevadas expectativas de práctica regular, ya que la mayoría desearía practicar dos horas o más a la semana (la media se sitúa en 2,72 horas). Así, los resultados obtenidos por estos autores son los siguientes: dos horas, el 38.1%; tres horas el 27%; y más de tres horas, el 19%. Únicamente un 15.9% de estas mujeres contestó una hora a la semana.

Por su parte, Cohen-Mansfield et al. (2004) encuentran que entre el 77% y el 87% de las personas, en función del tipo de actividad deseada contestaron que estaban interesados en realizar algún tipo de ejercicio físico al menos una vez a la semana, un 30.5% de las personas estaban dispuestas a caminar tres veces por semana, un 25.1% dos veces semanales y el 24.4% afirmaban estar dispuestos a caminar más de tres veces a la semanas. En cuanto a asistir a clases de actividad física y deporte, la respuesta más común fue que los mayores deseaban hacerlo dos veces a la semana, con un 37.6%, mientras que el 27% de éstos responden que están dispuestos a asistir tres veces semanales. En relación a las personas que señalan estar dispuestas a hacer ejercicio en casa, un 64.4% de las personas entrevistadas señalan que están dispuestas a hacer ejercicio en casa tres veces por semana o más. Sin embargo, un gran porcentaje (22.4%) no estaban dispuestos a realizar ejercicio en casa, con una tasa de rechazo superior al de las otras formas de ejercicio.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de estudio con la variable horas de práctica de actividad física o deporte semanal deseadas en la demanda latente, en el presente estudio se han obtenido los siguientes resultados:

El 70% de las personas que quieren practicar actividad física o deporte dos veces por semana están bastante o muy satisfechas con su estado de salud. Este porcentaje se reduce en el caso de las personas que desean practicar más de tres veces por semana (50.1%) y tres veces a la semana (48.1%). Asimismo, se constata que el 57.9% de las personas que únicamente quieren practicar actividad física o deporte una vez a la semana están bastante o muy satisfechas con su estado de salud. Esto puede deberse a que las personas que perciben mejor su salud tienen expectativas más realistas y las que la perciben peor tienen bastante necesidad de práctica.

Por otra parte, el 70% de las personas que desean practicar actividad física o deporte dos veces por semana perciben su condición física como buena o muy buena (60% y 19% respectivamente), el 59.2% de las personas que desean practicar tres veces por semana perciben su condición física de esta forma, siendo este porcentaje del 58.1% en las personas que quieren practicar más de tres veces semanales y del 52.7% en las

personas que quieren practicar una sola vez por semana. Por tanto, las personas que mejor perciben su condición física tienen mayores expectativas.

Asimismo, las personas que prefieren practicar un día a la semana presentan mayor índice de dependencia (26.3%) que las que quieren practicar dos, tres o más días a la semana (10.3%, 18.5% y 6.3% respectivamente).

En los tres casos anteriores se ha comprobado que no existe relación significativa entre variables.

Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: las personas que en mayor porcentaje se creen capaces de hacer gimnasia o deporte son las que quieren practicar menos días a la semana; cuanto menor es la frecuencia de práctica deseada mayor porcentaje se obtienen en cuanto a percibir el aspecto físico como bueno; respecto a las personas que afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas se obtienen similares porcentajes en todas las categorías de actividad física deseada; las personas más predispuestas a aprender un nuevo deporte son las que quieren practicar dos y más de tres veces semanales, con un 66.7% en ambos casos; en todas las categorías se obtienen similares porcentajes en cuanto a creerse capaces de correr suavemente, excepto en la de las personas que quieren practicar dos días, que presenta un 30% de respuestas afirmativas; las personas que en menor porcentaje se sienten atractivas son las que quieren practicar más de tres veces semanales, con un 32%, obteniéndose más del 65% en el resto de categorías; las personas que quieren practicar dos y tres días son las que obtienen mayores porcentajes al sentirse más fuertes que otras personas de su edad; nuevamente las personas que quieren practicar dos y tres días son las que obtienen mayores porcentajes al considerar su aspecto físico como bueno (82.4% y 79.2% respectivamente); las personas que se sienten con más energía son las que quieren practicar actividad física más de tres veces semanales. A pesar de lo expuesto anteriormente, en ningún caso se ha encontrado relación estadísticamente significativa.

La gran mayoría de las personas que desean realizar algún tipo de actividad física o deporte les gustaría que dicha actividad fuera supervisada por un técnico o profesor (85.6%). Igualmente, Jiménez-Beatty y Martínez del Castillo (2007), obtienen que el 87% de las personas que desean practicar actividad físico-deportiva preferiría practicarla en presencia de un profesor.

Similares resultados que los obtenidos en esta investigación se encuentran en el estudio de Martínez del Castillo y Jiménez-Beatty (2002), en el cual el 88% de las

personas mayores integrantes en la demanda latente en el municipio de Madrid preferirían practicar ejercicio físico con la presencia de un profesor o profesora, siendo esta presencia más deseada por las mujeres (85%) que por los hombres (77%). En cuanto a la edad de las personas, tanto las menores como las mayores de 74 años presentan porcentajes superiores al 80% en relación a desear realizar actividad física o deporte en presencia de profesionales. Atendiendo a la clase social de las personas mayores, todas las de clase alta desean practicar en presencia de profesor o profesora, representando más del 80% este deseo en las clases medias y bajas. Por último, cuando se relaciona la actividad física deseada con la expectativa de presencia de profesor, a un 99.2% de las personas mayores que desearían realizar gimnasia de mantenimiento quieren hacerlo en presencia de un profesor o profesora, representando un 85% del total este porcentaje en la actividad de natación.

En este sentido, se deben tener en cuenta las preferencias de práctica de las propias personas mayores, ya que tal y como exponen Denk y Pache (2003), un 21.4% de las personas mayores entre 61 y 70 años entrevistadas afirman que una de las condiciones para comenzar a realizar actividad física y deporte sería que los participantes y profesores les trataran con simpatía. A pesar de ello, este aspecto es menos valorado por las personas mayores de 70 años (2.1%).

Por su parte, Campos et al. (2011) explican que es importante que los profesionales desarrollen las clases satisfaciendo las necesidades de estas personas, adaptándose a sus circunstancias y características personales, realizando una adecuada, individualizada y eficiente intervención docente y concienciándolas de la importancia de la práctica de actividad física y deporte y de sus beneficios. Del mismo modo, Resnick et al. (2005), en una investigación sobre las perspectivas de las personas mayores para realizar ejercicio físico destacan la importancia de la evaluación realizada de forma individualizada por un profesional, con el objetivo de detectar los programas de ejercicio más adecuados y seguros para cada persona.

No se han encontrado estudios que aborden la relación existente entre las variables objeto de esta investigación y la variable presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente. Así, en el presente trabajo se han obtenido los siguientes resultados:

Las personas que sí quieren que la actividad física deseada sea supervisada presentan menor satisfacción con su estado de salud. Además, se ha comprobado que existe una relación moderada entre estas variables, siendo ésta significativa.

Igualmente, las personas que quieren que la actividad física deseada sea supervisada presentan peor percepción de su condición física, aunque no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables.

Un porcentaje ligeramente superior de las personas a las que sí les gustaría que la actividad deseada fuera supervisada son dependientes (14%, frente a un 11.8% de personas a las que no les gustaría la presencia de profesor), aunque no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables. En este sentido, Cohen-Mansfield et al. (2004) se encuentran que las personas mayores con mayor discapacidad física valoran en mayor medida practicar ejercicio físico en presencia de un profesional de la salud o un profesional que evalúe el programa, el tipo de ejercicios que deben practicar y sus efectos, practicar en grupo para socializar, y hacerlo con música.

Respecto a los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal, los resultados obtenidos son los siguientes: un mayor porcentaje de personas que sí desean practicar actividad física con profesor se cree capaces de hacer gimnasia o deporte (80%) respecto a las personas que no quieren practicar con profesor (70%); las personas que sí quieren practicar con profesor presentan un mayor porcentaje respecto a gustarles su cuerpo que las que desean hacerlo sin la presencia de éste (68.5% y 64.7% respectivamente), aspecto que podría influir en el deseo de practicar con o sin técnico o profesor; las personas que prefieren practicar sin técnico presentan mayor porcentaje al afirmar que no les falta fuerza para hacer las cosas, con un 64.7%, respecto al 39.4% obtenido en el otro grupo. El hecho de sentirse con fuerza suficiente podría suponer que estas personas se crean autónomas para realizar actividad física; las personas que quieren practicar con profesor afirman en mayor medida estar predispuestas a aprender un nuevo deporte, con un 63% de respuestas positivas, frente al 52.9% encontrado en las personas que quieren practicar sin técnico; las personas que quieren practicar sin profesor obtienen mayor porcentaje al sentirse capaces de correr suavemente (58.8%) que el otro grupo (37.8%); las personas que desean practicar con profesor se sienten más atractivas que las que no (59.5% y 50% respectivamente); tanto las personas que desean practicar actividad física con profesor como las que no obtienen similares porcentajes en relación a sentirse más fuertes que otros; similares resultados se encuentran entre las personas que perciben su aspecto físico como bueno o no; las personas mayores que no desean practicar con profesor presentan mayor porcentaje de respuestas afirmativas en relación a sentirse con energía que las que desean hacerlo en

presencia de éste (88.2% y 72.3% respectivamente). En ningún caso se ha obtenido relación estadísticamente significativa.

6.2.3 Salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente. Relaciones con las variables sociodemográficas

El 43.5% de las personas mayores integrantes de la demanda ausente está bastante satisfecha con su estado de salud, con el 24.5% se encuentra algo satisfecha, el 19.2% muy satisfecha y el 12.8% nada satisfecha. Al igual que ocurre en la demanda latente, el porcentaje de personas bastante o muy satisfechas con su estado de salud es bastante inferior al obtenido en la demanda establecida.

Por otra parte, se ha obtenido que casi la mitad de las personas mayores perciben su condición física como buena (47.3%), el 31.3% como algo deficiente, el 12% como mala y tan sólo el 9.3% como muy buena. Igualmente, estos resultados muestran porcentajes de condición física percibida como buena o muy buena considerablemente inferiores a los obtenidos en la demanda establecida y muy similares a los de la demanda latente.

Asimismo, un 88.9% de las personas mayores enmarcadas en la demanda ausente no necesitan ayuda para realizar las actividades cotidianas, mientras que las personas que sí la necesitan suponen el 11.1% del total. Se observa que el porcentaje de personas dependientes es menor que el obtenido en la demanda latente, aunque muy superior al compararlo con el obtenido en la demanda establecida (2.5%).

En lo que a la competencia motriz y corporal percibida se refiere, casi el 80% de las personas (77.9) considera que tiene buen aspecto físico, entre un 65% y un 70% de las personas le gusta como es su cuerpo ahora (69%), se sienten atractivas (66.4%) para las demás y se siente habitualmente con energía (64.9%). Además, se puede observar que más de la mitad de las personas (57.7%) consideran que están más fuerte que otras personas de su edad. Asimismo, casi la mitad de las personas mayores en la demanda ausente se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte (46.8%) y muchas veces les falta fuerza para hacer las cosas (41.9%), y únicamente entre un 20% y un 25% de las personas creen que son capaces de correr suavemente y que serían capaces de aprender un deporte nuevo. Si se comparan estos resultados con los obtenidos en la demanda establecida se aprecia que al igual que ocurre en la demanda latente todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal presentan menores porcentajes en la

demanda ausente. Asimismo, aunque algunos de estos resultados son similares a los obtenidos en la demanda latente, se obtienen menores porcentajes en los siguientes ítems en esta demanda: “hacer gimnasia o deporte”; “aprender algún deporte”; “correr suavemente” y “se siente con energía”, y mayores en el ítem “se siente atractivo”.

Por otra parte, tras efectuar el análisis bivariable entre estas variables y las variables sociodemográficas se han obtenido los siguientes resultados:

Las personas de edad igual o menor a 74 años en la demanda ausente están bastante y muy satisfechas con su estado de salud en mayor medida que las personas de mayor edad, coincidiendo con los datos obtenidos en la demanda establecida. No obstante no existe una relación significativa entre ambas variables.

En la demanda ausente se obtiene que los hombres presentan porcentajes superiores respecto a estar bastante o muy satisfecho con su estado de salud (69.5%) que las mujeres (55.4%), al contrario de lo que ocurre en los otros grupos de demanda, donde las mujeres presentan los mayores porcentajes. Además, se ha comprobado que la relación entre ambas variables es baja o ligera, pero estadísticamente significativa.

Al igual que ocurre a nivel general y en el resto de demandas, a medida que aumenta la clase social mejora el estado de salud percibido por las personas mayores. Además, existe una relación baja o ligera entre ambas variables, siendo esta relación estadísticamente significativa.

Atendiendo al tamaño demográfico, son las personas que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes las que en mayor porcentaje están muy y bastante satisfechas con su estado de salud en la demanda ausente (25.3% y 49.4% respectivamente), seguidas por las personas de municipios de pequeños (19% y 45.3% respectivamente). Existe una relación baja o ligera entre ambas variables, pero esta relación es estadísticamente significativa.

En la demanda ausente las personas menores de 74 perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena (51.5% y 11.6% respectivamente) al igual que ocurre en la demanda establecida y en el conjunto de la población. Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables y que esta relación es estadísticamente significativa.

En relación al género, en la demanda ausente, los hombres perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena (50.5% y 12.4% respectivamente) que las mujeres (44.3% y 6.5% respectivamente). Por su parte en la demanda establecida las mujeres obtienen mayores porcentajes que los hombres al percibirla

como muy buena (22.6% y 15.6% respectivamente) y que éstos obtienen mayores porcentajes al considerarla buena (71.9% por parte de los hombres y 65.6% en las mujeres) y en la demanda latente los porcentajes entre sexos son similares. Así se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, y esta relación es significativa.

A medida que aumenta la clase social las personas perciben que su condición física es mejor, al igual que ocurre en la demanda latente, aunque en la demanda establecida los mayores resultados al respecto se obtienen entre las personas de clase media. Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es estadísticamente significativa.

En la demanda ausente las personas que en mayor porcentaje perciben su condición física como buena o muy buena son las que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes (69.6%), seguidas de las personas que residen en municipios de menos de 10.000 habitantes (56.5%), mayores de 100.000 (52.1%) y entre 10.000 y 50.000 (51%). En las otras demandas las personas de los municipios pequeños son las que presentan mayor porcentaje de percepción de la condición física como buena o muy buena. Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa.

En la demanda ausente, el grupo de personas mayores de 75 años presenta mayor porcentaje de necesidad de ayuda para realizar las tareas cotidianas que el grupo de personas menores de 74 años, al igual que ocurre en los otros grupos de demanda. Además se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre estas variables, aunque esta relación es significativa.

Por otra parte, en la demanda ausente existe un mayor porcentaje de mujeres con dependencia funcional (15.3%) que de hombres (6.7%), al igual que en la demanda latente, aunque en la demanda establecida los resultados son similares entre sexos. Asimismo, se ha comprobado que existe una relación baja o ligera entre ambas variables, y esta relación es significativa.

En la demanda ausente, al igual que en la demanda latente, a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas dependientes, obteniéndose una relación significativa, aunque baja o ligera entre estas variables.

En relación al tamaño demográfico, no coincide con las otras demandas, ya que en la demanda ausente los resultados sobre la necesidad de ayuda para realizar las

actividades cotidianas es similar en todos los estratos (entre 9% y 13%), aunque no se ha obtenido una relación significativa entre ambas variables.

Seguidamente serán expuestos los resultados obtenidos tras efectuar el análisis bivariante entre los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y las variables sociodemográficas en la demanda ausente:

Al contrario de lo que ocurre en el resto de grupos de demanda, en la ausente se han encontrado grandes diferencias entre ambos grupos de edad a la hora de creerse capaces de hacer gimnasia o deporte, ya que del grupo de personas menores de 74 años, más de la mitad se creen capaces de hacer gimnasia o deporte (59.5%), siendo únicamente el 35% de las personas de más de 75 años las que creen que pueden realizar este tipo de actividades. También se obtienen resultados diferentes al ser el grupo de personas menores el que afirma sentirse más fuerte que otras personas de su misma edad en mayor porcentaje. Al igual que ocurre en los otros grupos de demanda, a las personas más mayores les falta fuerza para hacer las cosas en mayor medida, las de menor edad tienen mayor predisposición a aprender un nuevo deporte y se creen capaces de correr suavemente. Por otra parte, se coincide con la demanda establecida en que las personas menores de 74 años se sienten atractivas al compararlas con el grupo de personas mayores de 75 años (68% y 64.6% respectivamente), y en que el grupo de personas de más edad es el que en mayor porcentaje afirma que su aspecto físico es bueno en la demanda ausente. Además, se coincide con la demanda latente en que las personas menores de 74 años afirman en mayor porcentaje sentirse con energía (67.1%) que las personas mayores de 75 años (62.7%). Cabe destacar que únicamente se ha encontrado relación significativa, aunque baja en los ítems “hacer gimnasia o deporte”, “no falta fuerza para hacer las cosas”, “aprender un nuevo deporte” y “correr suavemente” y que en general, los resultados obtenidos en la demanda establecida son más esperanzadores que los obtenidos en el resto de demandas.

Atendiendo a la variable sociodemográfica género, al contrario de lo que ocurre en las otras demandas, en la demanda ausente un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (56.8% y 37.1% respectivamente) se creen capaces de hacer gimnasia o deporte. Se coincide con la demanda latente en que los hombres obtienen un porcentaje más elevado que las mujeres en relación a gustarle su cuerpo tal y como es actualmente y con la demanda establecida en que los hombres se sienten con más energía. Los datos, al igual que en las otras demandas muestran que a un mayor porcentaje de hombres no les falta fuerza para hacer las cosas; se creen más capaces de correr suavemente, aunque

en la demanda ausente los porcentajes son muy bajos al respecto; se sienten más atractivos; más fuerte que otras personas de su misma edad y con mejor aspecto físico. En todos los ítems se ha obtenido relación ligera y significativa, excepto en el ítem “se sienten atractivo”, donde no se ha encontrado relación significativa.

En la demanda ausente sí se encuentran diferencias entre clase social, y ser capaces de hacer gimnasia o deporte, siendo menos capaces las personas de clases bajas. Igualmente se obtienen diferencias al sentirse capaces de correr suavemente, siendo las personas de clase alta las que mayor porcentaje presentan. Además, las personas de clase alta son las que en mayor porcentaje afirman sentirse atractivas (75%), obteniéndose similares porcentajes al respecto en los grupos de personas de clase media y baja (67.8% y 62.6% respectivamente). A medida que disminuye la clase social de las personas mayores, éstas se sienten menos fuerte que otras personas de su misma edad. Coincidiendo con la demanda establecida se obtiene que a medida que aumenta la clase social mejora el gusto por su cuerpo. Por otra parte, Las personas de clase social baja afirman en mayor medida que les falta fuerza para hacer las cosas. En todos los grupos de demanda las personas de clase alta son las más predispuestas a aprender algún nuevo deporte. Finalmente, resaltar que en todas las clases sociales se obtienen similares porcentajes en cuanto a afirmar que se sienten con energía para hacer las cosas. No se ha obtenido relación significativa en los ítems: “les gusta su cuerpo ahora”; “no les falta fuerza”; “se sienten atractivas” y “se sienten con energía”, siendo esta relación ligera en el resto de ítems.

Por otra parte, en la demanda ausente los menores porcentajes en cuanto a creerse capaces de hacer gimnasia o deporte se encuentra en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes, aunque también son las personas a las que más les gusta su cuerpo. Al igual que ocurre en los otros tipos de demanda, a las personas que presentan mayor porcentaje al afirmar no faltarles fuerza para hacer las cosas son las de los municipios pequeños. A pesar de ello, las personas que afirman sentirse más fuertes que otras en la demanda ausente obtienen similares porcentajes en todos los estratos y las personas de los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y los pequeños son las que en mayor medida perciben su aspecto físico como bueno (85.1% y 80.3% respectivamente) y se sienten más atractivos (79.4% y 77.4% respectivamente). Atendiendo a las personas que se creen capaces de aprender algún nuevo deporte en todos los estratos se obtienen porcentajes similares.

En cuanto a si las personas se creen capaces de correr suavemente, en los municipios grandes se obtienen los mayores porcentajes de respuestas afirmativas, encontrándose éstos en municipios medianos/pequeños y pequeños en la demanda latente. Por último, un 69% de las personas mayores se sienten con energía en los dos grupos de municipios medianos, reduciéndose este porcentaje al 60% aproximadamente en los municipios pequeños y grandes en la demanda ausente, obteniéndose en los otros grupos de demanda que todas las personas de los municipios pequeños afirman sentirse con energía. En los ítems “no le falta fuerza”, “aprender un deporte”, “más fuerte que otros” y “se siente con energía” se ha obtenido una relación significativa y ligera, en “más atractivo que otras” una relación significativa y moderada y en el resto no se ha obtenido relación estadísticamente significativa.

CAPÍTULO SÉPTIMO

CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

7.1 Conclusiones: características percibidas en el conjunto de las personas mayores en España

7.2 Conclusiones: características percibidas y su situación en los tipos de demanda de actividad física en la vejez

7.3 Líneas futuras de investigación

7.1 CONCLUSIONES: CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS EN EL CONJUNTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

7.1.1 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España

- La mayoría de las personas mayores en España afirman sentirse bastante o muy satisfechas con su estado de salud, aunque existe un elevado número de personas que afirman estar algo o nada satisfechas con el mismo.
- A pesar de que más de la mitad de las personas mayores perciben su condición física como buena o muy buena, existen muchas personas que la perciben como algo deficiente o mala.
- La inmensa mayoría de las personas mayores en España no necesita ayuda para realizar las tareas cotidianas, es decir, no tienen dependencia funcional.
- La mayoría de las personas mayores en consideran que tienen buen aspecto físico, se sienten con energía, les gusta su cuerpo, se sienten atractivas, opinan que están más fuertes que otras personas de su edad y se creen capaces de hacer algo de gimnasia o deporte. No obstante, menos de la mitad de estas personas afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas y que se creen capaces de correr suavemente y aprender un nuevo deporte.
- Las personas más satisfechas con su estado de salud son las que mejor perciben su nivel de condición física.
- Las personas muy satisfechas con su estado de salud no tienen dependencia funcional. Además, disminuye el número de personas dependientes a medida que aumenta la satisfacción con el estado de salud.
- La gran mayoría de las personas que perciben su condición física como buena o muy buena no tienen dependencia funcional. Además, desciende el número de personas dependientes a medida que mejora la condición física percibida.
- En todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal se obtiene que los mayores porcentajes de respuestas afirmativas los presentan las personas bastante o muy satisfechas con su estado de salud.
- A medida que mejora la percepción de la condición física por parte de las personas mayores aumenta el porcentaje de respuestas afirmativas en todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal.

- Las personas mayores que no tienen dependencia funcional presentan mayor porcentaje de respuestas afirmativas en todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal.

Respecto a la hipótesis planteada “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España*”, se observa que los resultados obtenidos confirman la hipótesis en todos los casos, excepto en los ítems *aprender un nuevo deporte, se siente atractivo y buen aspecto* al relacionar la variable *competencia motriz y corporal* con la variable *dependencia funcional*.

7.1.2 Conclusiones: relaciones entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España, con las variables sociodemográficas

- En relación a la variable *género*: los hombres están más satisfechos con su estado de salud que las mujeres; perciben que tienen mejor condición física; presentan porcentajes más bajos de dependencia funcional y obtienen mejores resultados en todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal.

- En cuanto a la variable *edad*: a medida que ésta aumenta las personas están menos satisfechas con su estado de salud; perciben peor su condición física; presentan mayor dependencia funcional y obtienen mayor porcentaje en la mayoría de los ítems de la variable competencia motriz y corporal.

- Atendiendo a la variable *clase social*: cuanto más alta es la clase social de las personas mayores, mejor perciben su estado de salud; mejor perciben su condición física; presentan menor porcentaje de dependencia funcional y se obtiene un mayor porcentaje de respuestas afirmativas en todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal.

- Respecto al *tamaño demográfico* de los municipios de residencia: las personas que en menor porcentaje afirman sentirse bastante o muy satisfechas con su estado de salud son las de los grandes municipios; siendo también éstas las que en menor medida perciben su condición física como buena o muy buena y las que mayor número de personas con dependencia funcional presentan. Finalmente, parece ser que el tamaño demográfico no es un elemento determinante en cuanto a la competencia motriz y corporal percibida.

En relación a la hipótesis planteada “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con las variables sociodemográficas*” se observa que los resultados obtenidos confirman la hipótesis en todos los casos, excepto en el ítem *aprender un nuevo deporte* al relacionarlo con la variable *género*; la variable *satisfacción con estado de salud* al relacionarla con la *edad*; los ítems *le gusta su cuerpo ahora, se siente atractivo, más fuerte que otros y buen aspecto físico* de la variable *competencia motriz y corporal* al relacionarlos con la *edad*; los ítems *se siente atractivo y se siente con energía* al relacionarlos con la variable *clase social*; la variable *dependencia funcional* al relacionarla con el *tamaño demográfico* y los ítems *le falta fuerza para hacer las cosas, se siente más fuerte que otros y se siente con energía* al relacionarlos con la variable *tamaño demográfico*.

7.1.3 Conclusiones: relaciones entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de personas mayores en España, con los hábitos de pasear

- La gran mayoría de las personas mayores camina, anda o pasea habitualmente.
- Las personas que pasean habitualmente perciben mejor su estado de salud.
- Las personas que suelen pasear perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena.
- Existe un mayor número de personas que suelen caminar y no tienen dependencia funcional.
- Las personas que pasean de forma habitual presentan mayor número de respuestas afirmativas en todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal que las que no lo hacen.

Atendiendo a la hipótesis planteada “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal del conjunto de las personas mayores en España, con los hábitos de pasear*” se observa que los resultados obtenidos confirman la hipótesis en todos los casos, excepto en la variable *dependencia funcional* al relacionarla con los *hábitos de pasear* y en el ítem *se siente atractivo* de de la variable *competencia motriz y corporal* al relacionarla con los *hábitos de pasear*.

7.2 CONCLUSIONES: CARACTERÍSTICAS PERCIBIDAS Y SU SITUACIÓN EN LOS TIPOS DE DEMANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ

7.2.1 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida

- La gran mayoría de las personas mayores que practican habitualmente actividad física o deporte se sienten bastante o muy satisfechas con su estado de salud.
- La inmensa mayoría de las personas practicantes de actividad física o deporte perciben su condición física como buena o muy buena.
- La gran mayoría de las personas de la demanda establecida no tienen dependencia funcional.
- En todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal se obtiene que la mayoría de las personas responden afirmativamente.
- En todas las variables se obtienen resultados más positivos en la demanda establecida que en el resto de los grupos de demanda.
- Atendiendo a la percepción del estado de salud según las *variables sociodemográficas* en la demanda establecida se ha obtenido que: las personas de ambos grupos de edad perciben de forma similar su estado de salud actual; las mujeres obtienen mayores porcentajes en cuanto a estar muy o bastante satisfechas con su estado de salud; en la demanda establecida no se observa que a medida que aumenta la clase social mejore la percepción del estado de salud y los mayores porcentajes de percepción del estado de salud como buena o muy buena se encuentran en los municipios pequeños.
- En cuanto a la condición física según las *variables sociodemográficas* en la demanda establecida se observa que: las personas de menor edad obtienen mayores porcentajes de condición física percibida como buena o muy buena; las mujeres obtienen un porcentaje ligeramente superior en cuanto a percibir su condición física como buena o muy buena; las personas de clase media son las que en mayor medida consideran su condición física como buena o muy buena y a pesar de que se obtienen similares porcentajes en todos los estratos demográficos, es en los municipios pequeños en los que mayor porcentaje de personas perciben su condición física como buena o muy buena.
- En relación a la dependencia funcional según las *variables sociodemográficas* en la demanda establecida se encuentra que: las personas de más edad presentan mayor porcentaje de dependencia funcional; hombres y mujeres presentan niveles similares de

dependencia funcional; la clase social alta presenta mayor porcentaje de personas con dependencia funcional y los municipios grandes presentan los mayores porcentajes de personas dependientes.

- Respecto a la variable competencia motriz y corporal según las *variables sociodemográficas* en la demanda establecida se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos: las personas de menor edad obtienen mayores porcentajes en cuanto a creerse capaces de correr suavemente; las mujeres presentan mayor porcentaje que los hombres al creerse capaces de aprender un nuevo deporte; a medida que aumenta la clase social las personas mayores presentan mayores porcentajes al creerse capaces de correr suavemente; las personas de los municipios pequeños son las que en mayor porcentaje afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas y que se sienten con energía, y las de los municipios grandes muestran mayor porcentaje al creerse capaces de aprender un nuevo deporte.

- La gran mayoría de las personas de la demanda establecida practican actividades físicas en sala, seguidas a mucha distancia por las personas que practican actividades acuáticas.

- Respecto a la variable *categorías de actividad física* según las variables objeto de investigación se obtiene relación estadísticamente significativa en los siguientes casos: todas las personas que realizan deporte afirman sentirse capaces de hacer gimnasia o deporte, presentando porcentajes muy elevados las personas que realizan actividad física en sala y al aire libre y las personas que realizan actividad física en sala son las que en mayor medida afirman que les gusta su cuerpo ahora.

- Casi tres cuartas partes de las personas mayores en la demanda establecida practican actividad física o deporte con una frecuencia de dos o tres veces semanales.

- En relación a la variable *frecuencia de práctica* de actividad física realizada según las variables estudiadas se obtiene relación estadísticamente significativa en los siguientes aspectos: la inmensa mayoría de las personas mayores que practican actividad física o deporte dos, tres o más de tres veces por semana no tienen dependencia funcional.

- Casi la mitad de las personas mayores que practican actividad física o deporte lo hacen sin la presencia de profesor o profesora.

- Atendiendo a la variable *presencia de profesor* en las actividades practicadas se obtiene relación estadísticamente significativa en los siguientes casos: las personas que practican algo de actividad física con profesor se creen más capaces de hacer gimnasia o deporte que las que lo hacen en ausencia de esta figura.

Atendiendo a las hipótesis planteadas “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida y las variables sociodemográficas*” y “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda establecida y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor*” se observa que los resultados obtenidos no confirman las hipótesis en la gran mayoría de los casos.

7.2.2 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente

- Aproximadamente la mitad de las personas integrantes de la demanda latente afirman estar bastante o muy satisfechas con su estado de salud.
- Casi la mitad de las personas de la demanda latente perciben su condición física como deficiente o mala.
- Existe un mayor número de personas dependientes en la demanda latente que en la demanda establecida.
- En la demanda latente más de la mitad de las personas responde afirmativamente a todos los ítems de la variable competencia motriz y corporal, excepto en los ítems “*no le falta fuerza para hacer las cosas*” y “*correr suavemente*”. No obstante, los resultados obtenidos son menores que en la demanda establecida en casi todos los casos.
- Atendiendo a la percepción del estado de salud según las *variables sociodemográficas* en la demanda latente se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos: las mujeres obtienen mayores porcentajes en cuanto a estar muy o bastante satisfechas con su estado de salud; las personas mayores de los municipios pequeños son las que en mayor porcentaje afirman estar bastante o muy satisfechas con su estado de salud.
- En cuanto a la condición física según las *variables sociodemográficas* en la demanda latente no se ha obtenido relación estadísticamente significativa en ningún caso.
- En relación a la dependencia funcional según las *variables sociodemográficas* en la demanda latente no se ha obtenido relación estadísticamente significativa en ningún caso.
- Respecto a la variable competencia motriz y corporal según las *variables sociodemográficas* en la demanda latente se ha obtenido relación significativa en los

siguientes casos: los hombres se creen más capaces de correr suavemente que las mujeres; las personas que residen en los municipios pequeños se creen en mayor medida capaces de hacer gimnasia o deporte y son, además, a las que más les gusta su cuerpo tal y como es actualmente.

- Las actividades físico-deportivas más deseadas por las personas no practicantes son las actividades en sala, seguidas de las actividades en el medio acuático.

- Respecto a la variable *categorías de actividad física deseada* según las variables objeto de investigación no se obtiene relación estadísticamente significativa en ningún caso.

- Las expectativas de práctica de las personas mayores son muy elevadas, ya que la gran mayoría desearían practicar actividad física o deporte dos, tres o más de tres veces semanales.

- En relación a la variable *frecuencia de práctica deseada* según las variables estudiadas no se obtiene relación estadísticamente significativa en ningún caso.

- La gran mayoría de las personas que desean realizar algún tipo de actividad física o deporte les gustaría que dicha actividad fuera supervisada por un profesor o una profesora.

- Atendiendo a la variable *presencia de profesor* en las actividades deseadas se obtiene relación estadísticamente significativa en los siguientes casos: las personas que quieren que la actividad física deseada sea supervisada presentan menor satisfacción con su estado de salud.

Atendiendo a las hipótesis planteadas “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente y las variables sociodemográficas*” y “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda latente y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor*” se observa que los resultados obtenidos no confirman las hipótesis en la gran mayoría de los casos.

7.2.3 Conclusiones: características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda ausente

- Más de la mitad de las personas de la demanda ausente afirman estar bastante o muy satisfechas con su estado de salud.
- Casi la mitad de las personas de la demanda ausente perciben su condición física como buena y pocas personas la perciben como muy buena.
- Existe un menor número de personas dependientes en la demanda ausente que en la demanda latente, aunque este número es muy superior al compararlo con las personas dependientes de la demanda establecida.
- Menos de la mitad de las personas de la demanda ausente responden afirmativamente en los ítems “*correr suavemente*”, “*aprender un deporte nuevo*”, “*no le falta fuerza*” y “*hacer gimnasia o deporte*” de la variable competencia motriz y corporal.
- Atendiendo a la percepción del estado de salud según las *variables sociodemográficas* en la demanda ausente se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos: los hombres afirman estar, en mayor medida, bastante o muy satisfecho con su estado de salud; a medida que aumenta la clase social mejora el estado de salud percibido por las personas mayores; son las personas que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes las que más afirman estar muy y bastante satisfechas con su estado de salud.
- En cuanto a la condición física según las *variables sociodemográficas* en la demanda ausente se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos: las personas menores de 74 perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena; los hombres perciben en mayor medida su condición física como buena o muy buena; a medida que aumenta la clase social las personas perciben que su condición física es mejor y las personas que en mayor medida perciben su condición física como buena o muy buena son las que residen en municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes.
- En relación a la dependencia funcional según las *variables sociodemográficas* en la demanda ausente se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos: el grupo de personas mayores de 75 años presenta mayor porcentaje de necesidad de ayuda para realizar las tareas cotidianas; las mujeres presentan mayor dependencia funcional que los hombres y a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas dependientes.

- Respecto a la variable competencia motriz y corporal según las *variables sociodemográficas* en la demanda ausente se ha obtenido relación significativa en los siguientes casos:

- *Edad*: más de la mitad de las personas menores de 74 años se creen capaces de hacer gimnasia o deporte; las personas más mayores afirman que les falta fuerza para hacer las cosas en mayor medida que las personas de menor edad; las personas menores de 74 años tienen mayor predisposición a aprender un nuevo deporte, y se más creen capaces de correr suavemente.

- *Género*: los hombres se creen capaces de hacer gimnasia o deporte y de aprender un nuevo deporte en mayor medida que las mujeres, les gusta más su cuerpo, se sienten con más energía, no les falta fuerza para hacer las cosas, se creen más capaces de correr suavemente, se creen en mayor medida más fuertes que otras personas de su edad y perciben que su aspecto físico es bueno en mayor medida que las mujeres.

- *Clase social*: las personas de clases bajas son las que se creen menos capaces de hacer gimnasia o deporte; las de clase alta son las que más capaces se sienten de correr suavemente, las que en mayor medida afirman sentirse atractivas y las más predispuestas a aprender un nuevo deporte; a medida que disminuye la clase social las personas mayores se sienten menos fuertes que otras de su misma edad.

- *Tamaño demográfico*: las personas que residen en municipios pequeños son las que más afirman que no les falta fuerza para hacer las cosas; menos de la mitad de las personas de todos los estratos demográficos están predispuestas a aprender un nuevo deporte; alrededor de la mitad de las personas de todos los estratos afirman sentirse más fuertes que otras personas de su edad; la mayoría de las personas que se sienten con energía residen en los municipios medianos; las personas de los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes y las de los municipios pequeños son las que en mayor medida afirman sentirse atractivas para los demás.

Atendiendo a la hipótesis planteada “*Existen relaciones significativas entre las características percibidas de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal en las personas mayores de la demanda ausente y las variables sociodemográficas*” se observa que los resultados obtenidos confirman la hipótesis en todos los casos, excepto en la variable *edad* al relacionarla con la *satisfacción con el estado de salud*, la variable *tamaño demográfico* al relacionarla con

la *dependencia funcional*, los ítems *más fuerte que otros*, *se siente atractivo*, *buen aspecto físico*, *se siente con energía* y *le gusta su cuerpo* al relacionar la *competencia motriz y corporal* con la *edad*; el ítem *se siente atractivo* al relacionar la *competencia motriz y corporal* con el *género*; los ítems *le gusta su cuerpo*, *no le falta fuerza*, *se siente atractivo* y *se siente con energía* al relacionar la *competencia motriz y corporal* con la *clase social* y los ítems *buen aspecto físico*, *le gusta su cuerpo*, *correr suavemente* y *hacer gimnasia o deporte* al relacionar la *competencia motriz y corporal* con el *tamaño demográfico*.

7.3 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En primer lugar, podría realizarse una investigación en España que tuviera en cuenta las mismas variables que se han estudiado en la presente tesis doctoral, aunque atendiendo únicamente a las personas que no practican actividad física, pero que les gustaría hacerlo (demanda latente) y a las personas que practican actividad física o deporte (demanda establecida), con el fin de ampliar la muestra en ambos grupos de demanda y así reducir el error muestral. De esta forma, se podría comprobar si se confirman los datos obtenidos en esta investigación sobre estos dos tipos de demanda, así como demostrar si se confirman o no las hipótesis planteadas al respecto con una muestra más numerosa. Además, sería interesante tener en cuenta la dosis exacta de actividad física realizada por las personas practicantes (Pate, 1995).

Asimismo, podría realizarse un estudio descriptivo similar al que ha sido llevado a cabo a través de la presente tesis doctoral, pero en el ámbito internacional, en el que, entre otros aspectos, podrían observarse las posibles diferencias existentes entre países desarrollados y países no desarrollados.

Por otra parte, sería interesante llevar a cabo una investigación experimental en España, mediante la cual a través de diferentes test se evalúen las variables tenidas en cuenta en la presente tesis, es decir, la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal, con el fin de comprobar la relación entre la percepción de las personas mayores sobre estas variables y los datos obtenidos en dichos test.

Otra de las posibles líneas futuras de investigación podría ser llevar a cabo programas de actividad física y deporte en los que se establezcan diferentes grupos y niveles en las actividades teniendo en cuenta las variables estudiadas en la presente tesis, es decir, en función de la condición física de las personas mayores, teniendo en

cuenta cómo perciben su estado de salud, planificando las actividades en función de los diferentes ítems de la variable competencia motriz y corporal y adaptando las actividades a las personas que padezcan dependencia funcional. Todo ello se realizaría con dos objetivos principales: reducir el número de personas mayores no practicantes y conseguir que las personas mayores pueden gozar de los diferentes beneficios derivados de la práctica física y deportiva.

Además, es importante a la hora de desarrollar futuras investigaciones relacionados con la actividad física y el deporte en la tercera edad tener en cuenta la percepción subjetiva de las personas mayores, ya que es una medida válida y confiable que aporta evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en los temas relacionados con la salud. Asimismo, permite predecir futuras situaciones y necesidades y avisa del declive en las habilidades funcionales (Schwartzmann, 2003; Fernández-Mayoralas et al., 2007 y Castejón y Abellán, 2009). Tal y como se ha explicado a lo largo de la presente tesis doctoral numerosos estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre la salud y la actividad física desarrollada adecuadamente en la tercera edad.

No obstante, se debe tener en cuenta que las variables estudiadas a lo largo de esta tesis doctoral no son percibidas de la misma forma por todas las personas, debido a que son variables dependientes en las que probablemente influyen un amplio conjunto de factores de interacción bien de carácter personal, como pueden ser las características físicas, psicológicas, afectivas, sociales y económicas; experiencias de vida pasadas; estilos de vida, nivel educativo etc., o bien factores contextuales y del entorno, como pueden ser los familiares, amigos y vecinos; la oferta de actividad física en la zona de residencia; la posibilidad de acceder a las actividades; el apoyo institucional; la información; la recomendación médica, etc. (Martínez del Castillo et al., 2006; Del Hierro, 2009; Martínez del Castillo et al., 2010 y Seguin et al., 2010). Para ello, podrían llevarse a cabo técnicas cualitativas a través de entrevistas abiertas, mediante las cuales se tratase de profundizar en todos estos aspectos.

CAPÍTULO OCTAVO

BIBLIOGRAFÍA

- Allmer, H. (2003). Actividad deportiva y abstención del deporte entre las personas mayores. En H. Denk (coord.), *Deporte para mayores* (pp. 9-23). Barcelona: Paidotribo.
- Aoyagi, Y., Park, H., Watanabe, E. and Park, S. (2009). Habitual Physical Activity and Physical Fitness in Older Japanese Adults: The Nakanojo Study. *Gerontology*, 55, 523-531.
- Arnold, P.J. (1988). Health Promotion In Society, Education And The Movement Curriculum. *Physical Education Review*, 11(2), 104-117.
- Arriba, A. y Moreno, F.J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699.
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C. and Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10.1016/j.arr.2011.04.001.
- Baltes, P.B., Reese, H.W. y Nesselroade, J.R. (1981). *Métodos de investigación en Psicología Evolutiva: Enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.
- Barata, I. y Guedes, P. (2011). A qualidade percebida em programas municipais de actividade física para idosos: validação estatística para Portugal. *Motriz: Revista de Educação Física*, 17(1), 145-159.
- Bayón, J. y Sánchez, M. (2007). *Atiaging. Vive más años sintiéndote más joven*. Barcelona: Bresca.
- Bazo, M.T. y García, B. (2006). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berlin, J.A. and Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132(4), 612-628.
- Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A. and Jeandel, C. (2000). Les effets preventifs de l'activite physique chez les personnes agees. *Presse Médicale*, 29, 1240-1248.

- Blair, S. and Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science and Sports Exercise*, 31(11), S646–S662.
- Blair, S., Cheng, Y. and Holder, S. (2001). Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits?. *Medicine and Science and Sports Exercise*, 33(6), S379–S399.
- Blasco, T., Capdevila L. y Cruz, J. (1994). Relaciones entre actividad física y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 19-24.
- Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T., Sutton, J.R. and McPherson, B.D. (1990). Exercise, fitness, and health: The consensus statement. En: C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton, and B.D. McPherson (eds). *Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge* (pp. 3-28). Illinois: Human Kinetics.
- Briones, E. (2009). Revisión bibliográfica de intervenciones de programas de actividad física en adultos mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 819-833). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Brito, L.F. (2009). Una aproximación conceptual para reconstruir la identidad de la educación física escolar. En A. Grasso (coomp.), *La educación física cambia* (pp. 55-100). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Buman, M.P., Yasova, L.D. y Giacobbi, P.R. (2010). Descriptive and narrative reports of barriers and motivators to physical activity in sedentary older adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 223-230.
- Burriel, J.C., González, A. y Fortuño, J. (2009). Análisis de la oferta municipal de actividades físicas para personas mayores de 65 años de la ciudad de Barcelona. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 328-338). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Campos, Jiménez-Beatty, González, Martín y Del Hierro (2011). Demanda y percepción del monitor de las personas mayores en la actividad física y deporte en España. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 61-77.

- Carmeli, E., Orbach, I., Zinger-Vaknin, T., Morad, M. and Merrick, J. (2008). Physical Training and Well-being in Older Adults with Mild Intellectual Disability: A Residential Care Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 457–465.
- Casas, M. y Fraile, A. (2007). Un estudio sobre la actividad física en personas mayores. *Tiempo de Educar*, 8(15), 140-176.
- Castañeda, C., Campos, M.C. y Garrido, M.E. (2009). Ejercicios aconsejados y desaconsejados en las clases de gimnasia para mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 518-528). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Castejón, P. y Abellán, A. (2009). Estado de salud. En R. Díaz (coord.). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo I* (pp. 67-132). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Castillo, M.J. (2007). Ejercicio para (no) envejecer corriendo. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 12-25). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Castillo, M.J. (2009). Ejercicio para (no) envejecer corriendo. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 117-130). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Castillo, M.J., Ortega, F.B. y Ruiz, J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento. *Medicina Clínica (Barc)*, 124(4), 146-55.
- Cea, M^a.A. (2004). *Métodos de encuesta*. Madrid: Síntesis.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2010). *Hábitos deportivos en España*. En web: <http://www.cis.es>. Consultado el 25 de julio de 2011.
- Chirosa, L.J., Chirosa, I.J. y Padial, P. (2000). La actividad física en la Tercera Edad. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. http://www.efdeportes.com/revista_digital. Buenos Aires, 5(18), 1-2.

- Chodzko-Zajko, W.J. (1996). Condición física y funcionamiento cognitivo en el envejecimiento. En A. Meléndez (Comp.) *Actividad Física y salud en la tercera edad* (pp.189-190). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Chodzko-Zajko, W.J. (2002). Iniciativas Internacionales para promover la actividad física en los mayores. En A. Merino, R. Castillo, J. De la Cruz y P. Montiel (coord.). *1er Congreso Internacional de la Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (cd de actas. conferencias). Málaga: Servicio de Juventud y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Cochrane, T., Munro, J., Davey, R. y Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy*, 84(12), 598-602.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Biddison, J.R. and Guralnik, J.M. (2004). Socio-environmental exercise preferences among older adults. *Preventive Medicine*, 38, 804–811.
- Corbella, M. (1993). Educación para la salud en la escuela. Aspectos a evaluar desde la educación física. *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 31, 55-61.
- Coutier, D., Camus, Y. y Sarkar, A. (1990). *Tercera edad, actividades físicas y recreación*. Madrid: Gymnos.
- Dawson, J., Hillsdon, M., Boller, I. y Foster, C. (2007). Perceived Barriers to Walking in the Neighborhood Environment: A Survey of Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15, 318-335.
- De Burgos, M. (2007). *Diseño y gestión de un programa de actividad física para personas mayores institucionalizadas: un estudio de caso*. Tesis doctoral. Facultad de ciencias de la educación, Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Málaga.
- De Burgos, M. (2009). Implantación de un sistema de gestión por procesos en un programa de actividad física y prevención de caídas. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 68-90). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- De Filippis, G.F. (2008). *Desafío de bienestar: Viviendo más allá del stress*. En web: www.Lulu.com. Consultado el 20 de julio de 2010.

- Del Barrio, E. (2007). *Uso del tiempo entre las personas mayores*. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Del Barrio, E. y Abellán, A. (2009). Indicadores demográficos. En R. Díaz (coord.). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo I* (pp. 31-66). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Del Barrio, E. Sancho, M.T., Pérez, L. y Abellán, A. (2009). Vida cotidiana, actitudes, valores y emociones en la vejez. En R. Díaz (coord.). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo I* (pp. 169-330). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Del Hierro, D. (2009). *Dirección económica y marketing de servicios de actividad física para personas mayores*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Departamento de Psicopedagogía y Educación Física, Universidad de Alcalá.
- Delgado, M.A. (2007). La evaluación en la enseñanza de la actividad física para adultos y mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 117-128). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Delgado, M. y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. Barcelona: Inde.
- Delgado, Gutiérrez y Castillo (2004). *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación de la infancia a la edad adulta*. Barcelona: Paidotribo.
- Denk, H. (2003). Introducción a la edición en alemán. En H. Denk (coord.), *Deporte para mayores* (pp. 5-7). Barcelona: Paidotribo.
- Denk, H. and Pache, D. (1992). Zur Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten im Alter In: Macha, Hildegard, Rotz, Hans-Joachim: Bildungs- und rziehungsgeschichte im 20. Jahrhundert. Frankfurt: Peter Lang, pp. 369-381
- Denk, H. y Pache, D. (2003). Actitud de las personas mayores frente al ejercicio y a la actividad deportiva. En H. Denk (coord.), *Deporte para mayores* (pp. 43-67). Barcelona: Paidotribo.
- DiPrieto, L. (1999). Physical activity in the prevention of obesity: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(11) suplemento 1, S542-546.

- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes J.A, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L.M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22 (1), 1–11.
- Elousa, R. (2005). Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. *Revista Española de Cardiología*, 58(8), 887-90
- Equipo Portal Mayores (2009). *Un perfil de las personas mayores en España, 2009. Indicadores estadísticos básicos, Informes Portal Mayores*, 97. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pmindicadoresbasicos09.pdf>. Consultado el 2 de junio de 2011.
- Escribano, M. y Chinchilla, J.L. (2009). Reflexiones sobre el inevitable proceso de envejecimiento. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 714-734). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Esparza, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores*, 108, 1-20. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>. Consultado el 4 de mayo de 2011.
- Fernández-García, R.H. (2005). Teorías sobre el envejecimiento etapas de la edad senil. *I+E Revista digital Investigación y Educación*, 20(3), 1-8.
- Fernández-Mayoralas, G., et al. (2007). *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, 74. En web: www.imsersomayores.csic.es. Consultado el 5 de julio de 2011.
- García De Mingo, J.A. (2004). El deporte adaptado en el ámbito escolar. *Educación y futuro*, 10, 81-90.
- García, A. y Delgado, M.A. (2008). Un estudio preliminar del análisis de las conductas docentes y las teorías implícitas del deporte en centros educativos de Granada. Revisión a los instrumentos de recogida de datos. En Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas (org.). *Nuevas Tendencias y Perspectivas de Futuro, V Congreso Nacional y III Iberoamericano de Deporte en Edad Escolar, Volumen I* (pp. 21-58). Patronato Municipal de Deportes. Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Sevilla.

- García, A., Benito, J., Martínez, R., Lidón, B., Sánchez, A.M. y Pedrero, E. (2002). *Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud*. Murcia: Universidad de Murcia.
- García, F. (2005). Introducción: vejez, envejecimiento e historia. La edad como objeto de investigación. En F. García (coord.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI* (pp. 11-34). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- García, J., Romo, V. y Cancela, JM. (2003). Estudio cualitativo descriptivo de las características de los docentes que imparten programas de actividad física para la tercera edad en Galicia. *Revista de Educación Física*, 12, 13-16.
- García, M.A. (2007). Deporte y bienestar subjetivo: los beneficios psicosociales derivados de las prácticas deportivas en personas mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 264-270). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- García, M.E., Rebollo, S., Martínez, M. y Oña, A. (1996). Estudio de hábitos deportivos en la provincia de Granada. *Motricidad*, 2, 55-73.
- García-Ferrando (2006). *Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005*. Madrid: CIS-CSD.
- García-Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (2000). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Regional population projections EUROPOP2008*, 72, 1-11.
- Gil, P.A. (2007). *Metodología didáctica de las actividades físicas y deportivas*. Manual para la enseñanza y animación deportiva. Sevilla: Wanceulen.
- Gómez, J. (2005). *Fundamentos biológicos*. Sevilla: Wanceulen.
- González, G. (2010). Beneficios de un programa de ejercicio físico sobre la salud psicológica y la calidad de vida en personas mayores. *Scientia*, 15(2), 79-91.
- González, J. (2006). *Desarrollo de una batería de tests para la valoración de la capacidad funcional en las personas mayores (vacafun-ancianos), y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud*. Memoria de Proyecto de investigación. León: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

- González, M.D., Martín, M., Jiménez-Beatty, J.E., Campos, A. y Del Hierro, D. (2008). Las necesidades de actividad física de las personas mayores en España. Diferencias según condición social. *Habilidad Motriz*, 31, 16-24.
- Grasso, A. y Erramouspe, B. (2005). *Construyendo identidad corporal*. Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Graupera, J.L., Linaza, J.L., Meléndez, A., y Ruiz, L.M. (1996). Evaluación psicomotora y competencia física percibida en ancianos. En A. Meléndez (Comp.) *Actividad Física y salud en la tercera edad* (pp.256-257). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Graupera, J.L., Martínez del Castillo, J. y Martín-Novo, B. (2003). Factores motivacionales, actitudes y hábitos de práctica de actividad física en las mujeres mayores. *Serie ICD de Investigación en Ciencias del Deporte*, 36, 181-222.
- Hellín, P. Moreno, J.A. y Rodríguez, P.L. (2006). Relación de la competencia motriz percibida con la práctica físico-deportiva. *Revista de psicología del deporte*, 15 (2), 219-231.
- Hernández, A. (2001). Un cuestionario para evaluar la calidad en programas de actividad física. *Revista de Psicología del Deporte*, 10(2), 179-196.
- Holt, R.I.G., Webb, E., Pentecost, C. and Sönksen, P.H. (2001). Aging and physical fitness are more important than obesity in determining exercise-induced generation of GH. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(12), 5715–5720.
- Huang, Y., Macera, C.A., Blair, S.N., Brill, P.A., Harold, K.W. and Jennie K.J. (1998). Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(9), 1430-1435.
- IMSERSO (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para debate. Versión preliminar*. En web: <http://www.sld.cu>. Consultado 15 de julio de 2011.
- IMSERSO (2010). *Encuesta mayores 2010*. Ministerio de sanidad y política social. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/>. Consultado 15 de julio de 2011.
- IMSERSO (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/>. Consultado 15 de julio de 2011.
- INE (2006). *Encuesta Nacional de Salud. Año 2006*. En web: <http://www.ine.es>. Consultado el 29 de julio de 2011.
- INE (2009). *Encuesta Europea de Salud en España 2009*. En web: <http://www.ine.es>. Consultado el 29 de julio de 2011.

- Jayanthi, P., Joshua, E. and Ranganathan, K. (2010). Ageing and its implications. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 14(2): 48–51.
- Jiménez, F.J. (2008). *El acondicionamiento físico orientado a la salud en la Educación Secundaria*. Almería: Asociación Procompal.
- Jiménez-Beatty, J.E. (2002). *La demanda de servicios de actividad física en las personas mayores* (tesis doctoral no publicada). Universidad de León, León.
- Jiménez-Beatty, J.E. y Martínez del Castillo, J. (2007). El estudio de necesidades y la organización de actividades físico-deportivas en las personas mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 221-240). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Jiménez-Beatty, J.E., González, M.D., Martín, M., Del Hierro, D. y Martínez del Castillo, J. (2008). Hábitos de actividad física y demandas de servicios de actividad física de las mujeres adultas. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital](http://www.efdeportes.com/Revista_Digital), 12(118). Consultado el 7 de julio de 2011.
- Jiménez-Beatty, J.E., Graupera, J.L., Martínez del Castillo, J., Martín, M., y Campos, A. (2007). Motivational factors and physician's advice in physical activity in the older urban population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(3), 241-256.
- Jiménez-Beatty, J.E., Martínez del Castillo, J., Graupera Sanz, J.L. y Pouso, F. (2002). La dirección de programas de actividad física ante las barreras para la incorporación de la tercera edad. En A. Merino, J. De la Cruz, P. Montiel (Coords.) *1º Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores*. Málaga: Diputación de Málaga.
- Kaplan, M., Newsom, J.T., McFarland, B.H. and Lu, L. (2001). Demographic and Psychosocial Correlates of Physical Activity in Late Life. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 306-312.
- Kazuo, N. (2006). Habitual Exercise Enhances or Maintains Physical Fitness in Healthy Older Men. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(5) S304–S305.
- Kinugasa, T., Haga, S., Takemasa, T., Esaki, K., Ueya, E., Ueya, S., Hamaoka, T., Katsumura, T., Kizaki, T. and Ohno, H. (2003). Improvement in physical fitness and functional capacity of older persons after exercise programs. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(5) S172.

- Kruger, J., Carlson, S.A., and Buchner, D. (2007). How active are older Americans? *Preventing Chronic Disease*, 4(3), 1-12.
- Krejza, M. (2009). Access to daily physical activity for older europeans: inspiration from the new EU physical activity guidelines?. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 44-48). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Lamprecht, M. (1991): Sport und Lebensalter. *Maggingen: Schriftenreihe der Eidgenössischen Sportschule Maggingen*, 39.
- Lanning, B.A., Bowden, R.G., Owens, R. and Massey-Stokes, M. (2004). Relations of sex, age, perceived fitness, and aerobic activity with social physique anxiety in adults sixty years and older. *Psychological Reports*, 95, 761-766.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K. and Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of neurology*, 58.498-504.
- Lemmens et al. (2008). A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obesity reviews*, 9, 446-455.
- León, J., Oña, A., Bilbao, A., Ureña, A., Granda, J. y Barbero, J.C. (2009) La influencia de la actividad física en la respuesta de reacción motora como indicador de longevidad. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 902-911). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- López de la Torre, M. (2003). *Envejecimiento y sistema endocrino*. Servicio de endocrinología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. En web: www.elendocrino.com. 16 de junio de 2011.
- López Pintor, R. y Wert, J.I. (2000). El análisis de datos de encuesta. En M. García, J. Ibáñez, F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social*. Métodos y técnicas de investigación (pp. 525-554). Madrid: Alianza Editorial.
- López-Cozar, R. y Rebollo, S. (2002). Análisis de la relación entre práctica deportiva y características sociodemográficas en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 2(5), 69-98.

- <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista5/artcalidad.htm>. Consultado el 27 de julio de 2011.
- López-Miñarro, P.A. (2008). *Ejercicios desaconsejados en la actividad física. Detección y alternativas*. Barcelona: Inde.
- Maceira, A.D (2001). *Actividad física en la vida adulta*. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Cooperación Iberoamericana.
- Malbut-Shennan, K. and Young, A. (1991). The physiology of physical performance and training in old age. *Coronary Artery Disease*, 10(1), 41-42.
- Mänty, M., Heinonen, A., Leinonen, R., Törmäkangas, T., Hirvensalo, M., Kallinen, M., et al., (2009). Long-term Effect of Physical Activity Counseling on Mobility Limitation Among Older People: A Randomized Controlled Study. *Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci*. 64(1), 83-89.
- Marcos-Becerro, J.F. (1992). La actividad física en los ancianos. Orientaciones para su planificación. En C. Fontecha (ed.): *La actividad física de las personas mayores* (27-43). Madrid: Instituto Nacional de Educación Física.
- Marcos-Becerro, J.F. (2000). El entrenamiento de fuerza en las personas mayores. En J.F., Marcos-Becerro (Ed). *Entrenamiento de fuerza para todos* (pp. 305-349). Madrid: Federación internacional de halterofilia.
- Marcos-Becerro, J.F. (2002). Hechos científicos que demuestran la acción favorable del ejercicio sobre el envejecimiento y las enfermedades que le acompañan. En A. Merino, J. De la Cruz y P. Montiel (coord.). *1er Congreso Internacional de la Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (pp. 57-87). Málaga: Servicio de Juventud y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Martin, D., Carl, K. y Lehnertz, K. (2001). *Manual de Metodología del Entrenamiento Deportivo*. Barcelona: Paidotribo.
- Martín, M., Campos, A., Jiménez-Beatty, J.E. y González, M.D. (2008). Actividades físicas practicadas por las mujeres mayores en España. *Kronos*, 14, 25-28.
- Martín-Borrás, C., Giné-Garriga, M., Guerra-Balic, M., Rivera, M., Roig, I., García, A., Canals, F. y Pérez, C. (2009). Efectividad de los programas de promoción de actividad física (PPAF) en los centros de atención primaria (cap) de barcelona ciudad para incrementar los niveles de actividad física de la gente mayor. estudio piloto. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y*

- Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 474-475). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Martínez del Castillo, J. (1988). *Modèle de Planification des activités physiques de loisir au niveau local*. Tesis Doctoral: Université Catholique de Louvain.
- Martínez del Castillo, J. (2003). El deporte para todos en la tercera edad. En M. Hernández, Lorenzo, A. y Saucedo, F. (coord.). *II Congreso y Asamblea de Deporte para Todos*, marzo, 14-15 (pp. 173-190). Madrid: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte-INEF Madrid.
- Martínez del Castillo, J. y Jiménez-Beatty, J.E. (2002). Planificación de servicios de actividad física para las personas mayores. En A. Merino, J. De la Cruz y P. Montiel (Coords.) *1º Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores* (pp. 40-56). Málaga: Diputación de Málaga.
- Martínez del Castillo, J., González, M.D., Jiménez-Beatty, J.E., Alfaro, E., García, M.I., Mayoral, A. y Del Hierro, D. (2008). La demanda latente de actividad física de las mujeres mayores en España. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital](http://www.efdeportes.com/Revista_Digital), 12(117). Consultado el 7 de julio de 2011.
- Martínez del Castillo, J., González, M.D., Jiménez-Beatty, J.E., Graupera, J.L., Martín, M., Campos, A. y Del Hierro, D. (2009). Los hábitos de actividad física de las mujeres mayores en España. *International Journal of Sport Science*, 14, 81-93.
- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J.E., Graupera, J.L. y Rodríguez, M.L. (2006). Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 64(44), 39-62.
- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J.E., Graupera, J.L., Rodríguez, M.L., Campos, A. y Del Hierro (2010). Being physically active in old age: relationships with being active earlier in life, social status and agents of socialisation. *Ageing and Society*, 30, 1097-1113.
- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J.E., Santacruz, J.A., Martín, M. y Rivero, A. (2011). La recomendación médica y el tipo de demanda de actividad física en las personas mayores de la provincia de Guadalajara. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 7(23), 91-102.
- Martínez del Castillo, J., Martín, M., Santacruz, J.A., Espada, M. y Jiménez-Beatty, J.E. (2011). Perceived fatigue and physical inactivity in adult women. En M. Sellens, G. Sandercock, M. Taylor and D. Micklewright (Coords.) *BASES Conference*

- 2011, *Fatigue: An Interdisciplinary Approach*, 6-8 septiembre (pp. S65-S66). United Kingdom: University of Essex.
- Martínez del Castillo, J., Rodríguez, M.L., Jiménez-Beatty, J.E. y Graupera, J.L. (2005). Influencia de la educación física escolar en la práctica de actividad física en la vejez. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 13, 71-86.
- Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Graupera y Campos (2007). Recursos humanos y actividad física en los actuales practicantes mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 450-462). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Martínez-López, E. (2003). La salud como motivación para la práctica de actividad física en personas adultas. *ATREIA*, 16(1), 32-43.
- Mazzeo, R.S., Cavanagh, P., Evans, W.J., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E. and Startzell, J. (1998). El ejercicio y la actividad física en adultos mayores. *Medicine and Science in Sports Medicine*, 30(6), 992-1008.
- Medina, J.J. (2003). *El reloj de la edad*. Barcelona: Cítrica.
- Meléndez, A. (2009). Los programas de ejercicio para diabéticos tipo II. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 177-192). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Meléndez, A. y Pedrero-Chamizo, R. (2011). *Factores a tener en cuenta a la hora de afrontar un programa de actividad física para mayores*. En web: <http://www.spanishexernet.com>. Consultado el 7 de julio de 2011.
- Melillo, K.D., Futrell, M., Williamson, E. Chamberlain, C., Bourque, A.M., MacDonnell, M. and Phaneuf, J.P. (1996). Perceptions of physical fitness and exercise activity among older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 542-547.
- Merino, A. (2007). La actividad físico-deportiva para personas mayores: percepción y campos de intervención. la orientación integral de programas. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp.

- 26-56). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Merino, B. (2007b). Un camino hacia el envejecimiento activo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Supl 2), 12-4
- Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65(1), 27-72.
- Miller, M.E., Rejeski, W.J., Reboussin, B.A., Ten Have, T.R., Ettinger, W.H. (2000). Physical activity, functional limitations, and disability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(10), 1264-1272.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *La salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miquel, J. (1994). Causas y prevención del envejecimiento prematuro. *Geriatriska*, 10, 297-301.
- Miquel, S., Bigné, E., Lévy, J.P., Cuenca, A.C. y Miquel, M^a.J. (2000). *Investigación de mercados*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Misook, L. y Kiyoji, T. (2011). The Relationship between Functional Fitness and Health-Related Quality of Life in Korean Older Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(5) Suppl 1, 930.
- Moreno, J.A., Cervelló, E. y Martínez, A. (2007). Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada en españoles: Diferencias por motivos de participación. *Anales de psicología*, 23(1), 167-176.
- Muntañola, E. (2005). Antropología de las edades: la vejez. En F. García (coord.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI* (pp. 211-222). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Musanti, R. (2011). A Study of Exercise Modality and Physical Self-Esteem in Breast Cancer Survivors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, DOI: 10.1249/MSS.0b013e31822cb5f2.
- Musitu, G. (2009). Las vitaminas en las personas mayores: apoyo, afecto y comunicación. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 16-42). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).

- National Institutes of Health (2001). *El ejercicio y su salud*. Estados Unidos: National Institutes of Health.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C., Macera, C.A. and Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults. Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation. Journal of the American Heart Association*, 116, 1094-1105.
- Niñerola, J., Capdevila, L. y Pintanel, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 53-69.
- Nuviala, A., Fernández A. y Fernández, N. (2009). Valoración de la calidad percibida del servicio deportivo por parte de personas mayores que realizan actividades físicas organizadas. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 431-440). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- OMS (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- OMS (2011). *La actividad física en los adultos mayores*. En web: <http://www.who.int/es/>. Consultado el 23 de mayo de 2011.
- Oña, A. (1994). Aspectos psicológicos del ejercicio en los mayores. En M. Becerro. *La actividad física en personas mayores* (pp. 281-289). Madrid: Comité Olímpico Español.
- Oña, A. (2002). Longevidad y beneficios de la actividad física como calidad de vida en las personas mayores. En A. Merino, J. De la Cruz y P. Montiel (coord.). *1er Congreso Internacional de la Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (pp. 13-36). Málaga: Servicio de Juventud y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Oña, A. (2009). Longevidad psicológica, respuesta de reacción y ejercicio físico. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para*

- Mayores*, marzo 12-14, (pp. 221-227). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Ortega, R. (1992). *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Madrid: Díaz Santos.
- Pan, X.R., Li, G.W., Hu, Y.H., Wang, J.X., Yang, W.Y., An, Z.X., et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing IDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes study. *Diabetes Care*, 20, 537-544.
- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud?. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.
- Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas Teorías del Envejecimiento. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 22(1), 58-67.
- Párraga, J.A. (2007). Importancia de un programa integral de actividad física como soporte de la mejora de la calidad de vida de nuestros adultos mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 1-3, (pp. 129-153). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.
- Párraga, J.A. (2009). Actividad física en adultos mayores. Importancia de la correcta gestión práctica. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 148-164). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Párraga, J.A., Jimeno, R. y Expósito, A. (2009). ¿Qué puede hacer el ejercicio físico por mi salud?. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 691-713). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Pate, R.R. (1995). Physical activity and health: Dose-response issues. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 313-317.
- Paxton, R.J., Motl, R.W., Aylward, A. and Nigg, C.R. (2010). Physical Activity and Quality of Life -The Complementary Influence of Self-Efficacy for Physical Activity and Mental Health Difficulties. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17,255-263.

- Peri, K., Kerse N., Robinson E., Parsons, M., Parsons, J. and Latham, N. (2008). Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age and Ageing*, 37, 57–63.
- Petlenko, V.P. y Davidenko, D.N. (1988). *Esbozos de valeología: Salud como valor humano*. San Petersburgo: Ciencias de la Educación del Báltico.
- Plante, T.G. and Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology*, 9(1), 3-22.
- Pont, P. (coord) (2010). *Plan Integral Para la Actividad Física y el Deporte. Actividad Física y Deporte en Personas Mayores*. Versión 1. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/>. Consultado el 21 de julio de 2011.
- Pont, P. (2008). *Tercera edad. Actividad física y salud*. Barcelona: Paidotribo.
- Public Health Agency of Canada (2011). *Guía canadiense de salud pública*. En web: <http://www.paguide.com>. Consultado el 23 de mayo de 2011.
- Pühse, U. (2003). La experiencia del deporte y el ejercicio en la tercera edad. En H. Denk (coord.), *Deporte para mayores* (pp. 25-42). Barcelona: Paidotribo.
- Radak, Z., Kumagai, S., Taylor, A.W., Naito, H. y Goto, S. (2007). Effects of exercise on brain function: role of free radicals. *Applied Physiology Nutrition Metabolism*, 32(5):942-6.
- R.A.E (2011). *Diccionario de la Real Academia Española*. Vigésima segunda edición. En web: www.rae.es. Consultado el 15 de febrero de 2011.
- Resnick, B., (2002). Geriatric rehabilitation: the influence of efficacy beliefs and motivation. *Rehabilitation Nursing*, 27, 152–159.
- Resnick, B., Ory, M., Coday M. and Riebe, D. (2005). Older Adults' Perspectives on Screening Prior to Initiating an Exercise Program. *Prevention Science*, 6(3), 203-211.
- Rey, A., Canales, I. y González, A. (2009). Efectos de la participación en “memoria en movimiento” sobre la calidad de vida percibida en las personas mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 849-860). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Rey, A., Canales, I. y Táboas, M.I. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la

- motricidad «Memoria en movimiento». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, doi:10.1016/j.regg.2010.08.005.
- Rodríguez, F.A. (1995). Prescripción del ejercicio para la salud II. Pérdida de peso y condición musculoesquelética. *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 40, 83-92.
- Rodríguez-Osuna, J. (1991). *Métodos de muestreo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez-Osuna, J. (2000). La muestra: teoría y aplicación. En M. García, J. Ibáñez, y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 445-483). Madrid: Alianza Universidad.
- Romero, G. (2010). Análisis de necesidades e intereses recreativos de las personas adultas mayores del albergue San José Obrero, del cantón de Siquirres: propuesta recreativa. *Revista Educación*, 34(2), 133-152
- Romero, S. (2002). Ejercicio físico y salud en edad avanzada. En A. Merino, J. De la Cruz y P. Montiel (coord.). *1er Congreso Internacional de la Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (pp. 201-216). Málaga: Servicio de Juventud y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Romero, S. (2009). La investigación sobre actividad física-salud en personas mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 133-146). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Romo, V., Burguillo, J.C., Rodríguez, E., Gil, F. y García, J.C. (2009). Control de la actividad física en personas mayores: una arquitectura inteligente para el seguimiento y la monitorización. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 50-59). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Romo, V., Cancela, J.M. (2002). Valoraciones de los profesores que imparten programas de actividad física para personas mayores: Análisis del efecto diferencial en función del medio en el que se desarrolla la actividad. *Revista de Educación Física*, 88, 5-12.

- Ros, J.A. (2007). *Actividad física + salud. Hacia un estilo de vida activo*. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Rubio, R. (2009). Estilos de vida como determinantes importantes de los procesos de envejecimiento. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 195-206). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Ruiz, L.M. (1995). *La competencia motriz*. Madrid: gymnos.
- Ruiz, L.M. (1996). Competencia motriz y edades avanzadas: una visión psicosocial. En A. Meléndez (Comp.) *Actividad Física y salud en la tercera edad* (pp.256-257). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Ruiz, P.J. y Baena, A. 2009. Grado de influencia de la actividad física sobre los estados de ánimo en mujeres de 60 a 79 años. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 876-884). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Ruiz, L.J., Chinchilla, J.L. y Ruiz, M. (2009). La vejez y el deporte como objeto de representaciones sociales. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 925-936). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).
- Ruiz, L.M., González, J.M. y Moreno, J.A. (2008). Competencia motriz y mantenimiento del rendimiento en edades avanzadas. En E.H. Martín y R. Gomes de Sousa (Eds.), *Atividade física e envelhecimento saudável* (pp. 95-112). Rio de Janeiro: Shape.
- Ruiz, L.M., Meléndez, A., Linaza, J.L., Graupera, J.L. y Martínez del Castillo, J. (1996). Vejez y competencia motriz. *Revista Española de Educación física y deportes*, 4(4), 30-38.
- Ruth, L. (2004). Teorías del envejecimiento. Perspectiva evolutiva. *Psicofarmacía*, 28, 1-8.

- Ruthig, J.C., Chipperfield, J.G., Bailis, D.S. and Perry, R.P. (2008). Perceived Control and Risk Characteristics as Predictors of Older Adults' Health Risk Estimates. *The Journal of Social Psychology*, 148(2), 667-688.
- Sagiv, M. (2002). Health and physical condition for the elderly: cardiopulmonary aspects. En A. Merino, J. De la Cruz y P. Montiel (coord.). *1er Congreso Internacional de la Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (pp. 263-271). Málaga: Servicio de Juventud y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Salvador, A., Suay, F., Martínez-Sanchís, S., González-Bono, E., Rodríguez, M. y Gilabert, A. (1995). Deporte y salud: efectos de la actividad deportiva sobre el bienestar psicológico y mecanismos hormonales subyacentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48(1), 125-137.
- Sampedro, J.L., Fuster, V. y Lucas, O. (2009). *La ciencia y la vida*. Barcelona: Debolsillo.
- Sanchez, A. y Rebollo, S. (2000). Situación del mercado laboral actual en el ámbito de la Actividad Física y Deportiva. *Revista de Motricidad*, 6, 141-154.
- Santesmases, M. (2005). *DYANE Versión 3 Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santin-Medeiros, F. y Garatachea, N. (2010). Efectos musculoesqueléticos del entrenamiento con vibraciones en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(5), 281-284.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 2, 9-21.
- Seguin, R.A., Economos, C.D., Palombo, R., Hyatt, R., Kuder, J. and Nelson, M.E. (2010). Strength Training and Older Women: A Cross-Sectional Study Examining Factors Related to Exercise Adherence. *Journal of Aging and Physical Activity*, 18(2), 201-208
- Semerjian, T. and Stephens, D. (2007). Comparison Style, Physical Self-Perceptions, and Fitness Among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15, 219-235.
- Sharma, R. (1996). Teorías sobre el envejecimiento. En P.S. Timiras (coord). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría* (pp. 43-55). Barcelona: Masson.
- Shepart, R.J. (1995). Physical Activity, Fitness, and Health: The Current Consensus. *Quest*, 47(3), 288-303.

- Shephard, R. (1994). Determinants of exercise in people aged 65 years and older. En, Dishman, R. (ed.). *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics.
- Sierra-Bravo, R. (1999). *Cómo hacer una tesis doctoral. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra-Bravo, R. (2001). *Técnicas de Investigación social*. Teoría y ejercicios. Madrid: Paraninfo.
- Skelton, D.A. y Beyer, N. (2003). Exercise and injury prevention in older people. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13, 77-85.
- Soler, A. (2006). La Psicomotricidad. Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores, *Informes Portal Mayores*, 58, 1-20. En web: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/soler-psicomotricidad-01.pdf>. Consultado el 2 de junio de 2011.
- Sordo, J.A. (2007). *Evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física*. Tesis doctoral. Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de A Coruña.
- Speck, R.M, Gross, C.R., Hormes, J.M., Ahmed, R.L., Lytle, L.A. Hwang, E. and Schmitz, K.H. (2009). Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Research and Treatment*, 121, 421-430.
- Stearns et al., (2000). The Economic Implications of Self-Care: The Effect of Lifestyle, Functional Adaptations, and Medical Self-Care Among a National Sample of Medicare Beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 90, 1608-1612.
- Stenholm, S., Harris, T.B., Rantanen, T., Visser, M., Kritchevsky, S.B. and Ferrucci, L. (2008). Sarcopenic obesity: definition, cause and consequences. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 11(6), 693-700.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., Wells, K.B., Rogers, W.H., Spritzer, K.L. and Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the medical outcomes study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(7), 719-730.
- Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E. and Kaplan, G.A. (2002). Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 328-334.

- Taylor, A.H., Cable, N.T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici M. and Van Der Bij, A.K. (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 22, 703–725
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O. and Raitakari, O. (2005). Physical Activity from Childhood to Adulthood A 21-Year Tracking Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3):267–273.
- The World Health Organization (1997). The Heidelberg Guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 1-8.
- Thune, I. y Furberg, A.S. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and science in sports and exercise*, 33 (6), S530–S550.
- Tissandier, O., Péres, G., Fiet, J. and Piette F. (2001). Testosterone, dehydroepiandrosterone, insulin-like growth factor 1, and insulin in sedentary and hysically trained aged men. *European Journal of Applied Physiology*, 85(1-2), 177-84.
- Tokarski, W. (1991). Neue Alte, alte Alte – alter oder neuer Sport? Seniorensport im Zeichen des Umbruchs. En W. Tokarski y H. Allmer (coords.). *Sport und altern. Eine Herausforderung für die Sportwissenschaft* (pp. 5-21). Sankt Augustin: Academia.
- Troiano, R., Berrigani, D., Dodd, K.W., Masse, L.C., Tilert, T. and Mcdowell, M. (2008). Physical Activity in the United States Measured by Accelerometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40, 181-188.
- Tuesca-Molina, R., Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., y Sierra I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 595-604.
- Van Heuvelen, M.J., Kempen, G.I., Ormel, J., and Rispens, P. (1998). Physical fitness related to age and physical activity in older persons. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(3), 434-441.
- Wark, J.D. (1996). Osteoporotic fractures: background and prevention strategies. *Maturitas*, 23, 193-207.
- Weinberg, R. y Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y ejercicio físico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Weineck, J. (2005). *Entrenamiento total*. Barcelona: Paidotribo.
- Weinert, B.T. and Timiras, P.S. (2003). Invited review: Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 4, 1706-1716.
- Wilmore, J.H. and Costil, D.L. (2004). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Wittenzeller, C. (1995). Die Senioren: ein "goldenes" Marktsegment. *IO Management Zeitschrift*, 64(3), 51-54.
- Zagalaz, M.L., Moreno, M.I., López-Peláez, M.P., Marín, J. y Ayala, I.M. (2009). Intervención con personas mayores dependientes desde las artes, la cultura y la actividad física. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez, A. Heredia y F. Salinas (Comp.), *Libro de actas del 3er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Mayores*, marzo 12-14, (pp. 781-789). Málaga: Diputación Provincial de Málaga. CEDMA (Centro de Ediciones Diputación de Málaga).

CAPÍTULO NOVENO

ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario aplicado en la investigación

ANEXO II. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas

ANEXO III. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas

ANEXO IV. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear

ANEXO V. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor

ANEXO VI. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor

ANEXO VII. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente con las variables sociodemográficas

ANEXO I

Anexo I. Cuestionario aplicado en la investigación

**CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PERSONAS MAYORES
EN ESPAÑA**

J. Martínez del Castillo, J. E. Jiménez-Beatty, J.L. Graupera, diciembre 2006

Nº Cuestionario (dejar en blanco):

PRESENTACIÓN:

A, si abre la puerta una persona que no es mayor): buenos días o tardes, estamos realizando un estudio para conocer la opinión de las personas mayores ¿Vive aquí alguna persona mayor? ¿Podría hablar un momento con ella?

B, si abre la puerta una persona que es mayor): buenos días o tardes, estamos realizando un estudio para conocer la opinión de las personas mayores. Usted ha sido seleccionado y le agradecería que me contestara a unas rápidas y fáciles preguntas. Con sus respuestas anónimas, que nadie conocerá, podrían mejorarse algunas atenciones a las personas mayores.

1.a. Código y Nombre del MUNICIPIO (poner el indicado en hoja de ruta): ___ ___ ___

1.b. Código del BARRIO (dejar en blanco): ___

2. GÉNERO:

1. Varón
2. Mujer

3. ¿ME PODRÍA DECIR CUÁNTOS AÑOS TIENE USTED? (si no contesta o contesta 64 o menos años, NO CONTINUAR con la entrevista):

: ___

3.1. ¿VIVE AQUÍ TODO EL AÑO?:

1. SI (o SÍ excepto en vacaciones)
2. NO (si contesta que no, NO CONTINUAR con la entrevista; sólo son entrevistables personas que vivan habitualmente en el domicilio en que son entrevistadas)

PREGUNTAS FILTRO (F):

4. SIN INCLUIR EL PASEAR ¿REALIZA UD. ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA O JUEGOS O EJERCICIOS FÍSICOS DURANTE LA SEMANA?:

1. Sí (pasar a **PREGUNTAS 6, 7 Y 8 DE PRACTICANTES**)
2. No (realizar la siguiente **PREGUNTA 5**)

5. ¿PERO LE GUSTARÍA REALIZAR DURANTE LA SEMANA ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA O JUEGOS O EJERCICIOS FÍSICOS, SIN INCLUIR EL PASEAR?:

1. Sí (pasar a **PREGUNTA 9 DE NO PRACTICANTES INTERESADOS**)
2. No (pasar a **PREGUNTAS 10 Y 11 DE NO PRACTICANTES NO INTERESADOS O PRACTICANTES IRREGULARES O ESTACIONALES**)

SÓLO A PRACTICANTES (DP)

6. SIN INCLUIR EL PASEAR ¿CUÁNTAS ACTIVIDADES FÍSICAS O DEPORTIVAS PRACTICA USTED DURANTE LA SEMANA?

(si contesta ninguna volver atrás en el cuestionario y preguntarle la 5):

1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Más de cuatro

7.1. Y DE TODAS ELLAS, SIN INCLUIR EL PASEAR ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA QUE REALIZA USTED DURANTE LA SEMANA? (escribir el nombre de la actividad o en el caso de que no diga un nombre concreto, decirle que describa brevemente en qué consiste la actividad y anotar la respuesta):

: _____

8.0. **ADEMÁS DE ESA/S ACTIVIDAD/ES FÍSICAS O DEPORTIVAS QUE ME HA DICHO QUE YA HACE , y sin incluir el pasear ¿DESEARÍA PRACTICAR USTED DURANTE LA SEMANA ALGUNA OTRA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA QUE EN ESTOS MOMENTOS NO ESTÉ REALIZANDO?:**

1. Sí (continuar con el **CUESTIONARIO**)
2. No (pasar a pregunta 12 y siguientes de **DEMANDA A TODOS**)

8.1. **¿CUÁL ES LA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA QUE DESEARÍA REALIZAR?** (en el caso de que sea más de una, preguntarle aquí por la que más le gustaría; si no contesta o contesta pasear, caminar o andar, anotar la opción 2 en la pregunta 8.0 y pasar a la pregunta 12 y siguientes):

: _____

☛ **A PARTIR DE AQUÍ, LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS EN REFERENCIA SÓLO A ESTA ACTIVIDAD QUE LE GUSTARÍA HACER...**

8.2. **¿CUÁLES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO PUEDE REALIZAR USTED ESTA ACTIVIDAD?. POR FAVOR, RESPÓNDAME CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES (NV, BV, TV) A CADA UNA DE LAS FRASES QUE LE VOY A IR LEYENDO (entrevistador: no decirle que tiene la opción de NS / NC, pero codificarla con 9 cuando no sepa o dude mucho):**

PORQUE...	Nada verdad	Bastante verdad	Totalmente verdad	NS / NC
1. Estoy en lista de espera a esa actividad	1	2	3	9
2. Me podría hacer daño en esa actividad	1	2	3	9
3. No me viene bien el horario	1	2	3	9
4. Tengo un impedimento físico	1	2	3	9
5. No me gusta la instalación	1	2	3	9
6. El médico me lo ha prohibido	1	2	3	9
7. No me gusta el trato del personal	1	2	3	9
8. No soy muy hábil en esa actividad	1	2	3	9
9. A mi familia o amigos no les gustaría que la hiciera	1	2	3	9
10. El precio es alto	1	2	3	9
11. No tengo tiempo	1	2	3	9
12. No sé donde hacerla	1	2	3	9
13. Soy ya mayor para esa actividad	1	2	3	9
14. No hay sitio para mí donde hacerla	1	2	3	9
15. No me gusta cómo se realiza la actividad	1	2	3	9
16. Está lejos el sitio para hacerla	1	2	3	9
17. Mi estado de salud no lo permite	1	2	3	9
18. Me daría vergüenza que me vieran practicar	1	2	3	9

8.3. **NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA LE GUSTARÍA PRACTICAR ESTA ACTIVIDAD?** (entrevistador: si tiene duda irle diciendo-preguntando: una, dos...): _____

8.4. **¿Y CUÁNDO LE GUSTARÍA PRACTICARLA, POR LA MAÑANA O POR LA TARDE?:** (entrevistador: cuando duden, insistir en cuándo practicarían más, y sólo utilizar la opción 3 cuando sea realmente necesario)

1. por la mañana
2. por la tarde
3. Por la mañana y/o por la tarde

8.5. **Y ESTA ACTIVIDAD, ¿QUIÉN PREFERIRÍA QUE LA ORGANIZARA?:**

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| 1. Yo sólo por mi cuenta | 4. Un gimnasio o empresa privada | 7. Otros, ¿cuál?: _____ |
| 2. Yo con los amigos o familiares | 5. El Ayuntamiento | 9. NS / NC |
| 3. Una asociación | 6. El hogar del jubilado o Centro de Tercera Edad | |

8.6. **APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTO PAGARÍA MENSUALMENTE POR REALIZAR ESTA ACTIVIDAD?**(pueden contestar en € o en pesetas, pero escribir a continuación € o pts según contesten; si tiene duda irle diciendo: MENOS DE 30 € O MÁS? y así sucesivamente...; si contesta nada anotar 0; en aquellos casos que paguen por periodos diferentes de tiempo (por ej. Quincenas) recalcular y poner el precio que quedaría mensualmente): _____

8.7. **¿LE GUSTARÍA QUE ESTA ACTIVIDAD LA DIRIGIESE O SUPERVISARA UN PROFESOR, TÉCNICO O MONITOR?:**

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 9. NS / NC |
|-------|-------|------------|

8.8. ¿Y EN QUÉ SITIO PREFERIRÍA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD?:

- | | |
|--|---|
| 1. En mi casa | 4. En un centro que tenga instalación deportiva |
| 2. En un parque, plaza o lugar público | 5. En hogar del jubilado o club pensionistas |
| 3. En una instalación deportiva | 6. En otro sitio, ¿cuál?: _____ |

8.9. Y A ESE SITIO, ¿CÓMO LE GUSTARÍA IR?:

- | | | |
|---------------|-------------------------|------------|
| 1. Andando | 4. En coche | 9. NS / NC |
| 3. En autobús | 5. Otros, ¿cuál?: _____ | |

8.10. Y APROXIMADAMENTE, ¿EN CUÁNTOS MINUTOS COMO MÁXIMO LE GUSTARÍA LLEGAR A ESE SITIO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD?

(si tiene duda irle diciendo-preguntando: más de cinco o menos, y así sucesivamente....): _____

☛ **PASAR A PREGUNTA 12...**

SÓLO A NO PRACTICANTES PERO INTERESADOS (DNPI)

9.1. ¿CUÁL ES LA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA QUE DESARÍA REALIZAR DURANTE LA SEMANA? (en el caso de que sea más de una, preguntarle aquí por la que más le gustaría) (Si no contesta o contesta pasear, caminar o andar, no escribir nada aquí, volver a pregunta 5 y anotar 2 y luego continuar en pregunta 10):

: _____

☛ **A PARTIR DE AQUÍ, LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS EN REFERENCIA SÓLO A ESTA ACTIVIDAD QUE LE GUSTARÍA HACER...**

9.2. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO PUEDE REALIZAR USTED ESTA ACTIVIDAD?. POR FAVOR, RESPÓNDAME CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES (NV, BV, TV) A CADA UNA DE LAS FRASES QUE LE VOY A IR LEYENDO (entrevistador: no decirle que tiene la opción de NS / NC, pero codificarla con 9 cuando no sepa o dude mucho):

PORQUE...	Nada verdad	Bastante verdad	Totalmente verdad	NS / NC
1. Estoy en lista de espera a esa actividad	1	2	3	9
2. Me podría hacer daño en esa actividad	1	2	3	9
3. No me viene bien el horario	1	2	3	9
4. Tengo un impedimento físico	1	2	3	9
5. No me gusta la instalación	1	2	3	9
6. El médico me lo ha prohibido	1	2	3	9
7. No me gusta el trato del personal	1	2	3	9
8. No soy muy hábil en esa actividad	1	2	3	9
9. A mi familia o amigos no les gustaría que la hiciera	1	2	3	9
10. El precio es alto	1	2	3	9
11. No tengo tiempo	1	2	3	9
12. No sé donde hacerla	1	2	3	9
13. Soy ya mayor para esa actividad	1	2	3	9
14. No hay sitio para mí donde hacerla	1	2	3	9
15. No me gusta cómo se realiza la actividad	1	2	3	9
16. Está lejos el sitio para hacerla	1	2	3	9
17. Mi estado de salud no lo permite	1	2	3	9
18. Me daría vergüenza que me vieran practicar	1	2	3	9

9.3. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA LE GUSTARÍA PRACTICAR ESTA ACTIVIDAD? (entrevistador: si tiene duda irle diciendo-preguntando: una, dos....): _____

9.4. ¿Y CUÁNDO LE GUSTARÍA PRACTICARLA, POR LA MAÑANA O POR LA TARDE?: (entrevistador: cuando duden, insistir en cuándo practicarían más, y sólo utilizar la opción 3 cuando sea realmente necesario)

- | | | |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 1. por la mañana | 2. por la tarde | 3. Por la mañana y/o por la tarde |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|

9.5. Y ESTA ACTIVIDAD, ¿QUIÉN PREFERIRÍA QUE LA ORGANIZARA?:

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| 1. Yo sólo por mi cuenta | 4. Un gimnasio o empresa privada | 7. Otros, ¿cuál?: _____ |
| 2. Yo con los amigos o familiares | 5. El Ayuntamiento | 9. NS / NC |
| 3. Una asociación | 6. El hogar del jubilado o Centro de Tercera Edad | |

9.6. APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTO PAGARÍA MENSUALMENTE POR REALIZAR ESTA ACTIVIDAD?(pueden contestar en € o en pesetas, pero anotar € o pts según conteste; si tiene duda irle diciendo: MENOS DE 30 € O MÁS? y así sucesivamente....; si contesta nada anotar 0; en aquellos casos que paguen por periodos diferentes de tiempo (por ej. Quincenas) recalcular y poner el precio que quedaría mensualmente): _____

9.7. ¿LE GUSTARÍA QUE ESTA ACTIVIDAD LA DIRIGIESE O SUPERVISARA UN PROFESOR, TÉCNICO O MONITOR?:

- | | |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

9.8. ¿Y EN QUÉ SITIO PREFERIRÍA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD?:

- | | |
|--|---|
| 1. En mi casa | 4. En un centro que tenga instalación deportiva |
| 2. En un parque, plaza o lugar público | 5. En hogar del jubilado o club pensionistas |
| 3. En una instalación deportiva | 6. En otro sitio, ¿cuál?: _____ |

9.9. Y A ESE SITIO, ¿CÓMO LE GUSTARÍA IR?:

- | | | |
|---------------|-------------------------|------------|
| 1. Andando | 4. En coche | 9. NS / NC |
| 3. En autobús | 5. Otros, ¿cuál?: _____ | |

9.10. Y APROXIMADAMENTE, ¿EN CUÁNTOS MINUTOS COMO MÁXIMO LE GUSTARÍA LLEGAR A ESE SITIO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD?

(si tiene duda irle diciendo-preguntando: más de cinco o menos, y así sucesivamente....): _____

9.11. ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE LE GUSTARÍA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD?. POR FAVOR, RESPÓNDAME CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES (NV, BV, TV) A CADA UNA DE LAS FRASES QUE LE VOY A IR LEYENDO (entrevistador: no decirle que tiene la opción de NS / NC, pero codificarla con 9 cuando no sepa o dude mucho):

	Nada verdad	Bastante verdad	Totalmente verdad	NS / NC
PORQUE QUIERO...				
1. Mejorar mi técnica en esta actividad o deporte	1	2	3	9
2. Salir de casa	1	2	3	9
3. PORQUE me lo ha mandado el médico	1	2	3	9
4. Estar físicamente en forma	1	2	3	9
5. PORQUE me gusta hacer esta actividad	1	2	3	9
6. Relacionarme con otras personas	1	2	3	9
7. Aprender esta actividad o deporte	1	2	3	9
8. Que me aprecien los demás	1	2	3	9
9. Divertirme	1	2	3	9
10. Mantener o mejorar mi atractivo físico	1	2	3	9
11. Ocupar mi tiempo libre	1	2	3	9
12. Mantener o mejorar mi salud	1	2	3	9
13. Sentirme productivo	1	2	3	9
14. PORQUE me gusta competir	1	2	3	9
15. Sentirme a gusto	1	2	3	9
16. Retardar el envejecimiento	1	2	3	9
17. Olvidarme de los problemas	1	2	3	9

☛ **PASAR A PREGUNTA 12...**

SÓLO A NO PRACTICANTES NO INTERESADOS en PRACTICAR SEMANALMENTE o practicantes irregulares o estacionales (DNPNI)

10. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO QUIERE USTED PRACTICAR DURANTE LA SEMANA NINGUNA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA?. POR FAVOR, RESPÓNDAME CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES (NV, BV, TV) A CADA UNA DE LAS FRASES QUE LE VOY A IR LEYENDO (entrevistador: no decirle que tiene la opción de NS / NC, pero codificarla con 9 cuando no sepa o dude mucho):

PORQUE...	Nada verdad	Bastante verdad	Totalmente verdad	NS / NC
1. Tengo un impedimento físico	1	2	3	9
2. El precio es alto	1	2	3	9
3. Mi médico me lo ha prohibido	1	2	3	9
4. Me da pereza	1	2	3	9
5. Mi estado de salud no lo permite	1	2	3	9
6. No me gusta hacer ejercicio físico o deporte	1	2	3	9
7. No hay sitios para mí donde hacerla	1	2	3	9
8. No le veo utilidad	1	2	3	9
9. Prefiero hacer otras cosas en mi tiempo libre	1	2	3	9
10. Me podría hacer daño	1	2	3	9
11. No tengo tiempo	1	2	3	9
12. A mi familia o amigos no les gustaría	1	2	3	9
13. No sirvo para ello	1	2	3	9
14. Me siento cansado	1	2	3	9
15. Es perder el tiempo	1	2	3	9
16. No sabría como hacerla	1	2	3	9
17. Las personas como yo ya no hacen ejercicio físico	1	2	3	9
18. No tengo información de dónde podría hacerla	1	2	3	9
19. Me daría algo de vergüenza que me vieran	1	2	3	9
20. Está lejos el sitio para hacerla	1	2	3	9

11. ¿ME PODRÍA DECIR SI LE GUSTARÍA REALIZAR DE VEZ EN CUANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?:

	Sí	No
1. Jugar a la petanca	1	2
2. Nadar	1	2
3. Pasear	1	2
4. Bailar	1	2
5. Ejercicio físico suave	1	2
6. Gimnasia	1	2
7. Jugar a los bolos o similar	1	2
8. Alguna otra actividad o juego físico, ¿cuál?: _____	1	2

☛ **SEGUIR CON PREGUNTA 12...**

22. ¿CÓMO CREE USTED QUE ES SU FORMA O CONDICIÓN FÍSICA?:

1. Mala 2. Algo deficiente 3. Buena 4. Muy buena 9. NS / NC

23. ¿EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE LE VOY A DECIR, NECESITA QUE LE AYUDEN PARA REALIZARLAS?: PEINARSE, VESTIRSE, DUCHARSE, IR A LA COMPRA, IR AL MÉDICO

1. SI 2. NO 9. NS / NC

24. A CONTINUACIÓN LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS. POR FAVOR, CONTÉSTEME SÍ O NO A CADA UNA DE ELLAS:

	Sí	No	NS / NC
1. ¿Se cree capaz de hacer gimnasia o deporte?	1	2	9
2. ¿Le gusta cómo es ahora su cuerpo?	1	2	9
3. ¿Muchas veces le falta fuerza para hacer las cosas?	1	2	9
4. ¿Cree que es capaz de aprender algún deporte nuevo?	1	2	9
5. ¿Cree que es usted capaz de correr suavemente?	1	2	9
6. ¿Se siente atractivo/a para los demás?	1	2	9
7. ¿Cree que usted está más fuerte que las personas de su edad?	1	2	9
8. ¿Cree que tiene un buen aspecto físico?	1	2	9
9. Habitualmente, ¿se siente usted con mucha energía?	1	2	9

DATOS DE CONTROL DE LA PERSONA MAYOR ENTREVISTADA

Muchas gracias por su colaboración, para acabar ¿Cuál es su nombre? ¿y los apellidos? Y ¿el teléfono? (entrevistador este cuestionario no será válido si no se aporta el nombre y apellidos y el domicilio:calle, nº y puerta; con respecto al teléfono es muy importante que si lo tiene lo facilite, por si surgiera alguna duda en las respuestas emitidas, poderla resolver con facilidad. No obstante si no tuviera poner que no tiene teléfono, pero procurar que si lo tiene lo diga y lo anotéis)

ENTREVISTADO

Nombre y apellidos: _____

Domicilio (calle, nº y pta.): _____

Municipio: _____ **Teléfono:** _____

Datos de CONTROL DEL ENTREVISTADOR en DICIEMBRE 2006

CUESTIONARIO N° (DEJAR EN BLANCO):

ENTREVISTADO

Nombre y apellidos: _____

Domicilio (calle, n° y pta.): _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

ENTREVISTADOR:

Nombre y apellidos: _____ Código entrevistador: _____

REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA:

Fecha: ___ de diciembre de 2006 Hora: _____ Duración (en minutos): _____

ANEXO II

Anexo II. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones entre la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas

Tabla 1. Satisfacción con estado de salud y condición física

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Condición física

			Condición física				Total
			Mala	Algo deficiente	Buena	Muy buena	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	53,4%	35,0%	11,7%		100,0%
		% de Condición física	64,0%	14,3%	2,6%		11,4%
Algo		% de Satisfacción con estado de salud	7,9%	59,3%	31,0%	1,9%	100,0%
		% de Condición física	19,8%	50,8%	14,4%	4,0%	23,9%
Bastante		% de Satisfacción con estado de salud	2,2%	19,9%	72,6%	5,2%	100,0%
		% de Condición física	10,5%	31,7%	62,7%	21,2%	44,5%
Mucho		% de Satisfacción con estado de salud	2,7%	4,4%	52,2%	40,7%	100,0%
		% de Condición física	5,8%	3,2%	20,4%	74,7%	20,2%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	9,5%	27,9%	51,6%	11,0%	100,0%
		% de Condición física	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	633,369(a)	9	,000
Razón de verosimilitudes	516,458	9	,000
Asociación lineal por lineal	368,222	1	,000
N de casos válidos	903		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 9,81.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,837	,000
	V de Cramer	,484	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 2. Satisfacción con estado de salud y dependencia funcional

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Dependencia funcional

			Dependencia funcional		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	27,5%	72,5%	100,0%
		% de Dependencia funcional	30,4%	9,0%	11,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	15,1%	84,9%	100,0%
		% de Dependencia funcional	35,9%	22,4%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	6,0%	94,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	27,2%	47,2%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	3,3%	96,7%	100,0%
		% de Dependencia funcional	6,5%	21,4%	19,9%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	10,0%	90,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,271(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	50,756	3	,000
Asociación lineal por lineal	51,721	1	,000
N de casos válidos	918		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,22.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,250	,000
	V de Cramer	,250	,000
N de casos válidos		918	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 3. Condición física y dependencia funcional

Tabla de contingencia Condición física * Dependencia funcional

			Dependencia funcional		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	27,4%	72,6%	100,0%
		% de Dependencia funcional	25,3%	7,5%	9,3%
	Algo deficiente	% de Condición física	15,9%	84,1%	100,0%
		% de Dependencia funcional	44,0%	26,1%	27,9%
	Buena	% de Condición física	5,4%	94,6%	100,0%
		% de Dependencia funcional	27,5%	54,4%	51,7%
	Muy buena	% de Condición física	3,0%	97,0%	100,0%
		% de Dependencia funcional	3,3%	11,9%	11,1%
Total		% de Condición física	10,1%	89,9%	100,0%
		% de Dependencia funcional	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,123(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	49,065	3	,000
Asociación lineal por lineal	49,412	1	,000
N de casos válidos	903		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,245	,000
	V de Cramer	,245	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 4. Satisfacción con estado de salud y hacer gimnasia o deporte

Tabla de contingencia

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	27,7%	72,3%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	5,4%	20,6%	11,6%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	46,3%	53,7%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	18,1%	30,8%	23,3%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	50,1%	36,7%	44,7%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	76,5%	23,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	26,4%	11,9%	20,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,826(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	87,783	3	,000
Asociación lineal por lineal	83,881	1	,000
N de casos válidos	873		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,315	,000
	V de Cramer	,315	,000
N de casos válidos		873	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 5. Satisfacción con estado de salud y le gusta su cuerpo ahora

Tabla de contingencia

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	33,7%	66,3%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	5,1%	24,9%	10,7%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	17,6%	34,2%	22,3%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	78,6%	21,4%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	51,1%	34,6%	46,4%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	91,2%	8,8%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	26,2%	6,3%	20,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	71,4%	28,6%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	125,178(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	124,403	3	,000
Asociación lineal por lineal	121,692	1	,000
N de casos válidos	828		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,389	,000
	V de Cramer	,389	,000
N de casos válidos		828	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 6. Satisfacción con estado de salud y no le falta fuerza

Tabla de contingencia

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	13,0%	87,0%	100,0%
		% de No le falta fuerza	3,1%	17,9%	11,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	27,2%	72,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	14,0%	31,8%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	53,8%	46,2%	100,0%
		% de No le falta fuerza	53,0%	38,6%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	68,3%	31,7%	100,0%
		% de No le falta fuerza	29,8%	11,7%	20,0%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	45,9%	54,1%	100,0%
		% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	120,223(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	128,241	3	,000
Asociación lineal por lineal	116,908	1	,000
N de casos válidos	900		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 45,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,365	,000
	V de Cramer	,365	,000
N de casos válidos		900	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 7. Satisfacción con estado de salud y aprender algún deporte

Tabla de contingencia

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	17,3%	82,7%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	5,8%	15,3%	11,9%
Algo		% de Satisfacción con estado de salud	24,6%	75,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	15,8%	26,7%	22,8%
Bastante		% de Satisfacción con estado de salud	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	50,0%	41,4%	44,5%
Mucho		% de Satisfacción con estado de salud	48,5%	51,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	28,4%	16,6%	20,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,697(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	41,467	3	,000
Asociación lineal por lineal	38,531	1	,000
N de casos válidos	821		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,86.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,220	,000
	V de Cramer	,220	,000
N de casos válidos		821	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 8. Satisfacción con estado de salud y correr suavemente

Tabla de contingencia

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	7,7%	92,3%	100,0%
		% de Correr suavemente	2,9%	15,6%	11,6%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	20,4%	79,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	15,4%	27,3%	23,6%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	34,8%	65,2%	100,0%
		% de Correr suavemente	49,8%	42,3%	44,6%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	49,4%	50,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	31,9%	14,8%	20,1%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	31,2%	68,8%	100,0%
		% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,645(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	74,770	3	,000
Asociación lineal por lineal	68,488	1	,000
N de casos válidos	894		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 32,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,277	,000
	V de Cramer	,277	,000
N de casos válidos		894	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 9. Satisfacción con estado de salud y se siente atractivo

Tabla de contingencia

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Se siente atractivo	7,8%	15,4%	10,3%
Algo		% de Satisfacción con estado de salud	54,4%	45,6%	100,0%
		% de Se siente atractivo	19,1%	31,7%	23,3%
Bastante		% de Satisfacción con estado de salud	69,3%	30,7%	100,0%
		% de Se siente atractivo	48,6%	42,7%	46,6%
Mucho		% de Satisfacción con estado de salud	82,8%	17,2%	100,0%
		% de Se siente atractivo	24,6%	10,1%	19,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	66,5%	33,5%	100,0%
		% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,063(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	37,066	3	,000
Asociación lineal por lineal	34,597	1	,000
N de casos válidos	678		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 23,44.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,231	,000
	V de Cramer	,231	,000
N de casos válidos		678	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 10. Satisfacción con estado de salud y está más fuerte que otros

Tabla de contingencia

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	32,4%	67,6%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	5,6%	17,7%	10,5%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	49,1%	50,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	19,4%	30,3%	23,7%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	62,1%	37,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	45,8%	42,1%	44,3%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	81,5%	18,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	29,2%	10,0%	21,5%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	60,1%	39,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,308(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	61,692	3	,000
Asociación lineal por lineal	58,575	1	,000
N de casos válidos	679		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,296	,000
	V de Cramer	,296	,000
N de casos válidos		679	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 11. Satisfacción con estado de salud y buen aspecto

Tabla de contingencia

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	58,2%	41,8%	100,0%
		% de Buen aspecto	7,3%	21,7%	10,1%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	67,3%	32,7%	100,0%
		% de Buen aspecto	17,9%	36,2%	21,5%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	84,9%	15,1%	100,0%
		% de Buen aspecto	50,2%	36,8%	47,6%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	95,1%	4,9%	100,0%
		% de Buen aspecto	24,6%	5,3%	20,8%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	80,6%	19,4%	100,0%
		% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,685(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	71,432	3	,000
Asociación lineal por lineal	68,796	1	,000
N de casos válidos	782		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,36.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,301	,000
	V de Cramer	,301	,000
N de casos válidos		782	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 12. Satisfacción con estado de salud y se siente con energía

Tabla de contingencia

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	% de Satisfacción con estado de salud	33,3%	66,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	5,2%	23,9%	10,8%
	Algo	% de Satisfacción con estado de salud	53,3%	46,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	17,7%	35,9%	23,2%
	Bastante	% de Satisfacción con estado de salud	77,8%	22,2%	100,0%
		% de Se siente con energía	50,4%	33,2%	45,2%
	Mucho	% de Satisfacción con estado de salud	89,9%	10,1%	100,0%
		% de Se siente con energía	26,7%	6,9%	20,7%
Total		% de Satisfacción con estado de salud	69,8%	30,2%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	130,466(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	130,426	3	,000
Asociación lineal por lineal	126,352	1	,000
N de casos válidos	858		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,390	,000
	V de Cramer	,390	,000
N de casos válidos		858	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 13. Condición física y hacer gimnasia o deporte

Tabla de contingencia

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	22,6%	77,4%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	3,7%	18,7%	9,8%
	Algo deficiente	% de Condición física	39,0%	61,0%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	17,6%	40,5%	26,9%
	Buena	% de Condición física	72,1%	27,9%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	62,7%	35,6%	51,7%
	Muy buena	% de Condición física	82,0%	18,0%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	16,0%	5,2%	11,6%
Total		% de Condición física	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	138,379(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	141,177	3	,000
Asociación lineal por lineal	128,324	1	,000
N de casos válidos	860		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 33,99.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,401	,000
	V de Cramer	,401	,000
N de casos válidos		860	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 14. Condición física y le gusta su cuerpo ahora

Tabla de contingencia

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	31,9%	68,1%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	3,9%	21,1%	8,8%
	Algo deficiente	% de Condición física	53,9%	46,1%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	20,1%	43,1%	26,6%
	Buena	% de Condición física	82,6%	17,4%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	61,2%	32,3%	53,0%
	Muy buena	% de Condición física	91,5%	8,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	14,8%	3,4%	11,5%
Total		% de Condición física	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	133,036(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	130,389	3	,000
Asociación lineal por lineal	124,603	1	,000
N de casos válidos	815		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 20,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,404	,000
	V de Cramer	,404	,000
N de casos válidos		815	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 15. Condición física y no le falta fuerza

Tabla de contingencia

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	12,9%	87,1%	100,0%
		% de No le falta fuerza	2,7%	15,4%	9,6%
	Algo deficiente	% de Condición física	27,1%	72,9%	100,0%
		% de No le falta fuerza	16,6%	37,3%	27,9%
	Buena	% de Condición física	55,2%	44,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	62,1%	42,3%	51,4%
	Muy buena	% de Condición física	75,8%	24,2%	100,0%
		% de No le falta fuerza	18,6%	5,0%	11,2%
Total	% de Condición física	45,6%	54,4%	100,0%	
	% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	123,609(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	131,577	3	,000
Asociación lineal por lineal	120,841	1	,000
N de casos válidos	886		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 38,76.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,374	,000
V de Cramer	,374	,000
N de casos válidos	886	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 16. Condición física y aprender algún deporte

Tabla de contingencia

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	16,5%	83,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	4,5%	12,6%	9,7%
	Algo deficiente	% de Condición física	20,4%	79,6%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	14,9%	32,1%	26,0%
	Buena	% de Condición física	42,8%	57,2%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	63,0%	46,5%	52,3%
	Muy buena	% de Condición física	52,6%	47,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	17,6%	8,8%	11,9%
Total		% de Condición física	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,825(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	58,651	3	,000
Asociación lineal por lineal	50,779	1	,000
N de casos válidos	812		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 28,12.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,262	,000
	V de Cramer	,262	,000
N de casos válidos		812	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 17. Condición física y correr suavemente

Tabla de contingencia

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	3,5%	96,5%	100,0%
		% de Correr suavemente	1,1%	13,6%	9,7%
	Algo deficiente	% de Condición física	13,6%	86,4%	100,0%
		% de Correr suavemente	11,9%	34,8%	27,5%
	Buena	% de Condición física	41,2%	58,8%	100,0%
		% de Correr suavemente	67,3%	44,4%	51,6%
	Muy buena	% de Condición física	56,1%	43,9%	100,0%
		% de Correr suavemente	19,8%	7,2%	11,1%
Total	% de Condición física	31,6%	68,4%	100,0%	
	% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	113,645(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	128,707	3	,000
Asociación lineal por lineal	108,160	1	,000
N de casos válidos	879		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,88.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,360	,000
	V de Cramer	,360	,000
N de casos válidos		879	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 18. Condición física y se siente atractivo

Tabla de contingencia

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	39,6%	60,4%	100,0%
		% de Se siente atractivo	4,7%	14,4%	7,9%
	Algo deficiente	% de Condición física	52,9%	47,1%	100,0%
		% de Se siente atractivo	20,4%	36,5%	25,7%
	Buena	% de Condición física	75,4%	24,6%	100,0%
		% de Se siente atractivo	63,1%	41,4%	55,9%
	Muy buena	% de Condición física	75,7%	24,3%	100,0%
		% de Se siente atractivo	11,9%	7,7%	10,5%
Total	% de Condición física	66,8%	33,2%	100,0%	
	% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,616(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	46,320	3	,000
Asociación lineal por lineal	40,234	1	,000
N de casos válidos	669		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 17,59.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,267	,000
	V de Cramer	,267	,000
N de casos válidos		669	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 19. Condición física y está más fuerte que otros

Tabla de contingencia

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	25,8%	74,2%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	4,0%	17,4%	9,3%
	Algo deficiente	% de Condición física	41,5%	58,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	17,7%	37,9%	25,7%
	Buena	% de Condición física	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	62,2%	40,5%	53,6%
	Muy buena	% de Condición física	85,5%	14,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	16,2%	4,2%	11,4%
Total		% de Condición física	60,4%	39,6%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,368(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	92,713	3	,000
Asociación lineal por lineal	87,527	1	,000
N de casos válidos	666		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 24,58.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,368	,000
	V de Cramer	,368	,000
N de casos válidos		666	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 20. Condición física y buen aspecto

Tabla de contingencia

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	50,8%	49,2%	100,0%
		% de Buen aspecto	5,2%	20,5%	8,2%
	Algo deficiente	% de Condición física	65,4%	34,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	20,3%	43,7%	24,9%
	Buena	% de Condición física	88,4%	11,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	60,7%	32,5%	55,1%
	Muy buena	% de Condición física	94,4%	5,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	13,8%	3,3%	11,7%
Total	% de Condición física	80,3%	19,7%	100,0%	
	% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,357(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	85,384	3	,000
Asociación lineal por lineal	83,155	1	,000
N de casos válidos	767		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,40.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,343	,000
V de Cramer	,343	,000
N de casos válidos	767	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 21. Condición física y se siente con energía

Tabla de contingencia

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Condición física	Mala	% de Condición física	26,3%	73,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	3,4%	22,0%	9,0%
	Algo deficiente	% de Condición física	52,3%	47,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	21,0%	43,9%	27,9%
	Buena	% de Condición física	81,3%	18,7%	100,0%
		% de Se siente con energía	60,0%	31,8%	51,4%
	Muy buena	% de Condición física	93,9%	6,1%	100,0%
		% de Se siente con energía	15,7%	2,4%	11,6%
Total		% de Condición física	69,7%	30,3%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	155,992(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	157,358	3	,000
Asociación lineal por lineal	149,750	1	,000
N de casos válidos	842		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 23,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,430	,000
	V de Cramer	,430	,000
N de casos válidos		842	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 22. Dependencia funcional y hacer gimnasia o deporte

Tabla de contingencia

			Hacer gimnasia o deporte		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	33,7%	66,3%	100,0%
	No	% de Hacer gimnasia o deporte	5,7%	16,6%	10,1%
Total		% de Dependencia funcional	62,4%	37,6%	100,0%
	% de Hacer gimnasia o deporte	94,3%	83,4%	89,9%	
Total	% de Dependencia funcional	59,5%	40,5%	100,0%	
	% de Hacer gimnasia o deporte	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,394(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	26,214	1	,000		
Razón de verosimilitudes	26,896	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	27,362	1	,000		
N de casos válidos	877				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,177	,000
	V de Cramer	,177	,000
N de casos válidos		877	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 23. Dependencia funcional y le gusta su cuerpo ahora

Tabla de contingencia

			Le gusta su cuerpo ahora		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	8,1%	13,5%	9,6%
	No	% de Dependencia funcional	72,7%	27,3%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	91,9%	86,5%	90,4%
Total		% de Dependencia funcional	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Le gusta su cuerpo ahora	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,723(b)	1	,017		
Corrección por continuidad(a)	5,117	1	,024		
Razón de verosimilitudes	5,398	1	,020		
Estadístico exacto de Fisher				,019	,013
Asociación lineal por lineal	5,716	1	,017		
N de casos válidos	831				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,083	,017
	V de Cramer	,083	,017
N de casos válidos		831	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 24. Dependencia funcional y no le falta fuerza

Tabla de contingencia

			No le falta fuerza		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	21,7%	78,3%	100,0%
		% de No le falta fuerza	4,9%	14,6%	10,2%
Total	No	% de Dependencia funcional	48,2%	51,8%	100,0%
		% de No le falta fuerza	95,1%	85,4%	89,8%
		% de Dependencia funcional	45,5%	54,5%	100,0%
		% de No le falta fuerza	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,350(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	22,295	1	,000		
Razón de verosimilitudes	24,961	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,325	1	,000		
N de casos válidos	903				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 41,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,161	,000
	V de Cramer	,161	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 25. Dependencia funcional y aprender algún deporte

Tabla de contingencia

			Aprender algún deporte		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	27,4%	72,6%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	7,8%	11,5%	10,2%
	No	% de Dependencia funcional	36,5%	63,5%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	92,2%	88,5%	89,8%
Total		% de Dependencia funcional	35,6%	64,4%	100,0%
		% de Aprender algún deporte	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,730(b)	1	,099		
Corrección por continuidad(a)	2,347	1	,126		
Razón de verosimilitudes	2,831	1	,092		
Estadístico exacto de Fisher				,118	,061
Asociación lineal por lineal	2,726	1	,099		
N de casos válidos	824				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,058	,099
	V de Cramer	,058	,099
N de casos válidos		824	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 26. Dependencia funcional y correr suavemente

Tabla de contingencia

			Correr suavemente		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	13,0%	87,0%	100,0%
		% de Correr suavemente	4,3%	13,0%	10,3%
Total	No	% de Dependencia funcional	33,4%	66,6%	100,0%
		% de Correr suavemente	95,7%	87,0%	89,7%
		% de Dependencia funcional	31,3%	68,7%	100,0%
		% de Correr suavemente	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,929(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	14,996	1	,000		
Razón de verosimilitudes	18,354	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	15,911	1	,000		
N de casos válidos	897				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,133	,000
	V de Cramer	,133	,000
N de casos válidos		897	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 27. Dependencia funcional y se siente atractivo

Tabla de contingencia

			Se siente atractivo		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	61,2%	38,8%	100,0%
		% de Se siente atractivo	9,0%	11,4%	9,8%
Total	No	% de Dependencia funcional	67,2%	32,8%	100,0%
		% de Se siente atractivo	91,0%	88,6%	90,2%
		% de Dependencia funcional	66,6%	33,4%	100,0%
		% de Se siente atractivo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,964(b)	1	,326		
Corrección por continuidad(a)	,715	1	,398		
Razón de verosimilitudes	,944	1	,331		
Estadístico exacto de Fisher				,341	,198
Asociación lineal por lineal	,963	1	,326		
N de casos válidos	682				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,038	,326
	V de Cramer	,038	,326
N de casos válidos		682	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 28. Dependencia funcional y está más fuerte que otros

Tabla de contingencia

			Está más fuerte que otros		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	47,1%	52,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	8,1%	13,6%	10,3%
	No	% de Dependencia funcional	61,5%	38,5%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	91,9%	86,4%	89,7%
Total		% de Dependencia funcional	60,1%	39,9%	100,0%
		% de Está más fuerte que otros	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,426(b)	1	,020		
Corrección por continuidad(a)	4,842	1	,028		
Razón de verosimilitudes	5,312	1	,021		
Estadístico exacto de Fisher				,028	,015
Asociación lineal por lineal	5,418	1	,020		
N de casos válidos	681				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,089	,020
	V de Cramer	,089	,020
N de casos válidos		681	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 29. Dependencia funcional y buen aspecto

Tabla de contingencia

			Buen aspecto		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	71,8%	28,2%	100,0%
		% de Buen aspecto	8,1%	13,0%	9,0%
Total	No	% de Dependencia funcional	81,2%	18,8%	100,0%
		% de Buen aspecto	91,9%	87,0%	91,0%
		% de Dependencia funcional	80,4%	19,6%	100,0%
		% de Buen aspecto	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,620(b)	1	,057		
Corrección por continuidad(a)	3,048	1	,081		
Razón de verosimilitudes	3,330	1	,068		
Estadístico exacto de Fisher				,061	,044
Asociación lineal por lineal	3,615	1	,057		
N de casos válidos	785				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,93.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,068	,057
	V de Cramer	,068	,057
N de casos válidos		785	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 30. Dependencia funcional y se siente con energía

Tabla de contingencia

			Se siente con energía		Total
			Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	% de Dependencia funcional	50,6%	49,4%	100,0%
		% de Se siente con energía	7,4%	16,3%	10,1%
	No	% de Dependencia funcional	71,5%	28,5%	100,0%
		% de Se siente con energía	92,6%	83,7%	89,9%
Total		% de Dependencia funcional	69,4%	30,6%	100,0%
		% de Se siente con energía	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,190(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	15,217	1	,000		
Razón de verosimilitudes	15,076	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,171	1	,000		
N de casos válidos	860				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,61.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,137	,000
	V de Cramer	,137	,000
N de casos válidos		860	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ANEXO III

Anexo III. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con las variables sociodemográficas

Tabla 31. Satisfacción con estado de salud y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	22,3%	17,8%	19,9%
	Bastante	46,9%	43,4%	45,0%
	Algo	21,6%	25,8%	23,8%
	Nada	9,2%	13,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,761(a)	3	,051
Razón de verosimilitudes	7,800	3	,050
Asociación lineal por lineal	7,610	1	,006
N de casos válidos	924		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 48,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,092	,051
	V de Cramer	,092	,051
N de casos válidos		924	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 32. Condición física y género**Tabla de contingencia**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Muy buena	12,1%	10,0%	11,0%
	Buena	54,2%	49,3%	51,6%
	Algo deficiente	25,5%	30,1%	27,9%
	Mala	8,2%	10,6%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,161(a)	3	,160
Razón de verosimilitudes	5,177	3	,159
Asociación lineal por lineal	4,798	1	,028
N de casos válidos	907		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 40,58.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,075	,160
	V de Cramer	,075	,160
N de casos válidos		907	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 33. Dependencia funcional y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	No	93,3%	87,0%	90,0%
	Sí	6,7%	13,0%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,425(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	9,730	1	,002		
Razón de verosimilitudes	10,717	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,414	1	,001		
N de casos válidos	927				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 43,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,106	,001
	V de Cramer	,106	,001
N de casos válidos		927	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 34. Hacer gimnasia o deporte y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	No	35,3%	45,4%	40,6%
	Sí	64,7%	54,6%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,345(b)	1	,002		
Corrección por continuidad(a)	8,930	1	,003		
Razón de verosimilitudes	9,378	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,001
Asociación lineal por lineal	9,335	1	,002		
N de casos válidos	882				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 169,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,103	,002
	V de Cramer	,103	,002
N de casos válidos		882	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 35. Le gusta su cuerpo ahora y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	No	25,1%	31,9%	28,7%
	Sí	74,9%	68,1%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,670(b)	1	,031		
Corrección por continuidad(a)	4,345	1	,037		
Razón de verosimilitudes	4,691	1	,030		
Estadístico exacto de Fisher				,032	,018
Asociación lineal por lineal	4,664	1	,031		
N de casos válidos	836				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 113,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,075	,031
	V de Cramer	,075	,031
N de casos válidos		836	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 36. No le falta fuerza y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	No	48,5%	59,9%	54,6%
	Sí	51,5%	40,1%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,960(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	11,503	1	,001		
Razón de verosimilitudes	11,977	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	11,947	1	,001		
N de casos válidos	909				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 193,10.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,115	,001
	V de Cramer	,115	,001
N de casos válidos		909	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 37. Aprender algún deporte y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	No	62,5%	66,4%	64,5%
	Sí	37,5%	33,6%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,399(b)	1	,237		
Corrección por continuidad(a)	1,233	1	,267		
Razón de verosimilitudes	1,399	1	,237		
Estadístico exacto de Fisher				,246	,133
Asociación lineal por lineal	1,398	1	,237		
N de casos válidos	829				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 141,86.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,041	,237
	V de Cramer	,041	,237
N de casos válidos		829	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 38. Correr suavemente y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	No	60,1%	76,4%	68,8%
	Sí	39,9%	23,6%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,714(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	26,962	1	,000		
Razón de verosimilitudes	27,790	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	27,683	1	,000		
N de casos válidos	903				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 132,41.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,175	,000
	V de Cramer	,175	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 39. Se siente atractivo y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	No	31,1%	35,9%	33,6%
	Sí	68,9%	64,1%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,734(b)	1	,188		
Corrección por continuidad(a)	1,528	1	,216		
Razón de verosimilitudes	1,737	1	,188		
Estadístico exacto de Fisher				,196	,108
Asociación lineal por lineal	1,732	1	,188		
N de casos válidos	685				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 110,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,050	,188
	V de Cramer	,050	,188
N de casos válidos		685	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 40. Está más fuerte que otros y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	No	34,0%	45,4%	39,9%
	Sí	66,0%	54,6%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,107(b)	1	,003		
Corrección por continuidad(a)	8,641	1	,003		
Razón de verosimilitudes	9,142	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	9,094	1	,003		
N de casos válidos	684				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 131,31.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,115	,003
	V de Cramer	,115	,003
N de casos válidos		684	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 41. Buen aspecto y género**Tabla de contingencia**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	No	16,2%	22,8%	19,6%
	Sí	83,8%	77,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,328(b)	1	,021		
Corrección por continuidad(a)	4,922	1	,027		
Razón de verosimilitudes	5,369	1	,020		
Estadístico exacto de Fisher				,025	,013
Asociación lineal por lineal	5,321	1	,021		
N de casos válidos	789				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 73,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,082	,021
	V de Cramer	,082	,021
N de casos válidos		789	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 42. Se siente con energía y género

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	No	25,8%	34,9%	30,6%
	Sí	74,2%	65,1%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,311(b)	1	,004		
Corrección por continuidad(a)	7,890	1	,005		
Razón de verosimilitudes	8,353	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,004	,002
Asociación lineal por lineal	8,301	1	,004		
N de casos válidos	864				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 126,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,098	,004
	V de Cramer	,098	,004
N de casos válidos		864	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 43. Satisfacción con estado de salud y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	21,8%	17,7%	19,9%
	Bastante	45,5%	44,4%	45,0%
	Algo	23,8%	23,9%	23,8%
	Nada	8,9%	14,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,460(a)	3	,059
Razón de verosimilitudes	7,447	3	,059
Asociación lineal por lineal	5,935	1	,015
N de casos válidos	924		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 47,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,090	,059
	V de Cramer	,090	,059
N de casos válidos		924	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 44. Condición física y edad**Tabla de contingencia**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Muy buena	13,0%	8,7%	11,0%
	Buena	55,5%	47,0%	51,6%
	Algo deficiente	24,5%	32,0%	27,9%
	Mala	7,1%	12,3%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,879(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	17,918	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,353	1	,000
N de casos válidos	907		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 39,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,140	,000
	V de Cramer	,140	,000
N de casos válidos		907	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 45. Dependencia funcional y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	No	94,5%	84,5%	90,0%
	Sí	5,5%	15,5%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,214(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	24,123	1	,000		
Razón de verosimilitudes	25,464	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	25,187	1	,000		
N de casos válidos	927				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,14.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,165	,000
	V de Cramer	,165	,000
N de casos válidos		927	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 46. Hacer gimnasia o deporte y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	No	29,1%	54,7%	40,6%
	Sí	70,9%	45,3%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,272(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	58,216	1	,000		
Razón de verosimilitudes	59,664	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	59,205	1	,000		
N de casos válidos	882				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 161,14.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,259	,000
	V de Cramer	,259	,000
N de casos válidos		882	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 47. Le gusta su cuerpo ahora y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	No	27,5%	30,3%	28,7%
	Sí	72,5%	69,7%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,804(b)	1	,370		
Corrección por continuidad(a)	,671	1	,413		
Razón de verosimilitudes	,802	1	,371		
Estadístico exacto de Fisher				,395	,206
Asociación lineal por lineal	,803	1	,370		
N de casos válidos	836				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 102,20.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,031	,370
	V de Cramer	,031	,370
N de casos válidos		836	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 48. No le falta fuerza y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	No	49,0%	61,3%	54,6%
	Sí	51,0%	38,7%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,679(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	13,189	1	,000		
Razón de verosimilitudes	13,735	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,664	1	,000		
N de casos válidos	909				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 187,64.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,123	,000
	V de Cramer	,123	,000
N de casos válidos		909	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 49. Aprender algún deporte y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	No	56,6%	74,3%	64,5%
	Sí	43,4%	25,7%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,034(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	27,266	1	,000		
Razón de verosimilitudes	28,485	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	28,000	1	,000		
N de casos válidos	829				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 132,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,184	,000
	V de Cramer	,184	,000
N de casos válidos		829	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 50. Correr suavemente y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	No	59,3%	80,0%	68,8%
	Sí	40,7%	20,0%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,674(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	43,715	1	,000		
Razón de verosimilitudes	45,859	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	44,625	1	,000		
N de casos válidos	903				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 128,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,222	,000
	V de Cramer	,222	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 51. Se siente atractivo y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	No	32,9%	34,5%	33,6%
	Sí	67,1%	65,5%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,185(b)	1	,667		
Corrección por continuidad(a)	,121	1	,728		
Razón de verosimilitudes	,185	1	,667		
Estadístico exacto de Fisher				,683	,363
Asociación lineal por lineal	,185	1	,667		
N de casos válidos	685				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 97,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,016	,667
	V de Cramer	,016	,667
N de casos válidos		685	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 52. Está más fuerte que otros y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	No	39,3%	40,7%	39,9%
	Sí	60,7%	59,3%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,127(b)	1	,722		
Corrección por continuidad(a)	,077	1	,782		
Razón de verosimilitudes	,127	1	,722		
Estadístico exacto de Fisher				,753	,391
Asociación lineal por lineal	,127	1	,722		
N de casos válidos	684				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 117,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,014	,722
	V de Cramer	,014	,722
N de casos válidos		684	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 53. Buen aspecto y edad**Tabla de contingencia**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	No	20,3%	18,8%	19,6%
	Sí	79,7%	81,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,251(b)	1	,616		
Corrección por continuidad(a)	,169	1	,681		
Razón de verosimilitudes	,252	1	,616		
Estadístico exacto de Fisher				,652	,341
Asociación lineal por lineal	,251	1	,616		
N de casos válidos	789				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,018	,616
	V de Cramer	,018	,616
N de casos válidos		789	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 54. Se siente con energía y edad

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	No	27,7%	34,1%	30,6%
	Sí	72,3%	65,9%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,083(b)	1	,043		
Corrección por continuidad(a)	3,787	1	,052		
Razón de verosimilitudes	4,069	1	,044		
Estadístico exacto de Fisher				,045	,026
Asociación lineal por lineal	4,078	1	,043		
N de casos válidos	864				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 116,42.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,069	,043
	V de Cramer	,069	,043
N de casos válidos		864	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 55. Satisfacción con estado de salud y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	36,7%	18,1%	18,6%	19,9%
	Bastante	38,0%	48,3%	40,6%	44,7%
	Algo	19,0%	24,5%	24,8%	24,1%
	Nada	6,3%	9,1%	16,1%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,259(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	24,893	6	,000
Asociación lineal por lineal	14,121	1	,000
N de casos válidos	909		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,95.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,173	,000
	V de Cramer	,122	,000
N de casos válidos		909	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 56. Condición física y clase social**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Muy buena	17,7%	10,5%	10,1%	11,0%
	Buena	62,0%	55,5%	42,5%	51,4%
	Algo deficiente	16,5%	26,7%	33,6%	28,3%
	Mala	3,8%	7,3%	13,8%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,186(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	31,384	6	,000
Asociación lineal por lineal	24,552	1	,000
N de casos válidos	891		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7,36.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,187	,000
	V de Cramer	,132	,000
N de casos válidos		891	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 57. Dependencia funcional y clase social**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	No	97,6%	91,7%	85,1%	89,9%
	Sí	2,4%	8,3%	14,9%	10,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,169(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	16,459	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,129	1	,000
N de casos válidos	911		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 8,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,129	,001
	V de Cramer	,129	,001
N de casos válidos		911	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 58. Hacer gimnasia o deporte y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	No	23,8%	36,2%	52,7%	40,6%
	Sí	76,3%	63,8%	47,3%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,305(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	31,669	2	,000
Asociación lineal por lineal	30,977	1	,000
N de casos válidos	866		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,52.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,190	,000
	V de Cramer	,190	,000
N de casos válidos		866	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 59. Le gusta su cuerpo ahora y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	No	21,1%	26,6%	34,7%	28,8%
	Sí	78,9%	73,4%	65,3%	71,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,973(a)	2	,019
Razón de verosimilitudes	7,968	2	,019
Asociación lineal por lineal	7,841	1	,005
N de casos válidos	823		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,098	,019
	V de Cramer	,098	,019
N de casos válidos		823	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 60. No le falta fuerza y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	No	48,8%	51,6%	59,7%	54,2%
	Sí	51,3%	48,4%	40,3%	45,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,121(a)	2	,047
Razón de verosimilitudes	6,145	2	,046
Asociación lineal por lineal	5,652	1	,017
N de casos válidos	893		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 36,64.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,083	,047
	V de Cramer	,083	,047
N de casos válidos		893	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 61. Aprender algún deporte y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	No	44,7%	66,2%	66,4%	64,3%
	Sí	55,3%	33,8%	33,6%	35,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,902(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	13,287	2	,001
Asociación lineal por lineal	6,247	1	,012
N de casos válidos	814		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 27,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,131	,001
	V de Cramer	,131	,001
N de casos válidos		814	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 62. Correr suavemente y clase social**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	No	40,5%	67,1%	78,3%	68,7%
	Sí	59,5%	32,9%	21,7%	31,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,465(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	41,748	2	,000
Asociación lineal por lineal	38,847	1	,000
N de casos válidos	889		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 24,70.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,221	,000
	V de Cramer	,221	,000
N de casos válidos		889	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 63. Se siente atractivo y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	No	29,9%	32,5%	36,0%	33,3%
	Sí	70,1%	67,5%	64,0%	66,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,177(a)	2	,555
Razón de verosimilitudes	1,176	2	,555
Asociación lineal por lineal	1,164	1	,281
N de casos válidos	672		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 22,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,042	,555
	V de Cramer	,042	,555
N de casos válidos		672	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 64. Está más fuerte que otros y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	No	27,9%	37,3%	48,4%	39,9%
	Sí	72,1%	62,7%	51,6%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,653(a)	2	,003
Razón de verosimilitudes	11,736	2	,003
Asociación lineal por lineal	11,594	1	,001
N de casos válidos	671		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 27,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,132	,003
	V de Cramer	,132	,003
N de casos válidos		671	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 65. Buen aspecto y clase social

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	No	19,7%	16,5%	25,1%	19,6%
	Sí	80,3%	83,5%	74,9%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,515(a)	2	,023
Razón de verosimilitudes	7,340	2	,025
Asociación lineal por lineal	4,122	1	,042
N de casos válidos	775		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 14,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,098	,023
	V de Cramer	,098	,023
N de casos válidos		775	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 66. Se siente con energía y clase social**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	No	24,1%	28,8%	34,1%	30,2%
	Sí	75,9%	71,2%	65,9%	69,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,989(a)	2	,136
Razón de verosimilitudes	4,010	2	,135
Asociación lineal por lineal	3,980	1	,046
N de casos válidos	850		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 23,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,069	,136
	V de Cramer	,069	,136
N de casos válidos		850	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 67. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	19,9%	27,0%	24,6%	7,8%	19,9%
	Bastante	48,3%	38,0%	49,6%	44,4%	45,0%
	Algo	22,3%	20,7%	16,4%	36,2%	23,8%
	Nada	9,5%	14,3%	9,4%	11,6%	11,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,316(a)	9	,000
Razón de verosimilitudes	58,456	9	,000
Asociación lineal por lineal	8,821	1	,003
N de casos válidos	924		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,245	,000
	V de Cramer	,141	,000
N de casos válidos		924	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 68. Condición física y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Muy buena	11,7%	14,0%	12,9%	5,3%	11,0%
	Buena	47,1%	47,2%	60,0%	51,3%	51,6%
	Algo deficiente	30,6%	28,1%	22,5%	31,0%	27,9%
	Mala	10,7%	10,6%	4,6%	12,4%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,995(a)	9	,001
Razón de verosimilitudes	29,662	9	,001
Asociación lineal por lineal	,360	1	,548
N de casos válidos	907		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,53.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,173	,001
	V de Cramer	,100	,001
N de casos válidos		907	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 69. Dependencia funcional y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	No	89,1%	92,4%	91,5%	86,6%	90,0%
	Sí	10,9%	7,6%	8,5%	13,4%	10,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,211(a)	3	,157
Razón de verosimilitudes	5,123	3	,163
Asociación lineal por lineal	,940	1	,332
N de casos válidos	927		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,075	,157
	V de Cramer	,075	,157
N de casos válidos		927	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 70. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	No	47,6%	41,8%	31,0%	43,8%	40,6%
	Sí	52,4%	58,2%	69,0%	56,2%	59,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,218(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	14,460	3	,002
Asociación lineal por lineal	1,913	1	,167
N de casos válidos	882		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 76,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,127	,003
	V de Cramer	,127	,003
N de casos válidos		882	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 71. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	No	24,2%	29,3%	20,2%	41,7%	28,7%
	Sí	75,8%	70,7%	79,8%	58,3%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,126(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	27,578	3	,000
Asociación lineal por lineal	9,307	1	,002
N de casos válidos	836		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 52,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,183	,000
	V de Cramer	,183	,000
N de casos válidos		836	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 72. No le falta fuerza y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	No	49,8%	57,0%	59,3%	51,3%	54,6%
	Sí	50,2%	43,0%	40,7%	48,7%	45,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,668(a)	3	,129
Razón de verosimilitudes	5,675	3	,129
Asociación lineal por lineal	,158	1	,691
N de casos válidos	909		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 93,14.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,079	,129
	V de Cramer	,079	,129
N de casos válidos		909	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 73. Aprender algún deporte y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	No	64,1%	62,5%	71,7%	59,3%	64,5%
	Sí	35,9%	37,5%	28,3%	40,7%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,249(a)	3	,041
Razón de verosimilitudes	8,383	3	,039
Asociación lineal por lineal	,134	1	,714
N de casos válidos	829		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,23.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,100	,041
	V de Cramer	,100	,041
N de casos válidos		829	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 74. Correr suavemente y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	No	80,6%	66,2%	65,8%	63,7%	68,8%
	Sí	19,4%	33,8%	34,2%	36,3%	31,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,738(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,867	3	,000
Asociación lineal por lineal	12,603	1	,000
N de casos válidos	903		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 64,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,140	,000
	V de Cramer	,140	,000
N de casos válidos		903	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 75. Se siente atractivo y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	No	21,7%	47,5%	21,2%	47,2%	33,6%
	Sí	78,3%	52,5%	78,8%	52,8%	66,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,413(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	51,982	3	,000
Asociación lineal por lineal	9,771	1	,002
N de casos válidos	685		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,274	,000
	V de Cramer	,274	,000
N de casos válidos		685	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 76. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	No	38,6%	38,1%	39,6%	42,6%	39,9%
	Sí	61,4%	61,9%	60,4%	57,4%	60,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,877(a)	3	,831
Razón de verosimilitudes	,874	3	,832
Asociación lineal por lineal	,665	1	,415
N de casos válidos	684		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,48.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,036	,831
	V de Cramer	,036	,831
N de casos válidos		684	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 77. Buen aspecto y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	No	16,8%	21,4%	14,2%	26,8%	19,6%
	Sí	83,2%	78,6%	85,8%	73,2%	80,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,321(a)	3	,006
Razón de verosimilitudes	12,195	3	,007
Asociación lineal por lineal	3,262	1	,071
N de casos válidos	789		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33,99.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,125	,006
	V de Cramer	,125	,006
N de casos válidos		789	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 78. Se siente con energía y tamaño demográfico

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	No	32,1%	25,8%	28,6%	36,0%	30,6%
	Sí	67,9%	74,2%	71,4%	64,0%	69,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,165(a)	3	,104
Razón de verosimilitudes	6,153	3	,104
Asociación lineal por lineal	1,356	1	,244
N de casos válidos	864		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 57,14.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,084	,104
	V de Cramer	,084	,104
N de casos válidos		864	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ANEXO IV

Anexo IV. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas con los hábitos de pasear

Tabla 79. Satisfacción con estado de salud y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Suele pasear

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	20,1%	18,5%	19,9%
	Bastante	47,4%	29,4%	45,1%
	Algo	22,6%	32,8%	23,9%
	Nada	10,0%	19,3%	11,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,180(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,444	3	,000
Asociación lineal por lineal	11,809	1	,001
N de casos válidos	921		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 13,31.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,148	,000
	V de Cramer	,148	,000
N de casos válidos		921	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 80. Condición física y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Condición física * Suele pasear

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Condición física	Muy buena	11,6%	7,6%	11,1%
	Buena	54,4%	33,6%	51,7%
	Algo deficiente	25,7%	41,2%	27,8%
	Mala	8,3%	17,6%	9,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,562(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	27,171	3	,000
Asociación lineal por lineal	23,502	1	,000
N de casos válidos	904		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 11,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,178	,000
	V de Cramer	,178	,000
N de casos válidos		904	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 81. Dependencia funcional y hábitos de pasear

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Suele pasear

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	No	90,6%	85,2%	89,9%
	Sí	9,4%	14,8%	10,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,414(b)	1	,065		
Corrección por continuidad(a)	2,844	1	,092		
Razón de verosimilitudes	3,091	1	,079		
Estadístico exacto de Fisher				,075	,051
Asociación lineal por lineal	3,411	1	,065		
N de casos válidos	924				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,061	,065
	V de Cramer	,061	,065
N de casos válidos		924	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 82. Hacer gimnasia o deporte y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	No	38,4%	54,3%	40,5%
	Sí	61,6%	45,7%	59,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,576(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	9,926	1	,002		
Razón de verosimilitudes	10,378	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,564	1	,001		
N de casos válidos	879				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46,98.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,110	,001
	V de Cramer	,110	,001
N de casos válidos		879	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 83. Le gusta su cuerpo ahora y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	No	27,3%	38,6%	28,7%
	Sí	72,7%	61,4%	71,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,531(b)	1	,019		
Corrección por continuidad(a)	4,993	1	,025		
Razón de verosimilitudes	5,265	1	,022		
Estadístico exacto de Fisher				,025	,014
Asociación lineal por lineal	5,524	1	,019		
N de casos válidos	833				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,98.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,081	,019
	V de Cramer	,081	,019
N de casos válidos		833	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 84. No le falta fuerza y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	No	53,1%	63,6%	54,5%
	Sí	46,9%	36,4%	45,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,675(b)	1	,031		
Corrección por continuidad(a)	4,261	1	,039		
Razón de verosimilitudes	4,744	1	,029		
Estadístico exacto de Fisher				,031	,019
Asociación lineal por lineal	4,670	1	,031		
N de casos válidos	906				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,072	,031
	V de Cramer	,072	,031
N de casos válidos		906	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 85. Aprender algún deporte y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	No	62,9%	75,2%	64,5%
	Sí	37,1%	24,8%	35,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,283(b)	1	,012		
Corrección por continuidad(a)	5,756	1	,016		
Razón de verosimilitudes	6,598	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,007
Asociación lineal por lineal	6,275	1	,012		
N de casos válidos	826				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,66.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,087	,012
	V de Cramer	,087	,012
N de casos válidos		826	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 86. Correr suavemente y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	No	67,1%	79,0%	68,7%
	Sí	32,9%	21,0%	31,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,752(b)	1	,009		
Corrección por continuidad(a)	6,212	1	,013		
Razón de verosimilitudes	7,191	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,011	,005
Asociación lineal por lineal	6,744	1	,009		
N de casos válidos	901				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 37,25.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,087	,009
	V de Cramer	,087	,009
N de casos válidos		901	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 87. Se siente atractivo y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	No	32,4%	41,2%	33,5%
	Sí	67,6%	58,8%	66,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,548(b)	1	,110		
Corrección por continuidad(a)	2,171	1	,141		
Razón de verosimilitudes	2,479	1	,115		
Estadístico exacto de Fisher				,112	,072
Asociación lineal por lineal	2,544	1	,111		
N de casos válidos	683				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,061	,110
	V de Cramer	,061	,110
N de casos válidos		683	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 88. Está más fuerte que otros y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	No	38,3%	51,6%	40,1%
	Sí	61,7%	48,4%	59,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,844(b)	1	,016		
Corrección por continuidad(a)	5,302	1	,021		
Razón de verosimilitudes	5,738	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,021	,011
Asociación lineal por lineal	5,836	1	,016		
N de casos válidos	681				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,48.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,093	,016
	V de Cramer	,093	,016
N de casos válidos		681	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 89. Buen aspecto y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	No	17,7%	33,3%	19,7%
	Sí	82,3%	66,7%	80,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,318(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	12,350	1	,000		
Razón de verosimilitudes	11,880	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	13,301	1	,000		
N de casos válidos	787				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,130	,000
	V de Cramer	,130	,000
N de casos válidos		787	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 90. Se siente con energía y hábitos de pasear

Tabla de contingencia

% de Suele pasear

		Suele pasear		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	No	27,3%	51,3%	30,5%
	Sí	72,7%	48,7%	69,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,442(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	26,323	1	,000		
Razón de verosimilitudes	25,556	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	27,411	1	,000		
N de casos válidos	861				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 35,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,179	,000
	V de Cramer	,179	,000
N de casos válidos		861	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ANEXO V

Anexo V. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda establecida con las variables sociodemográficas y las variables de actividades practicadas, horas y presencia de profesor

Tabla 91. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,4%	23,3%	27,0%
	Bastante	51,7%	55,8%	52,8%
	Algo	16,4%	16,3%	16,4%
	Nada	3,4%	4,7%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,533(a)	3	,912
Razón de verosimilitudes	,536	3	,911
Asociación lineal por lineal	,300	1	,584
N de casos válidos	159		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,058	,912
	V de Cramer	,058	,912
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 92. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	25,4%	28,1%	27,0%
	Bastante	49,2%	55,2%	52,8%
	Algo	22,2%	12,5%	16,4%
	Nada	3,2%	4,2%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,662(a)	3	,447
Razón de verosimilitudes	2,610	3	,456
Asociación lineal por lineal	,709	1	,400
N de casos válidos	159		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,129	,447
	V de Cramer	,129	,447
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 93. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	31,6%	27,3%	23,5%	27,0%
	Bastante	36,8%	55,6%	50,0%	52,0%
	Algo	26,3%	15,2%	17,6%	17,1%
	Nada	5,3%	2,0%	8,8%	3,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,641(a)	6	,465
Razón de verosimilitudes	5,264	6	,510
Asociación lineal por lineal	,350	1	,554
N de casos válidos	152		

a 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,193	,465
	V de Cramer	,136	,465
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 94. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,6%	41,2%	26,4%	5,9%	27,0%
	Bastante	66,7%	41,2%	54,7%	58,8%	52,8%
	Algo	4,8%	11,8%	13,2%	35,3%	16,4%
	Nada		5,9%	5,7%		3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,100(a)	9	,003
Razón de verosimilitudes	28,088	9	,001
Asociación lineal por lineal	8,524	1	,004
N de casos válidos	159		

a 5 casillas (31,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,397	,003
	V de Cramer	,229	,003
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 95. Condición física y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Muy buena	19,3%	20,9%	19,7%
	Buena	70,2%	62,8%	68,2%
	Algo deficiente	9,6%	14,0%	10,8%
	Mala	,9%	2,3%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,340(a)	3	,720
Razón de verosimilitudes	1,260	3	,739
Asociación lineal por lineal	,273	1	,601
N de casos válidos	157		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,092	,720
	V de Cramer	,092	,720
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 96. Condición física y género en la demanda establecida**Tabla de contingencia**

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Muy buena	15,6%	22,6%	19,7%
	Buena	71,9%	65,6%	68,2%
	Algo deficiente	9,4%	11,8%	10,8%
	Mala	3,1%		1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,265(a)	3	,234
Razón de verosimilitudes	4,977	3	,173
Asociación lineal por lineal	1,235	1	,266
N de casos válidos	157		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,165	,234
	V de Cramer	,165	,234
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 97. Condición física y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Muy buena	20,0%	19,8%	18,2%	19,5%
	Buena	65,0%	70,8%	60,6%	67,8%
	Algo deficiente	15,0%	7,3%	21,2%	11,4%
	Mala		2,1%		1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,978(a)	6	,426
Razón de verosimilitudes	6,264	6	,394
Asociación lineal por lineal	,388	1	,533
N de casos válidos	149		

a 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,200	,426
	V de Cramer	,142	,426
N de casos válidos		149	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 98. Condición física y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Muy buena	31,6%	23,5%	20,4%	6,1%	19,7%
	Buena	68,4%	66,7%	66,7%	72,7%	68,2%
	Algo deficiente		7,8%	11,1%	21,2%	10,8%
	Mala		2,0%	1,9%		1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,754(a)	9	,228
Razón de verosimilitudes	14,693	9	,100
Asociación lineal por lineal	7,599	1	,006
N de casos válidos	157		

a 7 casillas (43,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,274	,228
	V de Cramer	,158	,228
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 99. Dependencia funcional y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	No	99,2%	93,0%	97,5%
	Sí	,8%	7,0%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,887(b)	1	,027		
Corrección por continuidad(a)	2,684	1	,101		
Razón de verosimilitudes	4,167	1	,041		
Estadístico exacto de Fisher				,059	,059
Asociación lineal por lineal	4,857	1	,028		
N de casos válidos	161				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,174	,027
	V de Cramer	,174	,027
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 100. Dependencia funcional y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	No	96,9%	97,9%	97,5%
	Sí	3,1%	2,1%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,158(b)	1	,691		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,155	1	,694		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,532
Asociación lineal por lineal	,157	1	,692		
N de casos válidos	161				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,61.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,031	,691
	V de Cramer	,031	,691
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 101. Dependencia funcional y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	No	95,2%	98,0%	97,1%	97,4%
	Sí	4,8%	2,0%	2,9%	2,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,521(a)	2	,771
Razón de verosimilitudes	,458	2	,795
Asociación lineal por lineal	,084	1	,772
N de casos válidos	153		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,058	,771
	V de Cramer	,058	,771
N de casos válidos		153	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 102. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	No	100,0%	96,1%	100,0%	94,3%	97,5%
	Sí		3,9%		5,7%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,853(a)	3	,278
Razón de verosimilitudes	5,253	3	,154
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462
N de casos válidos	161		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,155	,278
	V de Cramer	,155	,278
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 103. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	No	6,7%	9,5%	7,5%
	Sí	93,3%	90,5%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,353(b)	1	,552		
Corrección por continuidad(a)	,064	1	,801		
Razón de verosimilitudes	,336	1	,562		
Estadístico exacto de Fisher				,513	,384
Asociación lineal por lineal	,351	1	,554		
N de casos válidos	161				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,047	,552
	V de Cramer	,047	,552
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 104. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	No	17,7%	15,4%	17,1%
	Sí	82,3%	84,6%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,110(b)	1	,741		
Corrección por continuidad(a)	,007	1	,933		
Razón de verosimilitudes	,112	1	,738		
Estadístico exacto de Fisher				,811	,477
Asociación lineal por lineal	,109	1	,741		
N de casos válidos	152				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,67.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,027	,741
	V de Cramer	,027	,741
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 105. No le falta fuerza y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	No	35,6%	47,6%	38,8%
	Sí	64,4%	52,4%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,887(b)	1	,169		
Corrección por continuidad(a)	1,415	1	,234		
Razón de verosimilitudes	1,862	1	,172		
Estadístico exacto de Fisher				,198	,118
Asociación lineal por lineal	1,876	1	,171		
N de casos válidos	160				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,109	,169
	V de Cramer	,109	,169
N de casos válidos		160	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 106. Aprender algún deporte y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	No	38,5%	51,3%	41,9%
	Sí	61,5%	48,7%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,918(b)	1	,166		
Corrección por continuidad(a)	1,430	1	,232		
Razón de verosimilitudes	1,902	1	,168		
Estadístico exacto de Fisher				,188	,116
Asociación lineal por lineal	1,905	1	,168		
N de casos válidos	148				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,114	,166
	V de Cramer	,114	,166
N de casos válidos		148	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 107. Correr suavemente y edad en la demanda establecida**Tabla de contingencia**

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	No	35,3%	58,5%	41,4%
	Sí	64,7%	41,5%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,716(b)	1	,010		
Corrección por continuidad(a)	5,794	1	,016		
Razón de verosimilitudes	6,648	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,008
Asociación lineal por lineal	6,673	1	,010		
N de casos válidos	157				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,97.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,207	,010
	V de Cramer	,207	,010
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 108. Se siente atractivo y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	No	25,3%	30,3%	26,6%
	Sí	74,7%	69,7%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,314(b)	1	,576		
Corrección por continuidad(a)	,109	1	,741		
Razón de verosimilitudes	,308	1	,579		
Estadístico exacto de Fisher				,647	,365
Asociación lineal por lineal	,311	1	,577		
N de casos válidos	124				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,050	,576
	V de Cramer	,050	,576
N de casos válidos		124	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 109. Está más fuerte que otros y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	No	27,1%	24,1%	26,3%
	Sí	72,9%	75,9%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,095(b)	1	,758		
Corrección por continuidad(a)	,004	1	,949		
Razón de verosimilitudes	,096	1	,756		
Estadístico exacto de Fisher				,812	,482
Asociación lineal por lineal	,094	1	,759		
N de casos válidos	114				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,029	,758
	V de Cramer	,029	,758
N de casos válidos		114	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 110. Buen aspecto y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	No	7,6%	10,5%	8,4%
	Sí	92,4%	89,5%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,307(b)	1	,580		
Corrección por continuidad(a)	,045	1	,832		
Razón de verosimilitudes	,294	1	,588		
Estadístico exacto de Fisher				,733	,399
Asociación lineal por lineal	,305	1	,581		
N de casos válidos	143				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,19.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,046	,580
	V de Cramer	,046	,580
N de casos válidos		143	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 111. Se siente con energía y edad en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	No	17,4%	15,4%	16,9%
	Sí	82,6%	84,6%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,084(b)	1	,773		
Corrección por continuidad(a)	,002	1	,967		
Razón de verosimilitudes	,085	1	,771		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,494
Asociación lineal por lineal	,083	1	,773		
N de casos válidos	154				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,58.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,023	,773
	V de Cramer	,023	,773
N de casos válidos		154	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 112. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	No	9,4%	6,2%	7,5%
	Sí	90,6%	93,8%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,569(b)	1	,451		
Corrección por continuidad(a)	,200	1	,655		
Razón de verosimilitudes	,558	1	,455		
Estadístico exacto de Fisher				,544	,323
Asociación lineal por lineal	,565	1	,452		
N de casos válidos	161				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,77.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,059	,451
	V de Cramer	,059	,451
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 113. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	No	19,7%	15,4%	17,1%
	Sí	80,3%	84,6%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,473(b)	1	,491		
Corrección por continuidad(a)	,219	1	,640		
Razón de verosimilitudes	,468	1	,494		
Estadístico exacto de Fisher				,516	,317
Asociación lineal por lineal	,470	1	,493		
N de casos válidos	152				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,43.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,056	,491
	V de Cramer	,056	,491
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 114. No le falta fuerza y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	No	34,4%	41,7%	38,8%
	Sí	65,6%	58,3%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,860(b)	1	,354		
Corrección por continuidad(a)	,580	1	,446		
Razón de verosimilitudes	,865	1	,352		
Estadístico exacto de Fisher				,409	,223
Asociación lineal por lineal	,855	1	,355		
N de casos válidos	160				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,073	,354
	V de Cramer	,073	,354
N de casos válidos		160	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 115. Aprender algún deporte y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	No	50,0%	36,0%	41,9%
	Sí	50,0%	64,0%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,882(b)	1	,090		
Corrección por continuidad(a)	2,337	1	,126		
Razón de verosimilitudes	2,878	1	,090		
Estadístico exacto de Fisher				,095	,063
Asociación lineal por lineal	2,862	1	,091		
N de casos válidos	148				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,97.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,140	,090
	V de Cramer	,140	,090
N de casos válidos		148	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 116. Correr suavemente y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	No	34,9%	45,7%	41,4%
	Sí	65,1%	54,3%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,822(b)	1	,177		
Corrección por continuidad(a)	1,403	1	,236		
Razón de verosimilitudes	1,836	1	,175		
Estadístico exacto de Fisher				,190	,118
Asociación lineal por lineal	1,810	1	,179		
N de casos válidos	157				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,108	,177
	V de Cramer	,108	,177
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 117. Se siente atractivo y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	No	18,4%	32,0%	26,6%
	Sí	81,6%	68,0%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,820(b)	1	,093		
Corrección por continuidad(a)	2,165	1	,141		
Razón de verosimilitudes	2,915	1	,088		
Estadístico exacto de Fisher				,102	,069
Asociación lineal por lineal	2,797	1	,094		
N de casos válidos	124				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,04.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,151	,093
	V de Cramer	,151	,093
N de casos válidos		124	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 118. Está más fuerte que otros y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	No	22,4%	29,2%	26,3%
	Sí	77,6%	70,8%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,663(b)	1	,416		
Corrección por continuidad(a)	,359	1	,549		
Razón de verosimilitudes	,669	1	,413		
Estadístico exacto de Fisher				,520	,276
Asociación lineal por lineal	,657	1	,418		
N de casos válidos	114				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,076	,416
	V de Cramer	,076	,416
N de casos válidos		114	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 119. Buen aspecto y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	No	5,4%	10,3%	8,4%
	Sí	94,6%	89,7%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,103(b)	1	,294		
Corrección por continuidad(a)	,549	1	,459		
Razón de verosimilitudes	1,166	1	,280		
Estadístico exacto de Fisher				,366	,233
Asociación lineal por lineal	1,095	1	,295		
N de casos válidos	143				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,70.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,088	,294
	V de Cramer	,088	,294
N de casos válidos		143	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 120. Se siente con energía y género en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	No	20,3%	14,4%	16,9%
	Sí	79,7%	85,6%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,918(b)	1	,338		
Corrección por continuidad(a)	,547	1	,459		
Razón de verosimilitudes	,907	1	,341		
Estadístico exacto de Fisher				,386	,229
Asociación lineal por lineal	,912	1	,340		
N de casos válidos	154				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,81.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,077	,338
	V de Cramer	,077	,338
N de casos válidos		154	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 121. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	No	9,5%	8,2%	5,9%	7,8%
	Sí	90,5%	91,8%	94,1%	92,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,277(a)	2	,871
Razón de verosimilitudes	,288	2	,866
Asociación lineal por lineal	,265	1	,607
N de casos válidos	153		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,65.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,043	,871
	V de Cramer	,043	,871
N de casos válidos		153	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 122. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	No	9,5%	16,3%	25,8%	17,4%
	Sí	90,5%	83,7%	74,2%	82,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,512(a)	2	,285
Razón de verosimilitudes	2,497	2	,287
Asociación lineal por lineal	2,453	1	,117
N de casos válidos	144		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,65.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,132	,285
	V de Cramer	,132	,285
N de casos válidos		144	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 123. No le falta fuerza y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	No	42,9%	33,7%	42,4%	36,8%
	Sí	57,1%	66,3%	57,6%	63,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,191(a)	2	,551
Razón de verosimilitudes	1,182	2	,554
Asociación lineal por lineal	,027	1	,870
N de casos válidos	152		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,089	,551
	V de Cramer	,089	,551
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 124. Aprender algún deporte y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	No	22,2%	46,7%	33,3%	40,7%
	Sí	77,8%	53,3%	66,7%	59,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,611(a)	2	,100
Razón de verosimilitudes	4,817	2	,090
Asociación lineal por lineal	,109	1	,742
N de casos válidos	140		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,181	,100
	V de Cramer	,181	,100
N de casos válidos		140	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 125. Correr suavemente y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	No	10,0%	41,7%	57,6%	40,9%
	Sí	90,0%	58,3%	42,4%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,716(a)	2	,003
Razón de verosimilitudes	13,242	2	,001
Asociación lineal por lineal	10,801	1	,001
N de casos válidos	149		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 8,19.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,280	,003
	V de Cramer	,280	,003
N de casos válidos		149	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 126. Se siente atractivo y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	No	20,0%	27,1%	22,2%	24,8%
	Sí	80,0%	72,9%	77,8%	75,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,550(a)	2	,760
Razón de verosimilitudes	,560	2	,756
Asociación lineal por lineal	,008	1	,929
N de casos válidos	117		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,069	,760
	V de Cramer	,069	,760
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 127. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	No	11,1%	29,4%	28,6%	26,2%
	Sí	88,9%	70,6%	71,4%	73,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,545(a)	2	,280
Razón de verosimilitudes	2,935	2	,230
Asociación lineal por lineal	1,362	1	,243
N de casos válidos	107		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,154	,280
	V de Cramer	,154	,280
N de casos válidos		107	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 128. Buen aspecto y clase social en la demanda establecida**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	No	5,0%	8,0%	6,9%	7,4%
	Sí	95,0%	92,0%	93,1%	92,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,233(a)	2	,890
Razón de verosimilitudes	,250	2	,882
Asociación lineal por lineal	,034	1	,853
N de casos válidos	136		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,041	,890
	V de Cramer	,041	,890
N de casos válidos		136	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 129. Se siente con energía y clase social en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	No	15,0%	14,9%	15,6%	15,1%
	Sí	85,0%	85,1%	84,4%	84,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,010(a)	2	,995
Razón de verosimilitudes	,010	2	,995
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940
N de casos válidos	146		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,01.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,008	,995
	V de Cramer	,008	,995
N de casos válidos		146	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 130. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	No	4,8%	4,0%	7,3%	14,3%	7,5%
	Sí	95,2%	96,0%	92,7%	85,7%	92,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,456(a)	3	,326
Razón de verosimilitudes	3,185	3	,364
Asociación lineal por lineal	2,667	1	,102
N de casos válidos	161		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,57.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,147	,326
	V de Cramer	,147	,326
N de casos válidos		161	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 131. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	No		16,3%	20,0%	24,2%	17,1%
	Sí	100,0%	83,7%	80,0%	75,8%	82,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,865(a)	3	,118
Razón de verosimilitudes	9,290	3	,026
Asociación lineal por lineal	4,823	1	,028
N de casos válidos	152		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,59.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,196	,118
	V de Cramer	,196	,118
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 132. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	No	25,0%	31,4%	55,6%	31,4%	38,8%
	Sí	75,0%	68,6%	44,4%	68,6%	61,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,979(a)	3	,019
Razón de verosimilitudes	9,929	3	,019
Asociación lineal por lineal	1,284	1	,257
N de casos válidos	160		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,75.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,250	,019
V de Cramer	,250	,019
N de casos válidos	160	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 133. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	No	31,6%	40,4%	57,1%	27,3%	41,9%
	Sí	68,4%	59,6%	42,9%	72,7%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,451(a)	3	,038
Razón de verosimilitudes	8,544	3	,036
Asociación lineal por lineal	,001	1	,970
N de casos válidos	148		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,239	,038
	V de Cramer	,239	,038
N de casos válidos		148	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 134. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	No	57,9%	35,3%	41,5%	41,2%	41,4%
	Sí	42,1%	64,7%	58,5%	58,8%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,915(a)	3	,405
Razón de verosimilitudes	2,887	3	,409
Asociación lineal por lineal	,301	1	,583
N de casos válidos	157		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,136	,405
	V de Cramer	,136	,405
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 135. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	No	14,3%	39,4%	22,4%	25,0%	26,6%
	Sí	85,7%	60,6%	77,6%	75,0%	73,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,322(a)	3	,229
Razón de verosimilitudes	4,270	3	,234
Asociación lineal por lineal	,070	1	,792
N de casos válidos	124		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,73.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,187	,229
	V de Cramer	,187	,229
N de casos válidos		124	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 136. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	No	8,3%	25,9%	30,4%	27,6%	26,3%
	Sí	91,7%	74,1%	69,6%	72,4%	73,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,430(a)	3	,488
Razón de verosimilitudes	2,921	3	,404
Asociación lineal por lineal	1,176	1	,278
N de casos válidos	114		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,146	,488
	V de Cramer	,146	,488
N de casos válidos		114	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 137. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	No		7,1%	13,7%	6,7%	8,4%
	Sí	100,0%	92,9%	86,3%	93,3%	91,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,921(a)	3	,270
Razón de verosimilitudes	5,329	3	,149
Asociación lineal por lineal	1,098	1	,295
N de casos válidos	143		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,68.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,166	,270
	V de Cramer	,166	,270
N de casos válidos		143	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 138. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	No		12,0%	28,0%	17,6%	16,9%
	Sí	100,0%	88,0%	72,0%	82,4%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,330(a)	3	,025
Razón de verosimilitudes	12,165	3	,007
Asociación lineal por lineal	4,406	1	,036
N de casos válidos	154		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,246	,025
	V de Cramer	,246	,025
N de casos válidos		154	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 139. Satisfacción con el estado de salud y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Satisfacción con estado de salud	Nada	4,9%				3,8%
	Algo	14,6%	18,2%	27,3%	50,0%	16,5%
	Bastante	55,3%	36,4%	54,5%	50,0%	52,5%
	Mucho	25,2%	45,5%	18,2%		27,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,174(a)	9	,421
Razón de verosimilitudes	10,131	9	,340
Asociación lineal por lineal	,008	1	,927
N de casos válidos	158		

a 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,241	,421
	V de Cramer	,139	,421
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 140. Condición física y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Condición física * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Condición física	Muy buena	19,7%	23,8%	18,2%		19,9%
	Buena	68,0%	61,9%	81,8%	50,0%	67,9%
	Algo deficiente	10,7%	14,3%		50,0%	10,9%
	Mala	1,6%				1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,889(a)	9	,751
Razón de verosimilitudes	6,552	9	,684
Asociación lineal por lineal	,001	1	,977
N de casos válidos	156		

a 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,194	,751
	V de Cramer	,112	,751
N de casos válidos		156	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 141. Dependencia funcional y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Categorías de AF practicada

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Dependencia funcional	No	97,6%	95,5%	100,0%	100,0%	97,5%
	Sí	2,4%	4,5%			2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,710(a)	3	,871
Razón de verosimilitudes	,967	3	,809
Asociación lineal por lineal	,039	1	,843
N de casos válidos	159		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,067	,871
	V de Cramer	,067	,871
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 142. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	95,2%	77,3%	90,0%	100,0%	92,5%
	No	4,8%	22,7%	10,0%		7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,867(a)	3	,031
Razón de verosimilitudes	6,857	3	,077
Asociación lineal por lineal	2,480	1	,115
N de casos válidos	159		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,236	,031
	V de Cramer	,236	,031
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 143. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	85,7%	78,9%	72,7%		83,3%
	No	14,3%	21,1%	27,3%	100,0%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,640(a)	3	,084
Razón de verosimilitudes	5,113	3	,164
Asociación lineal por lineal	3,886	1	,049
N de casos válidos	150		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,210	,084
	V de Cramer	,210	,084
N de casos válidos		150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 144. No le falta fuerza y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
No le falta fuerza	Sí	58,5%	68,2%	72,7%	100,0%	61,4%
	No	41,5%	31,8%	27,3%		38,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,705(a)	3	,439
Razón de verosimilitudes	3,436	3	,329
Asociación lineal por lineal	2,444	1	,118
N de casos válidos	158		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,77.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,131	,439
	V de Cramer	,131	,439
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 145. Aprender algún deporte y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Aprender algún deporte	Sí	56,1%	61,9%	66,7%	50,0%	57,5%
	No	43,9%	38,1%	33,3%	50,0%	42,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,609(a)	3	,894
Razón de verosimilitudes	,617	3	,892
Asociación lineal por lineal	,296	1	,586
N de casos válidos	146		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,85.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,065	,894
	V de Cramer	,065	,894
N de casos válidos		146	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 146. Correr suavemente y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Correr suavemente	Sí	55,4%	61,9%	72,7%	100,0%	58,1%
	No	44,6%	38,1%	27,3%		41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,903(a)	3	,407
Razón de verosimilitudes	3,682	3	,298
Asociación lineal por lineal	2,592	1	,107
N de casos válidos	155		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,84.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,137	,407
	V de Cramer	,137	,407
N de casos válidos		155	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 147. Se siente atractivo y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente atractivo	Sí	71,7%	83,3%	80,0%	100,0%	73,8%
	No	28,3%	16,7%	20,0%		26,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,339(a)	3	,720
Razón de verosimilitudes	1,657	3	,647
Asociación lineal por lineal	1,017	1	,313
N de casos válidos	122		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,105	,720
	V de Cramer	,105	,720
N de casos válidos		122	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 148. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Está más fuerte que otros	Sí	74,4%	78,6%	70,0%		73,2%
	No	25,6%	21,4%	30,0%	100,0%	26,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,788(a)	3	,122
Razón de verosimilitudes	5,600	3	,133
Asociación lineal por lineal	1,608	1	,205
N de casos válidos	112		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,54.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,227	,122
	V de Cramer	,227	,122
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 149. Buen aspecto y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Buen aspecto	Sí	91,2%	93,8%	100,0%	100,0%	92,2%
	No	8,8%	6,3%			7,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,242(a)	3	,743
Razón de verosimilitudes	2,173	3	,537
Asociación lineal por lineal	1,169	1	,280
N de casos válidos	141		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,094	,743
	V de Cramer	,094	,743
N de casos válidos		141	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 150. Se siente con energía y categorías de actividad física o deportes practicados en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF practicada

		Categorías de AF practicada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente con energía	Sí	85,7%	75,0%	90,9%	50,0%	84,2%
	No	14,3%	25,0%	9,1%	50,0%	15,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,610(a)	3	,307
Razón de verosimilitudes	3,018	3	,389
Asociación lineal por lineal	,655	1	,418
N de casos válidos	152		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,154	,307
	V de Cramer	,154	,307
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 151. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	14,3%	28,4%	27,1%	32,1%	27,4%
	Bastante	42,9%	53,7%	47,9%	64,3%	52,9%
	Algo	35,7%	11,9%	22,9%	3,6%	15,9%
	Nada	7,1%	6,0%	2,1%		3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,252(a)	9	,152
Razón de verosimilitudes	14,574	9	,103
Asociación lineal por lineal	4,282	1	,039
N de casos válidos	157		

a 7 casillas (43,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,54.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,291	,152
	V de Cramer	,168	,152
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 152. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Condición física * Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Condición física	Muy buena	21,4%	20,3%	16,7%	24,1%	20,0%
	Buena	50,0%	68,8%	70,8%	69,0%	67,7%
	Algo deficiente	21,4%	9,4%	12,5%	6,9%	11,0%
	Mala	7,1%	1,6%			1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,099(a)	9	,524
Razón de verosimilitudes	6,986	9	,639
Asociación lineal por lineal	1,466	1	,226
N de casos válidos	155		

a 7 casillas (43,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,229	,524
	V de Cramer	,132	,524
N de casos válidos		155	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 153. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Frecuencia de práctica (horas)

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Dependencia funcional	No	78,6%	100,0%	97,9%	100,0%	97,5%
	Sí	21,4%		2,1%		2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,793(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	13,039	3	,005
Asociación lineal por lineal	6,065	1	,014
N de casos válidos	158		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,380	,000
	V de Cramer	,380	,000
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 154. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	85,7%	95,6%	87,2%	96,6%	92,4%
	No	14,3%	4,4%	12,8%	3,4%	7,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,376(a)	3	,224
Razón de verosimilitudes	4,255	3	,235
Asociación lineal por lineal	,094	1	,759
N de casos válidos	158		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,06.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,166	,224
	V de Cramer	,166	,224
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 155. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	76,9%	82,5%	85,1%	88,5%	83,9%
	No	23,1%	17,5%	14,9%	11,5%	16,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,006(a)	3	,800
Razón de verosimilitudes	,996	3	,802
Asociación lineal por lineal	,954	1	,329
N de casos válidos	149		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,09.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,082	,800
	V de Cramer	,082	,800
N de casos válidos		149	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 156. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
No le falta fuerza	Sí	42,9%	55,9%	62,5%	81,5%	61,1%
	No	57,1%	44,1%	37,5%	18,5%	38,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,501(a)	3	,058
Razón de verosimilitudes	7,949	3	,047
Asociación lineal por lineal	6,980	1	,008
N de casos válidos	157		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,44.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,219	,058
	V de Cramer	,219	,058
N de casos válidos		157	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 157. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Aprender algún deporte	Sí	57,1%	53,3%	61,4%	63,0%	57,9%
	No	42,9%	46,7%	38,6%	37,0%	42,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,017(a)	3	,797
Razón de verosimilitudes	1,018	3	,797
Asociación lineal por lineal	,654	1	,419
N de casos válidos	145		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,084	,797
	V de Cramer	,084	,797
N de casos válidos		145	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 158. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Correr suavemente	Sí	42,9%	50,8%	63,8%	71,4%	57,8%
	No	57,1%	49,2%	36,2%	28,6%	42,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,431(a)	3	,143
Razón de verosimilitudes	5,503	3	,138
Asociación lineal por lineal	5,290	1	,021
N de casos válidos	154		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,188	,143
	V de Cramer	,188	,143
N de casos válidos		154	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 159. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Se siente atractivo	Sí	72,7%	72,5%	71,8%	80,0%	73,6%
	No	27,3%	27,5%	28,2%	20,0%	26,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,520(a)	3	,915
Razón de verosimilitudes	,545	3	,909
Asociación lineal por lineal	,219	1	,640
N de casos válidos	121		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,066	,915
	V de Cramer	,066	,915
N de casos válidos		121	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 160. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Está más fuerte que otros	Sí	72,7%	80,4%	63,6%	71,4%	73,0%
	No	27,3%	19,6%	36,4%	28,6%	27,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,783(a)	3	,426
Razón de verosimilitudes	2,786	3	,426
Asociación lineal por lineal	,756	1	,385
N de casos válidos	111		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,97.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,158	,426
	V de Cramer	,158	,426
N de casos válidos		111	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 161. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Buen aspecto	Sí	90,0%	91,9%	90,9%	95,8%	92,1%
	No	10,0%	8,1%	9,1%	4,2%	7,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,611(a)	3	,894
Razón de verosimilitudes	,689	3	,876
Asociación lineal por lineal	,280	1	,597
N de casos válidos	140		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,066	,894
	V de Cramer	,066	,894
N de casos válidos		140	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 162. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanal en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Frecuencia de práctica (horas)

		Frecuencia de práctica (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Se siente con energía	Sí	84,6%	84,1%	80,9%	89,3%	84,1%
	No	15,4%	15,9%	19,1%	10,7%	15,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,937(a)	3	,816
Razón de verosimilitudes	,978	3	,806
Asociación lineal por lineal	,107	1	,744
N de casos válidos	151		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,079	,816
	V de Cramer	,079	,816
N de casos válidos		151	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 163. Satisfacción con estado de salud y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Presencia de profesor

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Mucho	28,0%	25,9%	27,2%
	Bastante	56,0%	46,6%	52,5%
	Algo	14,0%	20,7%	16,5%
	Nada	2,0%	6,9%	3,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,001(a)	3	,261
Razón de verosimilitudes	3,876	3	,275
Asociación lineal por lineal	2,152	1	,142
N de casos válidos	158		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,20.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,159	,261
	V de Cramer	,159	,261
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 164. Condición física y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia Condición física * Presencia de profesor

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Condición física	Muy buena	19,4%	20,7%	19,9%
	Buena	70,4%	63,8%	67,9%
	Algo deficiente	10,2%	12,1%	10,9%
	Mala		3,4%	1,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,761(a)	3	,288
Razón de verosimilitudes	4,340	3	,227
Asociación lineal por lineal	,568	1	,451
N de casos válidos	156		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,155	,288
	V de Cramer	,155	,288
N de casos válidos		156	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 165. Dependencia funcional y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Presencia de profesor

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	No	97,0%	98,3%	97,5%
	Sí	3,0%	1,7%	2,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,233(b)	1	,629		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,247	1	,619		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,536
Asociación lineal por lineal	,232	1	,630		
N de casos válidos	159				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,038	,629
	V de Cramer	,038	,629
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 166. Hacer gimnasia o deporte y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	96,1%	86,0%	92,5%
	No	3,9%	14,0%	7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,360(b)	1	,021		
Corrección por continuidad(a)	4,009	1	,045		
Razón de verosimilitudes	5,098	1	,024		
Estadístico exacto de Fisher				,029	,025
Asociación lineal por lineal	5,326	1	,021		
N de casos válidos	159				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,184	,021
	V de Cramer	,184	,021
N de casos válidos		159	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 167. Le gusta su cuerpo ahora y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	83,2%	83,6%	83,3%
	No	16,8%	16,4%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,006(b)	1	,940		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,006	1	,940		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,565
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940		
N de casos válidos	150				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,006	,940
	V de Cramer	,006	,940
N de casos válidos		150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 168. No le falta fuerza y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	Sí	59,8%	64,3%	61,4%
	No	40,2%	35,7%	38,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,306(b)	1	,580		
Corrección por continuidad(a)	,146	1	,702		
Razón de verosimilitudes	,308	1	,579		
Estadístico exacto de Fisher				,612	,352
Asociación lineal por lineal	,304	1	,581		
N de casos válidos	158				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,62.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,044	,580
	V de Cramer	,044	,580
N de casos válidos		158	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 169. Aprender algún deporte y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	Sí	60,9%	51,9%	57,5%
	No	39,1%	48,1%	42,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,133(b)	1	,287		
Corrección por continuidad(a)	,794	1	,373		
Razón de verosimilitudes	1,129	1	,288		
Estadístico exacto de Fisher				,303	,186
Asociación lineal por lineal	1,125	1	,289		
N de casos válidos	146				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,93.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,088	,287
	V de Cramer	,088	,287
N de casos válidos		146	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 170. Correr suavemente y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	Sí	57,0%	60,0%	58,1%
	No	43,0%	40,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,131(b)	1	,717		
Corrección por continuidad(a)	,037	1	,848		
Razón de verosimilitudes	,131	1	,717		
Estadístico exacto de Fisher				,737	,425
Asociación lineal por lineal	,130	1	,718		
N de casos válidos	155				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,06.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,029	,717
	V de Cramer	,029	,717
N de casos válidos		155	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 171. Se siente atractivo y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	Sí	69,5%	82,5%	73,8%
	No	30,5%	17,5%	26,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,344(b)	1	,126		
Corrección por continuidad(a)	1,721	1	,190		
Razón de verosimilitudes	2,460	1	,117		
Estadístico exacto de Fisher				,188	,093
Asociación lineal por lineal	2,325	1	,127		
N de casos válidos	122				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,49.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,139	,126
	V de Cramer	,139	,126
N de casos válidos		122	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 172. Está más fuerte que otros y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	Sí	76,0%	67,6%	73,2%
	No	24,0%	32,4%	26,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,898(b)	1	,343		
Corrección por continuidad(a)	,520	1	,471		
Razón de verosimilitudes	,882	1	,348		
Estadístico exacto de Fisher				,370	,234
Asociación lineal por lineal	,890	1	,345		
N de casos válidos	112				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,090	,343
	V de Cramer	,090	,343
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 173. Buen aspecto y presencia de profesor en la demanda establecida
Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	Sí	89,1%	98,0%	92,2%
	No	10,9%	2,0%	7,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,465(b)	1	,063		
Corrección por continuidad(a)	2,346	1	,126		
Razón de verosimilitudes	4,219	1	,040		
Estadístico exacto de Fisher				,097	,055
Asociación lineal por lineal	3,440	1	,064		
N de casos válidos	141				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,157	,063
	V de Cramer	,157	,063
N de casos válidos		141	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 174. Se siente con energía y presencia de profesor en la demanda establecida

Tabla de contingencia

% de Presencia de profesor

		Presencia de profesor		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	Sí	84,2%	84,2%	84,2%
	No	15,8%	15,8%	15,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000(b)	1	1,000		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,000	1	1,000		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,596
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000		
N de casos válidos	152				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,000	1,000
	V de Cramer	,000	1,000
N de casos válidos		152	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ANEXO VI

Anexo VI. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de salud, condición física, dependencia funcional y competencia motriz y corporal percibidas en la demanda latente con las variables sociodemográficas y las variables de expectativas en actividades, horas y presencia de profesor

Tabla 175. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Nada	14,1%	9,8%	12,6%
	Algo	30,8%	29,3%	30,3%
	Bastante	38,5%	51,2%	42,9%
	Mucho	16,7%	9,8%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,342(a)	3	,505
Razón de verosimilitudes	2,391	3	,495
Asociación lineal por lineal	,037	1	,848
N de casos válidos	119		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,140	,505
	V de Cramer	,140	,505
N de casos válidos		119	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 176. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Nada	10,5%	14,5%	12,6%
	Algo	28,1%	32,3%	30,3%
	Bastante	47,4%	38,7%	42,9%
	Mucho	14,0%	14,5%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,072(a)	3	,784
Razón de verosimilitudes	1,075	3	,783
Asociación lineal por lineal	,516	1	,473
N de casos válidos	119		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,095	,784
	V de Cramer	,095	,784
N de casos válidos		119	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 177. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Nada	7,7%	10,1%	20,0%	12,8%
	Algo	30,8%	31,9%	28,6%	30,8%
	Bastante	38,5%	44,9%	37,1%	41,9%
	Mucho	23,1%	13,0%	14,3%	14,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,279(a)	6	,773
Razón de verosimilitudes	3,056	6	,802
Asociación lineal por lineal	1,317	1	,251
N de casos válidos	117		

a 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,67.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,167	,773
	V de Cramer	,118	,773
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 178. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Nada		16,1%	16,0%	11,5%	12,6%
	Algo	18,2%	16,1%	28,0%	42,3%	30,3%
	Bastante	63,6%	35,5%	40,0%	44,2%	42,9%
	Mucho	18,2%	32,3%	16,0%	1,9%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,394(a)	9	,011
Razón de verosimilitudes	24,264	9	,004
Asociación lineal por lineal	8,081	1	,004
N de casos válidos	119		

a 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,39.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,424	,011
	V de Cramer	,245	,011
N de casos válidos		119	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 179. Condición física y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Mala	6,5%	7,3%	6,8%
	Algo deficiente	35,1%	26,8%	32,2%
	Buena	49,4%	58,5%	52,5%
	Muy buena	9,1%	7,3%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,119(a)	3	,772
Razón de verosimilitudes	1,131	3	,770
Asociación lineal por lineal	,114	1	,736
N de casos válidos	118		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,097	,772
	V de Cramer	,097	,772
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 180. Condición física y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Mala	10,5%	3,3%	6,8%
	Algo deficiente	28,1%	36,1%	32,2%
	Buena	54,4%	50,8%	52,5%
	Muy buena	7,0%	9,8%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,215(a)	3	,360
Razón de verosimilitudes	3,311	3	,346
Asociación lineal por lineal	,471	1	,493
N de casos válidos	118		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,86.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,165	,360
	V de Cramer	,165	,360
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 181. Condición física y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Mala	7,7%	4,4%	8,6%	6,0%
	Algo deficiente	23,1%	35,3%	28,6%	31,9%
	Buena	61,5%	54,4%	48,6%	53,4%
	Muy buena	7,7%	5,9%	14,3%	8,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,648(a)	6	,724
Razón de verosimilitudes	3,516	6	,742
Asociación lineal por lineal	,026	1	,872
N de casos válidos	116		

a 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,177	,724
	V de Cramer	,125	,724
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 182. Condición física y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Mala		6,5%	4,0%	9,8%	6,8%
	Algo deficiente	27,3%	29,0%	32,0%	35,3%	32,2%
	Buena	63,6%	48,4%	56,0%	51,0%	52,5%
	Muy buena	9,1%	16,1%	8,0%	3,9%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,898(a)	9	,750
Razón de verosimilitudes	6,458	9	,693
Asociación lineal por lineal	3,176	1	,075
N de casos válidos	118		

a 9 casillas (56,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,224	,750
	V de Cramer	,129	,750
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 183. Dependencia funcional y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	Sí	12,8%	17,5%	14,4%
	No	87,2%	82,5%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,470(b)	1	,493		
Corrección por continuidad(a)	,167	1	,683		
Razón de verosimilitudes	,458	1	,499		
Estadístico exacto de Fisher				,582	,335
Asociación lineal por lineal	,466	1	,495		
N de casos válidos	118				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,76.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,063	,493
	V de Cramer	,063	,493
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 184. Dependencia funcional y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	Sí	10,7%	17,7%	14,4%
	No	89,3%	82,3%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,178(b)	1	,278		
Corrección por continuidad(a)	,677	1	,410		
Razón de verosimilitudes	1,197	1	,274		
Estadístico exacto de Fisher				,307	,206
Asociación lineal por lineal	1,168	1	,280		
N de casos válidos	118				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,100	,278
	V de Cramer	,100	,278
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 185. Dependencia funcional y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	Sí		14,5%	20,6%	14,7%
	No	100,0%	85,5%	79,4%	85,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,191(a)	2	,203
Razón de verosimilitudes	4,990	2	,083
Asociación lineal por lineal	2,823	1	,093
N de casos válidos	116		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,166	,203
	V de Cramer	,166	,203
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 186. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	Sí	27,3%	6,5%	8,3%	19,2%	14,4%
	No	72,7%	93,5%	91,7%	80,8%	85,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,767(a)	3	,190
Razón de verosimilitudes	4,894	3	,180
Asociación lineal por lineal	,291	1	,590
N de casos válidos	118		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,58.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,201	,190
	V de Cramer	,201	,190
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 187. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	79,2%	78,0%	78,8%
	No	20,8%	22,0%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,022(b)	1	,882		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,022	1	,882		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,529
Asociación lineal por lineal	,022	1	,883		
N de casos válidos	118				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,69.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,014	,882
	V de Cramer	,014	,882
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 188. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	67,5%	66,7%	67,3%
	No	32,5%	33,3%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,008(b)	1	,929		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,008	1	,929		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,549
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930		
N de casos válidos	110				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,008	,929
	V de Cramer	,008	,929
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 189. No le falta fuerza y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	Sí	43,4%	41,5%	42,7%
	No	56,6%	58,5%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,042(b)	1	,838		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	,993		
Razón de verosimilitudes	,042	1	,838		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,498
Asociación lineal por lineal	,041	1	,839		
N de casos válidos	117				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,52.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,019	,838
	V de Cramer	,019	,838
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 190. Aprender algún deporte y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	Sí	66,2%	53,8%	61,8%
	No	33,8%	46,2%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,627(b)	1	,202		
Corrección por continuidad(a)	1,146	1	,284		
Razón de verosimilitudes	1,614	1	,204		
Estadístico exacto de Fisher				,224	,142
Asociación lineal por lineal	1,612	1	,204		
N de casos válidos	110				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,89.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,122	,202
	V de Cramer	,122	,202
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 191. Correr suavemente y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	Si	45,3%	34,1%	41,4%
	No	54,7%	65,9%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,368(b)	1	,242		
Corrección por continuidad(a)	,945	1	,331		
Razón de verosimilitudes	1,383	1	,240		
Estadístico exacto de Fisher				,324	,166
Asociación lineal por lineal	1,356	1	,244		
N de casos válidos	116				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,97.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,109	,242
	V de Cramer	,109	,242
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 192. Se siente atractivo y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	Sí	51,7%	67,6%	57,4%
	No	48,3%	32,4%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,267(b)	1	,132		
Corrección por continuidad(a)	1,661	1	,198		
Razón de verosimilitudes	2,302	1	,129		
Estadístico exacto de Fisher				,192	,098
Asociación lineal por lineal	2,243	1	,134		
N de casos válidos	94				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,155	,132
	V de Cramer	,155	,132
N de casos válidos		94	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 193. Está más fuerte que otros y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	Sí	49,2%	66,7%	55,6%
	No	50,8%	33,3%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,829(b)	1	,093		
Corrección por continuidad(a)	2,166	1	,141		
Razón de verosimilitudes	2,869	1	,090		
Estadístico exacto de Fisher				,141	,070
Asociación lineal por lineal	2,800	1	,094		
N de casos válidos	99				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,169	,093
	V de Cramer	,169	,093
N de casos válidos		99	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 194. Buen aspecto y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	Sí	75,4%	81,1%	77,5%
	No	24,6%	18,9%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,438(b)	1	,508		
Corrección por continuidad(a)	,173	1	,678		
Razón de verosimilitudes	,447	1	,504		
Estadístico exacto de Fisher				,625	,343
Asociación lineal por lineal	,434	1	,510		
N de casos válidos	102				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,066	,508
	V de Cramer	,066	,508
N de casos válidos		102	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 195. Se siente con energía y edad en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	Sí	76,7%	71,8%	75,0%
	No	23,3%	28,2%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,328(b)	1	,567		
Corrección por continuidad(a)	,118	1	,731		
Razón de verosimilitudes	,324	1	,569		
Estadístico exacto de Fisher				,648	,362
Asociación lineal por lineal	,325	1	,569		
N de casos válidos	112				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,054	,567
	V de Cramer	,054	,567
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 196. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	77,2%	80,3%	78,8%
	No	22,8%	19,7%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,173(b)	1	,677		
Corrección por continuidad(a)	,036	1	,849		
Razón de verosimilitudes	,173	1	,677		
Estadístico exacto de Fisher				,822	,424
Asociación lineal por lineal	,172	1	,678		
N de casos válidos	118				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,038	,677
	V de Cramer	,038	,677
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 197. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	70,4%	64,3%	67,3%
	No	29,6%	35,7%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,462(b)	1	,497		
Corrección por continuidad(a)	,227	1	,634		
Razón de verosimilitudes	,463	1	,496		
Estadístico exacto de Fisher				,546	,317
Asociación lineal por lineal	,458	1	,499		
N de casos válidos	110				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,67.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,065	,497
	V de Cramer	,065	,497
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 198. No le falta fuerza y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	Sí	49,1%	36,7%	42,7%
	No	50,9%	63,3%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,853(b)	1	,173		
Corrección por continuidad(a)	1,379	1	,240		
Razón de verosimilitudes	1,857	1	,173		
Estadístico exacto de Fisher				,194	,120
Asociación lineal por lineal	1,837	1	,175		
N de casos válidos	117				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,36.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,126	,173
	V de Cramer	,126	,173
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 199. Aprender algún deporte y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	Sí	61,1%	62,5%	61,8%
	No	38,9%	37,5%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,022(b)	1	,881		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,022	1	,881		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,518
Asociación lineal por lineal	,022	1	,881		
N de casos válidos	110				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,62.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,014	,881
	V de Cramer	,014	,881
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 200. Correr suavemente y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	Si	53,6%	30,0%	41,4%
	No	46,4%	70,0%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,635(b)	1	,010		
Corrección por continuidad(a)	5,699	1	,017		
Razón de verosimilitudes	6,694	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,014	,008
Asociación lineal por lineal	6,577	1	,010		
N de casos válidos	116				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,239	,010
	V de Cramer	,239	,010
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 201. Se siente atractivo y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	Sí	60,0%	55,1%	57,4%
	No	40,0%	44,9%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,230(b)	1	,631		
Corrección por continuidad(a)	,073	1	,786		
Razón de verosimilitudes	,230	1	,631		
Estadístico exacto de Fisher				,680	,393
Asociación lineal por lineal	,228	1	,633		
N de casos válidos	94				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,049	,631
	V de Cramer	,049	,631
N de casos válidos		94	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 202. Está más fuerte que otros y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	Sí	56,3%	54,9%	55,6%
	No	43,8%	45,1%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,018(b)	1	,893		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,018	1	,893		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,527
Asociación lineal por lineal	,018	1	,893		
N de casos válidos	99				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,014	,893
	V de Cramer	,014	,893
N de casos válidos		99	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 203. Buen aspecto y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	Sí	83,3%	72,2%	77,5%
	No	16,7%	27,8%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,796(b)	1	,180		
Corrección por continuidad(a)	1,216	1	,270		
Razón de verosimilitudes	1,824	1	,177		
Estadístico exacto de Fisher				,237	,135
Asociación lineal por lineal	1,779	1	,182		
N de casos válidos	102				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,133	,180
	V de Cramer	,133	,180
N de casos válidos		102	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 204. Se siente con energía y género en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	Sí	78,6%	71,4%	75,0%
	No	21,4%	28,6%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,762(b)	1	,383		
Corrección por continuidad(a)	,429	1	,513		
Razón de verosimilitudes	,764	1	,382		
Estadístico exacto de Fisher				,513	,257
Asociación lineal por lineal	,755	1	,385		
N de casos válidos	112				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,082	,383
	V de Cramer	,082	,383
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 205. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	76,9%	79,7%	79,4%	79,3%
	No	23,1%	20,3%	20,6%	20,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,052(a)	2	,974
Razón de verosimilitudes	,051	2	,975
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897
N de casos válidos	116		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,69.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,021	,974
	V de Cramer	,021	,974
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 206. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	58,3%	67,7%	67,7%	66,7%
	No	41,7%	32,3%	32,3%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,422(a)	2	,810
Razón de verosimilitudes	,409	2	,815
Asociación lineal por lineal	,200	1	,655
N de casos válidos	108		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,063	,810
	V de Cramer	,063	,810
N de casos válidos		108	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 207. No le falta fuerza y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	Si	61,5%	37,3%	48,6%	43,5%
	No	38,5%	62,7%	51,4%	56,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,131(a)	2	,209
Razón de verosimilitudes	3,126	2	,210
Asociación lineal por lineal	,029	1	,864
N de casos válidos	115		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,65.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,165	,209
	V de Cramer	,165	,209
N de casos válidos		115	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 208. Aprender algún deporte y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	Sí	69,2%	60,3%	65,6%	63,0%
	No	30,8%	39,7%	34,4%	37,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,505(a)	2	,777
Razón de verosimilitudes	,511	2	,775
Asociación lineal por lineal	,000	1	,991
N de casos válidos	108		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,81.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,068	,777
	V de Cramer	,068	,777
N de casos válidos		108	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 209. Correr suavemente y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	Si	69,2%	37,3%	41,2%	42,1%
	No	30,8%	62,7%	58,8%	57,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,567(a)	2	,102
Razón de verosimilitudes	4,545	2	,103
Asociación lineal por lineal	1,392	1	,238
N de casos válidos	114		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,200	,102
	V de Cramer	,200	,102
N de casos válidos		114	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 210. Se siente atractivo y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	Sí	36,4%	60,0%	57,1%	56,5%
	No	63,6%	40,0%	42,9%	43,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,118(a)	2	,347
Razón de verosimilitudes	2,105	2	,349
Asociación lineal por lineal	,718	1	,397
N de casos válidos	92		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,152	,347
	V de Cramer	,152	,347
N de casos válidos		92	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 211. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	Sí	41,7%	62,1%	48,1%	55,7%
	No	58,3%	37,9%	51,9%	44,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,535(a)	2	,282
Razón de verosimilitudes	2,535	2	,282
Asociación lineal por lineal	,013	1	,908
N de casos válidos	97		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,162	,282
	V de Cramer	,162	,282
N de casos válidos		97	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 212. Buen aspecto y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	Sí	81,8%	78,7%	71,4%	77,0%
	No	18,2%	21,3%	28,6%	23,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,733(a)	2	,693
Razón de verosimilitudes	,718	2	,698
Asociación lineal por lineal	,676	1	,411
N de casos válidos	100		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,53.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,086	,693
	V de Cramer	,086	,693
N de casos válidos		100	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 213. Se siente con energía y clase social en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	Sí	92,3%	68,2%	80,6%	74,5%
	No	7,7%	31,8%	19,4%	25,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,178(a)	2	,124
Razón de verosimilitudes	4,722	2	,094
Asociación lineal por lineal	,022	1	,881
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,31.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,195	,124
	V de Cramer	,195	,124
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 214. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	90,9%	87,1%	88,0%	66,7%	78,8%
	No	9,1%	12,9%	12,0%	33,3%	21,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,008(a)	3	,046
Razón de verosimilitudes	8,060	3	,045
Asociación lineal por lineal	6,152	1	,013
N de casos válidos	118		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,261	,046
	V de Cramer	,261	,046
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 215. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	90,9%	80,8%	81,8%	49,0%	67,3%
	No	9,1%	19,2%	18,2%	51,0%	32,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,774(a)	3	,002
Razón de verosimilitudes	15,388	3	,002
Asociación lineal por lineal	12,084	1	,001
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,60.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,366	,002
	V de Cramer	,366	,002
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 216. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	Sí	54,5%	41,9%	33,3%	45,1%	42,7%
	No	45,5%	58,1%	66,7%	54,9%	57,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,618(a)	3	,655
Razón de verosimilitudes	1,632	3	,652
Asociación lineal por lineal	,042	1	,837
N de casos válidos	117		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,70.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,118	,655
	V de Cramer	,118	,655
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 217. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	Sí	80,0%	67,7%	40,9%	63,8%	61,8%
	No	20,0%	32,3%	59,1%	36,2%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,017(a)	3	,111
Razón de verosimilitudes	6,015	3	,111
Asociación lineal por lineal	,730	1	,393
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,234	,111
	V de Cramer	,234	,111
N de casos válidos		110	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 218. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	Sí	55,6%	51,6%	32,0%	37,3%	41,4%
	No	44,4%	48,4%	68,0%	62,7%	58,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,348(a)	3	,341
Razón de verosimilitudes	3,343	3	,342
Asociación lineal por lineal	2,123	1	,145
N de casos válidos	116		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,72.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,170	,341
	V de Cramer	,170	,341
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 219. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	Sí	80,0%	55,0%	77,8%	45,7%	57,4%
	No	20,0%	45,0%	22,2%	54,3%	42,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,791(a)	3	,051
Razón de verosimilitudes	8,194	3	,042
Asociación lineal por lineal	3,420	1	,064
N de casos válidos	94		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,288	,051
	V de Cramer	,288	,051
N de casos válidos		94	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 220. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	Sí	88,9%	65,2%	54,5%	44,4%	55,6%
	No	11,1%	34,8%	45,5%	55,6%	44,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,179(a)	3	,066
Razón de verosimilitudes	7,876	3	,049
Asociación lineal por lineal	6,750	1	,009
N de casos válidos	99		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,269	,066
	V de Cramer	,269	,066
N de casos válidos		99	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 221. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	Sí	100,0%	77,3%	90,5%	68,6%	77,5%
	No		22,7%	9,5%	31,4%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,643(a)	3	,084
Razón de verosimilitudes	8,649	3	,034
Asociación lineal por lineal	3,572	1	,059
N de casos válidos	102		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,255	,084
	V de Cramer	,255	,084
N de casos válidos		102	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 222. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	Sí	100,0%	75,9%	81,8%	66,7%	75,0%
	No		24,1%	18,2%	33,3%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,779(a)	3	,123
Razón de verosimilitudes	8,122	3	,044
Asociación lineal por lineal	3,976	1	,046
N de casos válidos	112		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,227	,123
	V de Cramer	,227	,123
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 222. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	Sí	100,0%	75,9%	81,8%	66,7%	75,0%
	No		24,1%	18,2%	33,3%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,779(a)	3	,123
Razón de verosimilitudes	8,122	3	,044
Asociación lineal por lineal	3,976	1	,046
N de casos válidos	112		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,50.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,227	,123
	V de Cramer	,227	,123
N de casos válidos		112	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 223. Satisfacción con estado de salud y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Satisfacción con estado de salud	Nada	16,9%	5,1%	12,5%	16,7%	12,7%
	Algo	30,5%	30,8%	12,5%	33,3%	29,7%
	Bastante	40,7%	48,7%	62,5%	25,0%	43,2%
	Mucho	11,9%	15,4%	12,5%	25,0%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,841(a)	9	,654
Razón de verosimilitudes	7,409	9	,595
Asociación lineal por lineal	,747	1	,387
N de casos válidos	118		

a 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,241	,654
	V de Cramer	,139	,654
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 224. Condición física y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física * Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Condición física	Mala	6,9%	2,6%	12,5%	16,7%	6,8%
	Algo deficiente	32,8%	30,8%	37,5%	25,0%	31,6%
	Buena	53,4%	53,8%	50,0%	50,0%	53,0%
	Muy buena	6,9%	12,8%		8,3%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,143(a)	9	,822
Razón de verosimilitudes	5,501	9	,789
Asociación lineal por lineal	,214	1	,643
N de casos válidos	117		

a 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,210	,822
	V de Cramer	,121	,822
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 225. Dependencia funcional y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Categorías de AF deseada

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Dependencia funcional	Sí	17,2%	10,3%	12,5%	8,3%	13,7%
	No	82,8%	89,7%	87,5%	91,7%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,310(a)	3	,727
Razón de verosimilitudes	1,342	3	,719
Asociación lineal por lineal	,921	1	,337
N de casos válidos	117		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,09.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,106	,727
	V de Cramer	,106	,727
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 226. Hacer gimnasia o deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	79,3%	84,6%	50,0%	75,0%	78,6%
	No	20,7%	15,4%	50,0%	25,0%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,844(a)	3	,184
Razón de verosimilitudes	4,184	3	,242
Asociación lineal por lineal	,689	1	,406
N de casos válidos	117		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,203	,184
	V de Cramer	,203	,184
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 227. Le gusta su cuerpo ahora y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	72,0%	69,2%	62,5%	50,0%	67,9%
	No	28,0%	30,8%	37,5%	50,0%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,288(a)	3	,515
Razón de verosimilitudes	2,177	3	,536
Asociación lineal por lineal	2,028	1	,154
N de casos válidos	109		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,57.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,145	,515
	V de Cramer	,145	,515
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 228. No le falta fuerza y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
No le falta fuerza	Sí	43,1%	42,1%	50,0%	41,7%	43,1%
	No	56,9%	57,9%	50,0%	58,3%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,181(a)	3	,981
Razón de verosimilitudes	,179	3	,981
Asociación lineal por lineal	,002	1	,968
N de casos válidos	116		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,45.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,039	,981
	V de Cramer	,039	,981
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 229. Aprender algún deporte y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Aprender algún deporte	Sí	61,1%	65,7%	50,0%	58,3%	61,5%
	No	38,9%	34,3%	50,0%	41,7%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,763(a)	3	,858
Razón de verosimilitudes	,755	3	,860
Asociación lineal por lineal	,086	1	,769
N de casos válidos	109		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,084	,858
	V de Cramer	,084	,858
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 230. Correr suavemente y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Correr suavemente	Sí	38,6%	36,8%	50,0%	58,3%	40,9%
	No	61,4%	63,2%	50,0%	41,7%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,167(a)	3	,538
Razón de verosimilitudes	2,133	3	,545
Asociación lineal por lineal	1,474	1	,225
N de casos válidos	115		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,27.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,137	,538
	V de Cramer	,137	,538
N de casos válidos		115	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 231. Se siente atractivo y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente atractivo	Sí	50,0%	71,4%	50,0%	50,0%	58,1%
	No	50,0%	28,6%	50,0%	50,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,116(a)	3	,249
Razón de verosimilitudes	4,211	3	,240
Asociación lineal por lineal	,079	1	,778
N de casos válidos	93		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,52.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,210	,249
	V de Cramer	,210	,249
N de casos válidos		93	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 232. Está más fuerte que otros y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Está más fuerte que otros	Sí	43,2%	68,6%	37,5%	72,7%	55,1%
	No	56,8%	31,4%	62,5%	27,3%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,477(a)	3	,058
Razón de verosimilitudes	7,608	3	,055
Asociación lineal por lineal	2,533	1	,111
N de casos válidos	98		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,59.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,276	,058
	V de Cramer	,276	,058
N de casos válidos		98	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 233. Buen aspecto y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Buen aspecto	Sí	80,0%	76,9%	75,0%	66,7%	77,2%
	No	20,0%	23,1%	25,0%	33,3%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,792(a)	3	,851
Razón de verosimilitudes	,748	3	,862
Asociación lineal por lineal	,729	1	,393
N de casos válidos	101		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,089	,851
	V de Cramer	,089	,851
N de casos válidos		101	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 234. Se siente con energía y categorías de actividad física deseada en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Categorías de AF deseada

		Categorías de AF deseada				Total
		AF en sala	Af acuática	AF aire libre	Deportes	
Se siente con energía	Sí	74,5%	70,3%	75,0%	90,9%	74,8%
	No	25,5%	29,7%	25,0%	9,1%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,918(a)	3	,590
Razón de verosimilitudes	2,252	3	,522
Asociación lineal por lineal	,707	1	,400
N de casos válidos	111		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,131	,590
	V de Cramer	,131	,590
N de casos válidos		111	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 235. Satisfacción con estado de salud y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Satisfacción con estado de salud	Nada	5,3%	10,0%	11,1%	21,9%	12,7%
	Algo	36,8%	20,0%	40,7%	28,1%	29,7%
	Bastante	52,6%	45,0%	33,3%	43,8%	43,2%
	Mucho	5,3%	25,0%	14,8%	6,3%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,691(a)	9	,177
Razón de verosimilitudes	12,815	9	,171
Asociación lineal por lineal	3,052	1	,081
N de casos válidos	118		

a 6 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,42.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,328	,177
	V de Cramer	,189	,177
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 236. Condición física y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física * Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Condición física	Mala	10,5%	7,5%	3,7%	6,5%	6,8%
	Algo deficiente	36,8%	22,5%	37,0%	35,5%	31,6%
	Buena	47,4%	60,0%	48,1%	51,6%	53,0%
	Muy buena	5,3%	10,0%	11,1%	6,5%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,731(a)	9	,928
Razón de verosimilitudes	3,870	9	,920
Asociación lineal por lineal	,008	1	,931
N de casos válidos	117		

a 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,179	,928
	V de Cramer	,103	,928
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 237. Dependencia funcional y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional * Frecuencia deseada (horas)

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Dependencia funcional	Sí	26,3%	10,3%	18,5%	6,3%	13,7%
	No	73,7%	89,7%	81,5%	93,8%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,989(a)	3	,173
Razón de verosimilitudes	4,840	3	,184
Asociación lineal por lineal	2,213	1	,137
N de casos válidos	117		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,206	,173
	V de Cramer	,206	,173
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 238. Hacer gimnasia o deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	84,2%	82,1%	81,5%	68,8%	78,6%
	No	15,8%	17,9%	18,5%	31,3%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,614(a)	3	,455
Razón de verosimilitudes	2,489	3	,477
Asociación lineal por lineal	1,991	1	,158
N de casos válidos	117		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,06.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,149	,455
	V de Cramer	,149	,455
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 239. Le gusta su cuerpo ahora y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	83,3%	69,4%	66,7%	58,1%	67,9%
	No	16,7%	30,6%	33,3%	41,9%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,399(a)	3	,334
Razón de verosimilitudes	3,584	3	,310
Asociación lineal por lineal	3,089	1	,079
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,177	,334
	V de Cramer	,177	,334
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 240. No le falta fuerza y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
No le falta fuerza	Sí	42,1%	48,7%	42,3%	37,5%	43,1%
	No	57,9%	51,3%	57,7%	62,5%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,925(a)	3	,819
Razón de verosimilitudes	,927	3	,819
Asociación lineal por lineal	,405	1	,524
N de casos válidos	116		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,19.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,089	,819
	V de Cramer	,089	,819
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 241. Aprender algún deporte y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Aprender algún deporte	Sí	58,8%	66,7%	50,0%	66,7%	61,5%
	No	41,2%	33,3%	50,0%	33,3%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,247(a)	3	,523
Razón de verosimilitudes	2,222	3	,528
Asociación lineal por lineal	,012	1	,912
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,144	,523
	V de Cramer	,144	,523
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 242. Correr suavemente y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Correr suavemente	Sí	47,4%	30,0%	46,2%	46,7%	40,9%
	No	52,6%	70,0%	53,8%	53,3%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,005(a)	3	,391
Razón de verosimilitudes	3,066	3	,382
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514
N de casos válidos	115		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7,77.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,162	,391
	V de Cramer	,162	,391
N de casos válidos		115	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 243. Se siente atractivo y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Se siente atractivo	Sí	68,8%	67,9%	66,7%	32,0%	58,1%
	No	31,3%	32,1%	33,3%	68,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,557(a)	3	,023
Razón de verosimilitudes	9,560	3	,023
Asociación lineal por lineal	6,289	1	,012
N de casos válidos	93		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,321	,023
	V de Cramer	,321	,023
N de casos válidos		93	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 244. Está más fuerte que otros y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Está más fuerte que otros	Sí	50,0%	57,6%	59,1%	51,9%	55,1%
	No	50,0%	42,4%	40,9%	48,1%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,507(a)	3	,917
Razón de verosimilitudes	,507	3	,917
Asociación lineal por lineal	,000	1	,991
N de casos válidos	98		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,072	,917
	V de Cramer	,072	,917
N de casos válidos		98	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 245. Buen aspecto y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Buen aspecto	Sí	76,5%	82,4%	79,2%	69,2%	77,2%
	No	23,5%	17,6%	20,8%	30,8%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,510(a)	3	,680
Razón de verosimilitudes	1,477	3	,688
Asociación lineal por lineal	,647	1	,421
N de casos válidos	101		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,122	,680
	V de Cramer	,122	,680
N de casos válidos		101	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 246. Se siente con energía y horas de práctica de actividad física o deporte semanales deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de Frecuencia deseada (horas)

		Frecuencia deseada (horas)				Total
		1	2	3	>3	
Se siente con energía	Sí	77,8%	71,1%	64,0%	86,7%	74,8%
	No	22,2%	28,9%	36,0%	13,3%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,153(a)	3	,245
Razón de verosimilitudes	4,356	3	,225
Asociación lineal por lineal	,652	1	,419
N de casos válidos	111		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,54.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,193	,245
	V de Cramer	,193	,245
N de casos válidos		111	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 247. Satisfacción con estado de salud y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * ¿Preferiría pacticar con un técnico?

% de ¿Preferiría pacticar con un técnico?

		¿Preferiría pacticar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Satisfacción con estado de salud	Nada	14,9%		12,7%
	Algo	32,7%	11,8%	29,7%
	Bastante	38,6%	70,6%	43,2%
	Mucho	13,9%	17,6%	14,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,256(a)	3	,041
Razón de verosimilitudes	10,471	3	,015
Asociación lineal por lineal	5,448	1	,020
N de casos válidos	118		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,265	,041
	V de Cramer	,265	,041
N de casos válidos		118	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 248. Condición física y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Condición física * ¿Preferiría practicar con un técnico?

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Condición física	Mala	8,0%		6,8%
	Algo deficiente	34,0%	17,6%	31,6%
	Buena	50,0%	70,6%	53,0%
	Muy buena	8,0%	11,8%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,992(a)	3	,262
Razón de verosimilitudes	5,229	3	,156
Asociación lineal por lineal	3,479	1	,062
N de casos válidos	117		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,16.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,185	,262
V de Cramer	,185	,262
N de casos válidos	117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 249. Dependencia funcional en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia Dependencia funcional * ¿Preferiría pacticar con un técnico?

% de ¿Preferiría pacticar con un técnico?

		¿Preferiría pacticar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Dependencia funcional	Sí	14,0%	11,8%	13,7%
	No	86,0%	88,2%	86,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,061(b)	1	,804		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,064	1	,801		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,579
Asociación lineal por lineal	,061	1	,805		
N de casos válidos	117				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,023	,804
	V de Cramer	,023	,804
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 250. Hacer gimnasia o deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	80,0%	70,6%	78,6%
	No	20,0%	29,4%	21,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,766(b)	1	,381		
Corrección por continuidad(a)	,308	1	,579		
Razón de verosimilitudes	,718	1	,397		
Estadístico exacto de Fisher				,357	,279
Asociación lineal por lineal	,759	1	,383		
N de casos válidos	117				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,081	,381
	V de Cramer	,081	,381
N de casos válidos		117	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 251. Le gusta su cuerpo ahora y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría pacticar con un técnico?

		¿Preferiría pacticar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	68,5%	64,7%	67,9%
	No	31,5%	35,3%	32,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,094(b)	1	,760		
Corrección por continuidad(a)	,001	1	,981		
Razón de verosimilitudes	,092	1	,761		
Estadístico exacto de Fisher				,782	,481
Asociación lineal por lineal	,093	1	,761		
N de casos válidos	109				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,029	,760
	V de Cramer	,029	,760
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 252. No le falta fuerza y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
No le falta fuerza	Sí	39,4%	64,7%	43,1%
	No	60,6%	35,3%	56,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,790(b)	1	,052		
Corrección por continuidad(a)	2,828	1	,093		
Razón de verosimilitudes	3,767	1	,052		
Estadístico exacto de Fisher				,065	,047
Asociación lineal por lineal	3,758	1	,053		
N de casos válidos	116				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,181	,052
	V de Cramer	,181	,052
N de casos válidos		116	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 253. Aprender algún deporte y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Aprender algún deporte	Sí	63,0%	52,9%	61,5%
	No	37,0%	47,1%	38,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,618(b)	1	,432		
Corrección por continuidad(a)	,265	1	,606		
Razón de verosimilitudes	,607	1	,436		
Estadístico exacto de Fisher				,432	,300
Asociación lineal por lineal	,613	1	,434		
N de casos válidos	109				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,075	,432
	V de Cramer	,075	,432
N de casos válidos		109	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 254. Correr suavemente y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Correr suavemente	Sí	37,8%	58,8%	40,9%
	No	62,2%	41,2%	59,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,661(b)	1	,103		
Corrección por continuidad(a)	1,861	1	,173		
Razón de verosimilitudes	2,614	1	,106		
Estadístico exacto de Fisher				,116	,087
Asociación lineal por lineal	2,638	1	,104		
N de casos válidos	115				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,95.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,152	,103
	V de Cramer	,152	,103
N de casos válidos		115	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 255. Se siente atractivo y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Se siente atractivo	Sí	59,5%	50,0%	58,1%
	No	40,5%	50,0%	41,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,440(b)	1	,507		
Corrección por continuidad(a)	,137	1	,712		
Razón de verosimilitudes	,436	1	,509		
Estadístico exacto de Fisher				,565	,353
Asociación lineal por lineal	,435	1	,509		
N de casos válidos	93				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,87.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,069	,507
	V de Cramer	,069	,507
N de casos válidos		93	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 256. Está más fuerte que otros y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Está más fuerte que otros	Sí	54,9%	56,3%	55,1%
	No	45,1%	43,8%	44,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,010(b)	1	,920		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,010	1	,920		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,571
Asociación lineal por lineal	,010	1	,920		
N de casos válidos	98				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,010	,920
	V de Cramer	,010	,920
N de casos válidos		98	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 257. Buen aspecto y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Buen aspecto	Sí	77,6%	75,0%	77,2%
	No	22,4%	25,0%	22,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,054(b)	1	,817		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,053	1	,818		
Estadístico exacto de Fisher				,756	,520
Asociación lineal por lineal	,053	1	,818		
N de casos válidos	101				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,023	,817
	V de Cramer	,023	,817
N de casos válidos		101	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 258. Se siente con energía y presencia o ausencia de profesor en las actividades físico-deportivas deseadas en la demanda latente

Tabla de contingencia

% de ¿Preferiría practicar con un técnico?

		¿Preferiría practicar con un técnico?		Total
		Sí	No	
Se siente con energía	Sí	72,3%	88,2%	74,8%
	No	27,7%	11,8%	25,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,928(b)	1	,165		
Corrección por continuidad(a)	1,178	1	,278		
Razón de verosimilitudes	2,204	1	,138		
Estadístico exacto de Fisher				,230	,137
Asociación lineal por lineal	1,911	1	,167		
N de casos válidos	111				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,29.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,132	,165
	V de Cramer	,132	,165
N de casos válidos		111	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ANEXO VII

Anexo VII. Análisis de tablas de contingencia de las relaciones de la salud, la condición física, la dependencia funcional y la competencia motriz y corporal percibidas en la demanda ausente con las variables sociodemográficas

Tabla 259. Satisfacción con estado de salud y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Edad

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Satisfacción con estado de salud	Nada	9,6%	15,8%	12,8%
	Algo	24,8%	24,2%	24,5%
	Bastante	45,0%	42,1%	43,5%
	Mucho	20,6%	17,9%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,724(a)	3	,126
Razón de verosimilitudes	5,800	3	,122
Asociación lineal por lineal	3,928	1	,047
N de casos válidos	646		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 39,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,094	,126
	V de Cramer	,094	,126
N de casos válidos		646	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 260. Satisfacción con estado de salud y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia Satisfacción con estado de salud * Género

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Satisfacción con estado de salud	Nada	10,2%	15,4%	12,8%
	Algo	20,3%	28,4%	24,5%
	Bastante	46,3%	40,8%	43,5%
	Mucho	23,2%	15,4%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,992(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	14,077	3	,003
Asociación lineal por lineal	13,089	1	,000
N de casos válidos	646		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,147	,003
	V de Cramer	,147	,003
N de casos válidos		646	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 261. Satisfacción con estado de salud y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Satisfacción con estado de salud	Nada	6,4%	10,9%	16,5%	12,8%
	Algo	12,8%	25,7%	25,2%	24,5%
	Bastante	38,3%	46,9%	39,8%	43,4%
	Mucho	42,6%	16,5%	18,5%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,773(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	22,126	6	,001
Asociación lineal por lineal	10,094	1	,001
N de casos válidos	640		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 6,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,197	,000
	V de Cramer	,139	,000
N de casos válidos		640	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 262. Satisfacción con estado de salud y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Satisfacción con estado de salud	Nada	11,2%	16,8%	9,6%	14,4%	12,8%
	Algo	24,6%	24,5%	15,7%	34,2%	24,5%
	Bastante	45,3%	37,4%	49,4%	41,1%	43,5%
	Mucho	19,0%	21,3%	25,3%	10,3%	19,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,422(a)	9	,001
Razón de verosimilitudes	28,476	9	,001
Asociación lineal por lineal	1,634	1	,201
N de casos válidos	646		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,76.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,206	,001
	V de Cramer	,119	,001
N de casos válidos		646	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 263. Condición física y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Condición física	Mala	9,6%	14,3%	12,0%
	Algo deficiente	27,4%	35,0%	31,3%
	Buena	51,5%	43,5%	47,3%
	Muy buena	11,6%	7,3%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,000(a)	3	,012
Razón de verosimilitudes	11,057	3	,011
Asociación lineal por lineal	10,523	1	,001
N de casos válidos	632		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,29.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,132	,012
	V de Cramer	,132	,012
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 264. Condición física y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Condición física	Mala	8,8%	15,1%	12,0%
	Algo deficiente	28,3%	34,2%	31,3%
	Buena	50,5%	44,3%	47,3%
	Muy buena	12,4%	6,5%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,079(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	14,237	3	,003
Asociación lineal por lineal	13,771	1	,000
N de casos válidos	632		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 28,66.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,149	,003
	V de Cramer	,149	,003
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 265. Condición física y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Condición física	Mala	4,3%	9,4%	16,4%	11,8%
	Algo deficiente	15,2%	30,6%	36,0%	31,6%
	Buena	60,9%	51,2%	39,2%	47,1%
	Muy buena	19,6%	8,8%	8,4%	9,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,573(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	25,621	6	,000
Asociación lineal por lineal	19,884	1	,000
N de casos válidos	626		

a 1 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,202	,000
	V de Cramer	,143	,000
N de casos válidos		626	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 266. Condición física y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Condición física	Mala	12,5%	14,4%	5,6%	16,2%	12,0%
	Algo deficiente	34,1%	34,6%	24,8%	31,7%	31,3%
	Buena	43,8%	40,5%	58,4%	46,5%	47,3%
	Muy buena	9,7%	10,5%	11,2%	5,6%	9,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,522(a)	9	,015
Razón de verosimilitudes	21,903	9	,009
Asociación lineal por lineal	,044	1	,834
N de casos válidos	632		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,180	,015
	V de Cramer	,104	,015
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 267. Dependencia funcional y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Dependencia funcional	Sí	5,5%	16,3%	11,1%
	No	94,5%	83,7%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,293(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	18,210	1	,000		
Razón de verosimilitudes	20,316	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,264	1	,000		
N de casos válidos	648				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,56.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,173	,000
	V de Cramer	,173	,000
N de casos válidos		648	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 268. Dependencia funcional y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Dependencia funcional	Sí	6,7%	15,3%	11,1%
	No	93,3%	84,7%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,259(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	11,399	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,639	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	12,241	1	,000		
N de casos válidos	648				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 35,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,138	,000
	V de Cramer	,138	,000
N de casos válidos		648	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 269. Dependencia funcional y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Dependencia funcional	Sí	2,1%	8,8%	15,7%	11,1%
	No	97,9%	91,2%	84,3%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,165(a)	2	,004
Razón de verosimilitudes	12,480	2	,002
Asociación lineal por lineal	11,147	1	,001
N de casos válidos	642		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,31.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,132	,004
	V de Cramer	,132	,004
N de casos válidos		642	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 270. Dependencia funcional y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Dependencia funcional	Sí	11,1%	9,1%	11,2%	13,1%	11,1%
	No	88,9%	90,9%	88,8%	86,9%	88,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,222(a)	3	,748
Razón de verosimilitudes	1,231	3	,745
Asociación lineal por lineal	,450	1	,502
N de casos válidos	648		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,043	,748
	V de Cramer	,043	,748
N de casos válidos		648	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 271. Hacer gimnasia o deporte y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	59,5%	35,0%	46,8%
	No	40,5%	65,0%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,236(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	35,260	1	,000		
Razón de verosimilitudes	36,583	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	36,176	1	,000		
N de casos válidos	603				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 135,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,245	,000
	V de Cramer	,245	,000
N de casos válidos		603	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 272. Le gusta su cuerpo ahora y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	70,0%	68,0%	69,0%
	No	30,0%	32,0%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,280(b)	1	,597		
Corrección por continuidad(a)	,192	1	,661		
Razón de verosimilitudes	,280	1	,597		
Estadístico exacto de Fisher				,652	,330
Asociación lineal por lineal	,279	1	,597		
N de casos válidos	574				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 88,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,022	,597
	V de Cramer	,022	,597
N de casos válidos		574	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 273. No le falta fuerza y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
No le falta fuerza	Si	47,7%	36,7%	41,9%
	No	52,3%	63,3%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,858(b)	1	,005		
Corrección por continuidad(a)	7,412	1	,006		
Razón de verosimilitudes	7,868	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,006	,003
Asociación lineal por lineal	7,846	1	,005		
N de casos válidos	632				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 126,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,112	,005
	V de Cramer	,112	,005
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 274. Aprender algún deporte y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Aprender algún deporte	Sí	30,4%	19,0%	24,5%
	No	69,6%	81,0%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,104(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	9,495	1	,002		
Razón de verosimilitudes	10,141	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,087	1	,001		
N de casos válidos	571				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,67.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,133	,001
	V de Cramer	,133	,001
N de casos válidos		571	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 275. Correr suavemente y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Correr suavemente	Si	30,2%	15,5%	22,5%
	No	69,8%	84,5%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,537(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	18,703	1	,000		
Razón de verosimilitudes	19,683	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,506	1	,000		
N de casos válidos	630				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,84.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,176	,000
	V de Cramer	,176	,000
N de casos válidos		630	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 276. Se siente atractivo y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente atractivo	Sí	68,0%	64,6%	66,4%
	No	32,0%	35,4%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,625(b)	1	,429		
Corrección por continuidad(a)	,479	1	,489		
Razón de verosimilitudes	,624	1	,429		
Estadístico exacto de Fisher				,435	,244
Asociación lineal por lineal	,623	1	,430		
N de casos válidos	467				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 74,97.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,037	,429
	V de Cramer	,037	,429
N de casos válidos		467	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 277. Está más fuerte que otros y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Está más fuerte que otros	Sí	59,3%	56,1%	57,7%
	No	40,7%	43,9%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,509(b)	1	,475		
Corrección por continuidad(a)	,385	1	,535		
Razón de verosimilitudes	,509	1	,475		
Estadístico exacto de Fisher				,514	,268
Asociación lineal por lineal	,508	1	,476		
N de casos válidos	471				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 97,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,033	,475
	V de Cramer	,033	,475
N de casos válidos		471	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 278. Buen aspecto y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Buen aspecto	Sí	75,9%	80,0%	77,9%
	No	24,1%	20,0%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,322(b)	1	,250		
Corrección por continuidad(a)	1,095	1	,295		
Razón de verosimilitudes	1,324	1	,250		
Estadístico exacto de Fisher				,257	,148
Asociación lineal por lineal	1,319	1	,251		
N de casos válidos	544				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,56.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,049	,250
	V de Cramer	,049	,250
N de casos válidos		544	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 279. Se siente con energía y edad en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Edad

		Edad		Total
		<=74	>=75	
Se siente con energía	Sí	67,1%	62,7%	64,9%
	No	32,9%	37,3%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,277(b)	1	,258		
Corrección por continuidad(a)	1,091	1	,296		
Razón de verosimilitudes	1,278	1	,258		
Estadístico exacto de Fisher				,266	,148
Asociación lineal por lineal	1,275	1	,259		
N de casos válidos	598				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 103,60.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,046	,258
	V de Cramer	,046	,258
N de casos válidos		598	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 280. Hacer gimnasia o deporte y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	56,8%	37,1%	46,8%
	No	43,2%	62,9%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,310(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	22,528	1	,000		
Razón de verosimilitudes	23,457	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,271	1	,000		
N de casos válidos	603				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 138,43.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,197	,000
	V de Cramer	,197	,000
N de casos válidos		603	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 281. Le gusta su cuerpo ahora y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	74,6%	63,7%	69,0%
	No	25,4%	36,3%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,851(b)	1	,005		
Corrección por continuidad(a)	7,353	1	,007		
Razón de verosimilitudes	7,896	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,005	,003
Asociación lineal por lineal	7,837	1	,005		
N de casos válidos	574				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 86,52.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,117	,005
	V de Cramer	,117	,005
N de casos válidos		574	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 282. No le falta fuerza y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No le falta fuerza	Sí	49,0%	35,4%	41,9%
	No	51,0%	64,6%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,068(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	11,514	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,097	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,049	1	,001		
N de casos válidos	632				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 127,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,138	,001
	V de Cramer	,138	,001
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 283. Aprender algún deporte y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Aprender algún deporte	Sí	30,3%	18,8%	24,5%
	No	69,7%	81,2%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,141(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	9,531	1	,002		
Razón de verosimilitudes	10,209	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,123	1	,001		
N de casos válidos	571				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 69,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,133	,001
	V de Cramer	,133	,001
N de casos válidos		571	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 284. Correr suavemente y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Correr suavemente	Si	32,1%	13,5%	22,5%
	No	67,9%	86,5%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,153(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	30,097	1	,000		
Razón de verosimilitudes	31,691	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	31,104	1	,000		
N de casos válidos	630				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 68,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,222	,000
	V de Cramer	,222	,000
N de casos válidos		630	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 285. Se siente atractivo y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente atractivo	Sí	67,9%	64,8%	66,4%
	No	32,1%	35,2%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,516(b)	1	,472		
Corrección por continuidad(a)	,385	1	,535		
Razón de verosimilitudes	,517	1	,472		
Estadístico exacto de Fisher				,494	,267
Asociación lineal por lineal	,515	1	,473		
N de casos válidos	467				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 78,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,033	,472
	V de Cramer	,033	,472
N de casos válidos		467	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 286. Está más fuerte que otros y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Está más fuerte que otros	Sí	65,5%	50,2%	57,7%
	No	34,5%	49,8%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,306(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	10,688	1	,001		
Razón de verosimilitudes	11,362	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,282	1	,001		
N de casos válidos	471				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 98,02.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,155	,001
	V de Cramer	,155	,001
N de casos válidos		471	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 287. Buen aspecto y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Buen aspecto	Sí	81,6%	74,3%	77,9%
	No	18,4%	25,7%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,277(b)	1	,039		
Corrección por continuidad(a)	3,860	1	,049		
Razón de verosimilitudes	4,293	1	,038		
Estadístico exacto de Fisher				,049	,025
Asociación lineal por lineal	4,269	1	,039		
N de casos válidos	544				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 60,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,089	,039
	V de Cramer	,089	,039
N de casos válidos		544	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 288. Se siente con energía y género en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Se siente con energía	Sí	72,1%	57,9%	64,9%
	No	27,9%	42,1%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,253(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	12,636	1	,000		
Razón de verosimilitudes	13,336	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,231	1	,000		
N de casos válidos	598				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 103,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,149	,000
	V de Cramer	,149	,000
N de casos válidos		598	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 289. Hacer gimnasia o deporte y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	69,6%	52,0%	35,4%	47,1%
	No	30,4%	48,0%	64,6%	52,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,871(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	25,260	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,820	1	,000
N de casos válidos	597		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 21,65.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,204	,000
	V de Cramer	,204	,000
N de casos válidos		597	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 290. Le gusta su cuerpo ahora y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	79,1%	71,6%	63,7%	69,2%
	No	20,9%	28,4%	36,3%	30,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,813(a)	2	,055
Razón de verosimilitudes	5,886	2	,053
Asociación lineal por lineal	5,801	1	,016
N de casos válidos	571		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 13,25.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,101	,055
	V de Cramer	,101	,055
N de casos válidos		571	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 291. No le falta fuerza y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
No le falta fuerza	Sí	45,7%	45,3%	36,8%	42,0%
	No	54,3%	54,7%	63,2%	58,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,479(a)	2	,107
Razón de verosimilitudes	4,504	2	,105
Asociación lineal por lineal	3,743	1	,053
N de casos válidos	626		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 19,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,085	,107
	V de Cramer	,085	,107
N de casos válidos		626	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 292. Aprender algún deporte y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Aprender algún deporte	Sí	42,2%	22,4%	24,3%	24,7%
	No	57,8%	77,6%	75,7%	75,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,268(a)	2	,016
Razón de verosimilitudes	7,466	2	,024
Asociación lineal por lineal	1,972	1	,160
N de casos válidos	566		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 11,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,121	,016
	V de Cramer	,121	,016
N de casos válidos		566	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 293. Correr suavemente y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Correr suavemente	Si	43,5%	24,6%	16,3%	22,7%
	No	56,5%	75,4%	83,7%	77,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,814(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	16,645	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,106	1	,000
N de casos válidos	626		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 10,43.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,169	,000
	V de Cramer	,169	,000
N de casos válidos		626	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 294. Se siente atractivo y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente atractivo	Sí	75,0%	67,8%	62,6%	66,5%
	No	25,0%	32,2%	37,4%	33,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,496(a)	2	,287
Razón de verosimilitudes	2,536	2	,281
Asociación lineal por lineal	2,455	1	,117
N de casos válidos	463		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 12,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,073	,287
	V de Cramer	,073	,287
N de casos válidos		463	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 295. Está más fuerte que otros y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Está más fuerte que otros	Sí	73,7%	60,8%	49,7%	57,8%
	No	26,3%	39,2%	50,3%	42,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,413(a)	2	,009
Razón de verosimilitudes	9,582	2	,008
Asociación lineal por lineal	9,363	1	,002
N de casos válidos	467		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 16,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,142	,009
	V de Cramer	,142	,009
N de casos válidos		467	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 296. Buen aspecto y clase social en la demanda ausente**Tabla de contingencia**

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Buen aspecto	Sí	73,3%	82,0%	72,7%	77,9%
	No	26,7%	18,0%	27,3%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,549(a)	2	,038
Razón de verosimilitudes	6,512	2	,039
Asociación lineal por lineal	1,926	1	,165
N de casos válidos	539		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 9,94.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,110	,038
	V de Cramer	,110	,038
N de casos válidos		539	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 297. Se siente con energía y clase social en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Clase social

		Clase social			Total
		Alta/media	Media/media	Media/baja	
Se siente con energía	Sí	67,4%	67,6%	61,4%	65,2%
	No	32,6%	32,4%	38,6%	34,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,411(a)	2	,300
Razón de verosimilitudes	2,400	2	,301
Asociación lineal por lineal	1,931	1	,165
N de casos válidos	594		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 16,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,064	,300
	V de Cramer	,064	,300
N de casos válidos		594	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 298. Hacer gimnasia o deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Hacer gimnasia o deporte	Sí	43,9%	38,9%	58,0%	45,0%	46,8%
	No	56,1%	61,1%	42,0%	55,0%	53,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,513(a)	3	,006
Razón de verosimilitudes	12,545	3	,006
Asociación lineal por lineal	1,691	1	,193
N de casos válidos	603		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 65,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,144	,006
	V de Cramer	,144	,006
N de casos válidos		603	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 299. Le gusta su cuerpo ahora y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Le gusta su cuerpo ahora	Sí	71,6%	63,5%	79,4%	57,6%	69,0%
	No	28,4%	36,5%	20,6%	42,4%	31,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,537(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,731	3	,000
Asociación lineal por lineal	1,889	1	,169
N de casos válidos	574		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 35,66.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,180	,000
	V de Cramer	,180	,000
N de casos válidos		574	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 300. No le falta fuerza y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
No le falta fuerza	Sí	47,1%	34,6%	40,5%	45,1%	41,9%
	No	52,9%	65,4%	59,5%	54,9%	58,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,982(a)	3	,112
Razón de verosimilitudes	6,029	3	,110
Asociación lineal por lineal	,032	1	,859
N de casos válidos	632		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,54.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,097	,112
	V de Cramer	,097	,112
N de casos válidos		632	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 301. Aprender algún deporte y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Aprender algún deporte	Sí	28,3%	23,2%	22,0%	25,0%	24,5%
	No	71,7%	76,8%	78,0%	75,0%	75,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,733(a)	3	,630
Razón de verosimilitudes	1,715	3	,634
Asociación lineal por lineal	,480	1	,488
N de casos válidos	571		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,055	,630
	V de Cramer	,055	,630
N de casos válidos		571	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 302. Correr suavemente y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Correr suavemente	Sí	15,2%	19,5%	26,7%	30,4%	22,5%
	No	84,8%	80,5%	73,3%	69,6%	77,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,884(a)	3	,005
Razón de verosimilitudes	13,033	3	,005
Asociación lineal por lineal	12,677	1	,000
N de casos válidos	630		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 31,10.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,143	,005
	V de Cramer	,143	,005
N de casos válidos		630	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 303. Se siente atractivo y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente atractivo	Sí	77,4%	48,9%	79,4%	50,0%	66,4%
	No	22,6%	51,1%	20,6%	50,0%	33,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,610(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	42,623	3	,000
Asociación lineal por lineal	7,641	1	,006
N de casos válidos	467		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 29,58.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,302	,000
	V de Cramer	,302	,000
N de casos válidos		467	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 304. Está más fuerte que otros y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Está más fuerte que otros	Sí	56,9%	57,3%	58,1%	58,7%	57,7%
	No	43,1%	42,7%	41,9%	41,3%	42,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,092(a)	3	,993
Razón de verosimilitudes	,092	3	,993
Asociación lineal por lineal	,091	1	,763
N de casos válidos	471		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 37,60.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,014	,993
	V de Cramer	,014	,993
N de casos válidos		471	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 305. Buen aspecto y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Buen aspecto	Sí	80,3%	73,4%	85,1%	70,2%	77,9%
	No	19,7%	26,6%	14,9%	29,8%	22,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,710(a)	3	,013
Razón de verosimilitudes	10,787	3	,013
Asociación lineal por lineal	1,191	1	,275
N de casos válidos	544		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,04.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,140	,013
	V de Cramer	,140	,013
N de casos válidos		544	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 306. Se siente con energía y tamaño demográfico en la demanda ausente

Tabla de contingencia

% de Tamaño demográfico

		Tamaño demográfico				Total
		<10.000	10.000-50.000	50.000-100.000	>100.000	
Se siente con energía	Sí	61,8%	69,2%	69,7%	58,6%	64,9%
	No	38,2%	30,8%	30,3%	41,4%	35,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,855(a)	3	,119
Razón de verosimilitudes	5,850	3	,119
Asociación lineal por lineal	,170	1	,680
N de casos válidos	598		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 49,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,099	,119
	V de Cramer	,099	,119
N de casos válidos		598	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

