



Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años. Una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender

Victoria Morín Fraile



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0. Spain License.**

**Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física
en personas entre 45 y 75 años. Una interpretación a partir del modelo de
promoción de la salud de Pender**

Tesi doctoral

Victoria Morín Fraile

Directora

Dra. M. Pilar Torres Egea

Tutora

Dra. M. Teresa Icart Isern

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres

Barcelona, 2014

A Xavier Salarich Fortuny
que, con infinita paciencia,
respetó y apoyó a una joven enfermera entusiasta

A Rosa Tosquella Babiloni que me ayudó a volar

A Mercè Serra Galceran y a Magda González Soriano,
habéis sido, sois y seréis un ejemplo para mí

Estima i viu cada instant en els coses.

No es repeteixen els colors
ni les veus es repeteixen.

Miquel Martí i Pol

AGRADECIMIENTOS

Durante el desarrollo de la Tesis Doctoral he aprendido muchas cosas importantes, en lo académico y en lo personal; he apreciado con mayor intensidad lo esencial de la colaboración entre las personas.

Agradezco, en primer lugar, el apoyo recibido de la Dra. Pilar Torres Egea, directora de la presente tesis. He sido afortunada por haber contado con su inestimable ayuda, sobre todo en las circunstancias más difíciles.

Mi profunda gratitud a mi familia. Por vuestra presencia, comprensión y ánimo durante todo este tiempo. A Manuel, por tu dedicación a todo, por tu amor y humor. A Àlex, Joan y Luna, vuestro ejemplo me ha dado fuerzas. A Maite y Quino, por todo lo bueno que aprendo de vosotros. A mi madre y a mi padre, por vuestra generosa ayuda durante todos estos años.

Mi reconocimiento y recuerdo a todas las personas que han sido importantes en mi historia de vida profesional y académica: mis antiguas profesoras de l'Escola Universitària d'Infermeria de Bellvitge, mis compañeras/os de la ABS Can Serra y mis colegas de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. El interés por ahondar en el conocimiento debo agradecerse a todas ellas y todos ellos.

Mención especial merecen mis compañeras de l'Escola Superior d'Infermeria del Mar; en la realización de esta tesis hemos estado implicadas todas. Quiero agradecer, de forma especial, el ánimo y apoyo de Mercè Serra Galceran, ella plantó la semilla de la presente investigación; de Magda González Soriano, ella me acompañó en una parte del camino; de Paloma Garcimartín Cerezo, su tesón en su trabajo ha sido un continuo estímulo en el mío.

Agradezco también, el cordial recibimiento y apoyo de mis compañeras/os de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona. Su colaboración, durante este curso, ha sido el envite definitivo para concluir la presente tesis. A mi tutora, Teresa Icart Isern, por su asesoramiento. Al equipo directivo de l'Escola y al Departament de Salut Pública, Salut Mental i

Maternoinfantil. De igual manera, a la dirección del programa de doctorado en Ciències Infermeres.

Mi agradecimiento a las enfermeras y médicas/os de l'Equip d'Atenció Primària Raval Nord, l'Equip d'Atenció Primària Raval Sud y l'Equip d'Atenció Primària de Pallejà, por su interés y colaboración en facilitarme el contacto con los participantes en el estudio. Agradezco especialmente la ayuda de Montse Vázquez Archilla.

Finalmente, mi especial agradecimiento a las personas participantes en la investigación, ha sido un placer compartir tantas horas de trabajo de campo.

A todas y a todos, mi más sentido agradecimiento.

RESUMEN

Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años. Una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender.

Introducción: El Modelo de Promoción de la Salud de N. Pender representa la naturaleza multidimensional de las personas en interacción con su entorno interpersonal y físico. Las conductas promotoras de salud son el resultado de acciones dirigidas a obtener una situación de salud positiva, de bienestar óptimo y de logro personal. La práctica de actividad física, como comportamiento que promueve un buen envejecimiento, requiere ser estudiada como un fenómeno complejo, desde la perspectiva de las vivencias de las personas.

Objetivos generales: Aportar evidencia sobre los factores que condicionan la adopción y el mantenimiento de la actividad física como conducta promotora de la salud. Ampliar y corroborar las proposiciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud de Pender.

Metodología: Se ha desarrollado una metodología de investigación cualitativa, basada en el paradigma constructivista, la perspectiva teórica de la fenomenología y los procedimientos de análisis de la teoría fundamentada. Se entrevistaron 25 participantes, mujeres y hombres, entre 45 y 75 años, de un entorno urbano y semiurbano.

Resultados: Los factores personales biológicos psicológicos y sociales, afectan a la capacidad y disposición de los participantes, para realizar actividad física. La experiencia previa de realización de ejercicio facilita la construcción de conductas activas, durante la madurez y la vejez. Los conocimientos y creencias sobre los beneficios y las barreras para la realización de actividad física, influyen en la decisión de los participantes de iniciarla. La percepción positiva de autoeficacia y los aspectos afectivos en la realización de ejercicio, son esenciales para el mantenimiento del mismo. Su ausencia actúa desmotivando para el desarrollo de la conducta. Las demandas inmediatas y las preferencias que compiten con la decisión de realizar ejercicio, no inciden en el compromiso con el mismo. La familia, los profesionales de la actividad física y los profesionales sanitarios, condicionan la motivación de los participantes para mantenerse activos e interaccionan potenciando o disminuyendo el compromiso. Un entorno seguro y con recursos para el ejercicio, es percibido como condicionante de la adquisición de hábitos de mayor actividad física. **Conclusiones:** Las características y experiencias individuales y las cogniciones y afectos son factores que se condicionan mutuamente e intervienen en la decisión de realizar ejercicio. Los factores contextuales son determinantes para el desarrollo de actividad física. Ambos aspectos se han manifestado, en la presente investigación, de forma diferencial al MPS. Se corrobora el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, como marco referencial para explorar los factores mencionados y sus relaciones.

ABSTRAT**Perception of factors affecting physical activity in people aged 45 to 75. An interpretation based on Pender's Health Promotion Model.**

Introduction: N. Pender's Health Promotion Model represents the multidimensional nature of persons interacting with their interpersonal and physical environment. Health-promoting behaviors are the result of actions aimed to obtain a situation of positive health, optimal well-being and personal achievement. Maintenance of regular physical activity, such a behavior that promotes good aging, requires to be studied as a complex phenomenon, from people experiences perspective.

General aims: To provide evidence about the conditioning factors in adoption and maintenance of physical activity as a health-promoting behavior. To expand and corroborate Pender's health promotion model theoretical propositions.

Methodology: A qualitative research methodology, based on the constructivist paradigm, the phenomenology theoretical perspective and de grounded theory analysis procedures was developed. Twenty five participants, women and men, aged 45 to 75, from an urban and semi-urban environment were interviewed.

Results: Biological, psychological and social personal factors affect participant's physical activity capacity and willingness. Prior exercise experience facilitates the construction of actives behaviors, during adulthood and old age. Cognitions and beliefs about physical activity benefits and barriers influence participant's decision to start them. Positive perceptions of self-efficacy and exercise-related positive affect, are essential for their maintenance. Absence of them acts demotivating on the behavior development. Immediate competing demands and preferences don't impact on exercise commitment. Family, physical activity professionals and health professionals influence participant's motivation to maintain physical activity, and they all interact increasing or decreasing commitment to exercise. Environment safety and availability of exercise resources are perceived as determinants of physical activity habits. **Conclusions:** Individual characteristics and experiences, and cognitions and activity-related affect are mutually conditioned factors and involve in the decision to exercise. Contextual factors are decisive for the development of physical activity. Both aspects, in the present investigation, have been expressed in a differential way to MPS. Pender's health promotion model is corroborated as a framework to explore these factors and their relationships.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	
Contexto de la investigación.....	15
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
1.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	27
1.2. EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PENDER.....	37
1.2.1. Antecedentes	39
1.2.2. Asunciones y proposiciones teóricas.....	40
1.2.3. Factores que condicionan las conductas promotoras de salud	41
1.3. LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PROMOTORA DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	58
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	
2.1. PLANTEAMIENTO DEL TEMA DE ESTUDIO	77
2.2. OBJETIVOS GENERALES	79
2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	79
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. PARADIGMA.....	84
3.2. PERSPECTIVA TEÓRICA	87
3.3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	89
3.3.1. Ámbito del estudio, acceso a la muestra y muestreo	89
3.3.2. Características sociodemográficas y perfiles de los participantes ...	92
3.3.3. Técnicas de recogida de la información	93
3.3.4. Procedimientos y técnicas de análisis de los datos	95
3.3.5. Estrategias de rigor metodológico.....	101

3.3.6. Consideraciones éticas	102
3.3.7. Límites y potencial de la investigación.....	103

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS. METACATEGORÍAS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	116
4.1.1. Características y experiencias individuales	118
4.1.2. Cogniciones y afectos relacionados con la actividad física	137
4.1.3. Factores contextuales	175
4.2. RELACIONES ENTRE LAS METACATEGORÍAS. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL MPS	192

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

5.1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS	201
5.2. COGNICIONES Y AFECTOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA	202
5.3. FACTORES CONTEXTUALES	203

CAPÍTULO 6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

6.1. IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN ENFERMERA A LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDAD	207
6.2. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA	209
6.3. IMPLICACIONES PARA LA FORMACIÓN ENFERMERA	210

BIBLIOGRAFÍA	212
---------------------------	------------

ANEXOS.....	243
--------------------	------------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema adaptado del Modelo de Promoción de la Salud 42

Figura 2. Esquema de las relaciones entre las metacategorías 117

Figura 3. Categoría: Factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales y sus subcategorías..... 119

Figura 4. Categoría: Beneficios percibidos de la AF y sus subcategorías 139

Figura 5. Categoría: Barreras percibidas para la AF y sus subcategorías..... 147

Figura 6. Categoría: Autoeficacia percibida para la AF y sus subcategorías 152

Figura 7. Categoría: Afecto relacionado con la AF y sus subcategorías 160

Figura 8. Categoría: Demandas inmediatas que compiten con la AF, preferencias y sus subcategorías..... 172

Figura 9. Categoría: Influencias interpersonales y sus subcategorías 176

Figura 10. Categoría: Influencias situacionales y sus subcategorías 186

Figura 11. Esquema de las metacategorías, categorías, subcategorías y sus interrelaciones 193

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil de actividad física de los participantes 93

Tabla 2. Datos sociodemográficos y perfil de los participantes 94

Tabla 3. Subcategorías, categorías y metacategorías..... 100

Tabla 4. Tabla de las referencias de unidades de significado 108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frecuencia de las categorías de la metacategoría: Características personales y experiencias individuales 118

Gráfico 2. Frecuencia de las categorías de la metacategoría: Cogniciones y afectos específicos de la actividad física..... 138

Gráfico 3. Frecuencia de las subcategorías de la metacategoría: Factores contextuales 175

INTRODUCCIÓN

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La idea de vejez. Breve recorrido histórico y conceptual

¿Nos percibimos envejeciendo? ¿Cómo es ese proceso de autopercepción? ¿Se envejece de golpe o es un proceso lento que permite una adaptación progresiva?

Sin duda alguna el tema de la vejez ha estado siempre presente en el pensar y el vivir de los humanos. La vejez, para muchas personas, es reconocida a partir del tiempo acumulado, como una indicación del tiempo pasado, independientemente del significado que ello tiene en cada cultura en un momento histórico concreto (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández., 2009). Las definiciones de vejez han sido variadas y formuladas desde diferentes disciplinas y de manera distinta según el momento histórico (Brigeiro, 2005). En el campo de la filosofía, Cicerón, en el siglo 1 a. C., en su obra *De Senectute*, ya presentaba lo que se podría considerar una visión alentadora del envejecer. Sin embargo, a lo largo de la historia las concepciones de la vejez no han sido nunca uniformes y han oscilado entre la consideración de ella como un bien social, como una parte importante para la comunidad, a la que se le atribuía la sabiduría, las capacidades en el campo de la política y la filosofía (García, 2003), a visiones más negativas en las que se interpretaba como algo indeseable frente a las bondades de la juventud. Estas representaciones sociales se han ido gestando y alternando a lo largo de la historia de la humanidad y continúan apareciendo en el discurso actual sobre el tema (García, 2003). Así, Améry, en su libro *Revuelta y Resignación. Acerca del envejecer* (1968) y De Beauvoir en su obra *La Vejez* (1970), presentan una mirada que resalta más los aspectos negativos del envejecer. Mientras que autores como Norberto Bobbio, en su obra también titulada *De Senectute* (1997), hace una aproximación mucho más realista de lo que supone hacerse viejo/a. Los autores anteriores pueden ser un ejemplo de la evolución histórica, desde la

filosofía, de aportaciones hechas en primera persona, desde la propia estancia en la vejez, que orientan en la búsqueda de respuestas a las preguntas formuladas.

Al igual que la variedad de representaciones sociales de la vejez, ocurre lo mismo con su conceptualización, aunque los diferentes conceptos han compartido tres dimensiones (Ramos et al., 2009). La dimensión biológica, implícita en definiciones en las que la vejez se contempla en función de un patrón de referencia cronológico o a partir de los cambios anatomofisiológicos. La dimensión psicológica incorporada en las definiciones en que se indican los cambios en los procesos psicológicos básicos y en la personalidad. Por último, la dimensión social se ve reflejada en las conceptualizaciones desde la demografía, la sociología e incluso la economía, que plantean los cambios en la visión y el papel que se asigna a las personas en un grupo determinado (Ramos et al., 2009).

El umbral de la vejez se ha ido retrasando en los últimos veinte años de manera que hoy la persona sexagenaria sólo se considera vieja en sentido administrativo, por haber llegado al momento en que puede jubilarse y tiene derecho a cobrar una pensión. Es, esta, una perspectiva cronológica de la vejez. En cambio, la vejez fisiológica e incluso la social, más allá de la laboral, comienzan, en la actualidad, cuando las personas se acercan a los ochenta. Por lo que se refiere a la edad psicológica, el desarrollo humano continúa mientras siguen produciéndose las transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural (Fernández-Ballesteros, 2000). En el balance entre desarrollo y deterioro existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas. Así, durante la infancia y la juventud se producen el máximo de cambios positivos, durante la adultez se da una cierta estabilidad y no es hasta entrados los 70 años, que se empiezan a experimentar declives considerables (Heckhausen, 1997).

Este desplazamiento de la etapa de la vejez ha obligado a reconsiderar las etapas tradicionales del curso de la vida, de manera que tras la infancia, la juventud y la madurez, no se puede hablar de la vejez sin más. A no ser que el período de la madurez se extienda más allá de los 65 años y que incluso se diferencien subetapas de la vejez (Brigeiro, 2005).

De la madurez a la vejez: la vivencia de envejecer saludablemente

A partir de la publicación de los resultados de la investigación longitudinal, conocida como el estudio de Baltimore (Shock, 1984), se evidencia que las personas mayores son diferentes física y mentalmente entre ellas y envejecen a velocidades diferentes. Estas evidencias han ido contradiciendo las representaciones sociales existentes durante las últimas tres décadas, respecto del envejecimiento, en el sentido de que envejecer no supone mayoritariamente ni necesariamente disminución ni pérdidas. Esto, ha permitido que se hayan generado cambios de actitudes hacia el envejecimiento. Moñivas (1998) identifica tres factores que han venido posibilitando dicho cambio de actitudes. El primero se relaciona con un cambio epistemológico que ha facilitado, entre otros aspectos, centrarse en la persona como sujeto de estudio y no en las deficiencias; apreciar la diversidad del proceso de envejecimiento y tomar como objeto de estudio el envejecimiento normal a través del enfoque del Ciclo Vital, valorando cada etapa de desarrollo en sí misma y no por comparación con otras. Este aspecto se ha visto recogido en los planteamientos de las investigaciones respecto del tema, sobre todo en los estudios sobre el envejecimiento psicológico (Belsky, 2001; Ribera & Gil, 2002). El segundo factor que ha influido en la modificación de actitudes han sido las políticas de bienestar social que fueron impulsadas tras la segunda guerra mundial. En último lugar, Moñivas (1998) señala que el cambio en el autoconcepto de las personas mayores hacia visiones más positivas, ha contribuido a una mejor actitud social en torno al envejecimiento. En este sentido, la mayoría de las personas mayores perciben su vida pasada de manera positiva y valoran que su experiencia vital se ha acercado bastante a como les gustaría que fuese, ven que sus expectativas en la vida se han cumplido (Moñivas, 1998). La percepción subjetiva respecto a las expectativas vitales pasadas, influye en la forma de vida actual de las personas, de forma que percibir positivamente el modo de vida anterior supone, en etapas posteriores, afrontar la vida con un apoyo emocional consistente (IMSERSO, 2009). Para las personas mayores los aspectos de mayor satisfacción en sus vidas son su situación familiar, su salud o forma física, el tiempo libre del que disponen, su vivienda y su estilo de vida. Todos estos aspectos contribuyen a generar sentimientos positivos que prevalecen sobre

las pérdidas. Por otra parte, todas las emociones negativas expresadas por los mayores tienen relación con el declive físico (IMSERSO, 2009). La experiencia de envejecer se valora en positivo especialmente en cuanto a la percepción de libertad para decidir cómo vivir, mientras que la disminución de la capacidad para mantener la actividad física se valora como una experiencia negativa del envejecer (Encuesta Social Europea, 2006).

Desde una perspectiva sociocultural, también es apreciable la variabilidad mencionada anteriormente, de manera que, como indica Lehr (2002), se observan patrones de diferencias culturales en los procesos de envejecimiento de las personas y estos, a su vez, varían según el momento histórico, político y económico. Así, los resultados de las investigaciones son válidos temporalmente, ya que los cambios demográficos, los cambios que influyen en el estatus y las formas de tratar a las personas mayores pueden deberse a factores vinculados a la generación a la cual pertenecen, como las condiciones sociales y culturales del momento (Fericgla, 1992), los aspectos psicológicos (Fernández-Ballesteros, 2000) e incluso la situación biológica de las personas (Hayflick, 1999).

En el análisis del envejecimiento y la salud también deben considerarse otros aspectos vinculados a las nuevas generaciones de mayores. Las personas en etapas anteriores a la vejez ven ésta como un período más largo en el que se pueden desarrollar proyectos de vida y para los cuales pueden prepararse. Las personas mayores pueden plantearse su vida con mayores posibilidades, en la colaboración activa en la vida colectiva (IMSERSO, 2011). Sin embargo, hay que considerar que el desarrollo de estas posibilidades viene determinada por la situación de salud de las personas y ésta, a su vez, está condicionada en gran medida por el historial de estilo de vida que han desarrollado. Cada vez hay mayor evidencia en cuanto a que un estilo de vida insano está asociado con un mayor riesgo de discapacidad y el riesgo se incrementa progresivamente con el número de conductas insanas (Artaud, Dugravot, Singh-Manoux, Tzourio & Elbaz, 2013). Por otro lado, la actividad física, como conducta que forma parte del estilo de vida, realizada de forma habitual está considerada como una de las actividades que más contribuye al envejecimiento saludable y al mantenimiento de la calidad

de vida (Salinas, Cocca, Mohamed & Viciano, 2010). Si bien la responsabilidad principal en el mantenimiento de una vida saludable recae en las propias personas, el desarrollo de programas de promoción del envejecimiento activo se ha mostrado eficaz en la mejora del grado de satisfacción con la vida y en el desarrollo de hábitos nutricionales y de actividad física positivos (Fernández-Ballesteros, et al, 2005).

Dada la complejidad de los fenómenos explicados anteriormente, el estudio de los factores que contribuyen al envejecimiento saludable requiere de una perspectiva holística que contemple todos los elementos que intervienen. Si bien es innegable que acontecen pérdidas, también es cierto que hay ganancias, aunque para disminuir el impacto de las primeras y favorecer las segundas, cada vez más, se insiste en que la clave está en el mantenimiento de una vida activa en todas las dimensiones de la persona y a lo largo de todas las etapas del ciclo vital (Aparicio, Carbonell & Delgado, 2010; Jiménez, Martínez & Miró, 2008).

Envejecer activamente significa que las personas puedan desarrollarse con plenitud en todas sus dimensiones durante esta etapa de sus vidas, ejerciendo sus deseos, en base a sus capacidades y desarrollando sus propios recursos para mantener su salud y calidad de vida (Rivera et al., 2011). Estos planteamientos reflejan el desarrollo de una nueva perspectiva en torno al envejecimiento y el surgimiento de una visión más positiva del mismo, en consonancia con la perspectiva salutogénica, según la cual las personas y la comunidad disponen de sus propios activos de salud en la medida en que potencian su propios recursos (Rivera et al., 2011). Este enfoque orienta la salud hacia el desarrollo de capacidades para la comprensión y el aprendizaje continuo en todas las etapas de la vida (Lindström & Eriksson, 2010).

En la presente investigación se ha querido enfocar el tema de estudio intentando comprender los factores que intervienen en que las personas realicen o no actividad física, como una conducta que promueve el buen envejecer, sin prejuicios relacionados con la edad. Por este motivo se ha estudiado el amplio grupo etario que incluye la madurez y la vejez, respetando un posicionamiento filosófico-ideológico de la investigadora, de no prestarse a enfocar la

investigación manteniendo los estereotipos de separar de forma artificiosa a las personas en grupos etarios restrictivos.

La contribución enfermera a la promoción del buen envejecer

En el apartado anterior se han expresado algunos de los elementos principales que acontecen durante la adultez y la vejez en relación con el envejecimiento y que se podrían resumir en cuatro premisas principales, a efectos de interés para la presente investigación:

- a) Los sentimientos positivos de las personas prevalecen sobre las pérdidas.
- b) La mayoría de las emociones negativas expresadas por los mayores tienen relación con el declive físico.
- c) La actividad física a lo largo de todas las etapas del ciclo vital contribuye al envejecimiento saludable y al mantenimiento de la calidad de vida.
- d) Conviene orientar la salud hacia el desarrollo de capacidades para la comprensión y el aprendizaje continuo en todas las etapas de la vida.

Según Bonafont (1997), promover un buen envejecimiento significa orientar los cuidados enfermeros hacia la promoción y protección de la salud, movilizandolos recursos y potencialidades de la persona; el mantenimiento del máximo nivel de independencia; la prevención de las complicaciones derivadas del proceso de envejecimiento o de la enfermedad y la ayuda a desarrollar nuevas habilidades que permitan la adaptación a nuevas situaciones. Para ello, la autora, propone que las intervenciones enfermeras deben ir dirigidas a ayudar a las personas a aumentar sus conocimientos, habilidades y la motivación para que sean capaces, entre otras cosas, de mantener su funcionalidad, preservar su identidad y autoestima, establecer o mantener vínculos de relación y reducir la inactividad física, psíquica y social (Bonafont, 1997).

En esta línea, se podría valorar que algunas de las intervenciones de promoción y prevención desarrolladas por los servicios sanitarios, en especial las de Atención Primaria de Salud, pueden favorecer el enfoque de cuidados planteado por

Bonafont. En el marco de la presente investigación interesa mencionar las actividades preventivas relacionadas con la actividad física que, como se ha dicho, pueden contribuir a promover un buen envejecimiento. En este sentido, la Agència de Salut Pública de Catalunya, suscribió un acuerdo de gobierno en agosto de 2007, por el que se desarrollaba el Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES) que forma parte del Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS, 2007). El PAFES, es un programa de promoción de la salud desde la atención primaria, mediante el consejo y prescripción de actividad física. Es un programa interdepartamental realizado por el Departament de Salut y la Secretaria General de l'Esport de la Generalitat de Catalunya. Tiene por objetivo general mejorar la salud y la calidad de vida de las personas sedentarias, incrementando los niveles de actividad física de los adultos. Los objetivos específicos son:

- a) Incorporar la prescripción y el consejo de actividad física como herramientas terapéuticas de utilización en la atención primaria de salud.
- b) Actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales implicados, mediante la formación.
- c) Coordinar los recursos asistenciales de atención primaria y especializada, que pueden intervenir en el proceso de prescripción de la actividad física.
- d) Potenciar la utilización de equipamientos deportivos existentes en el territorio.
- e) Establecer canales de comunicación dentro de los equipos multidisciplinares.
- f) Impulsar la colaboración entre los diferentes sectores e instituciones comunitarios, trabajando conjuntamente con las administraciones locales.

El programa se desarrolla a tres niveles: *consejo* general para incrementar la AF y la vida activa, a través de la motivación y el refuerzo; *asesoramiento* continuado sobre las rutas saludables planificadas técnicamente para la realización de caminatas; *ejercicio supervisado grupal* en un equipamiento deportivo. Desde su implementación, se ha realizado formación a referentes enfermeros y médicos del 85% de las Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de Catalunya. Se han construido 647

rutas municipales para caminatas y se han constituido más de 65 grupos de AF supervisada en equipamientos deportivos. En el año 2011 se realizó la evaluación de programa y se observó que el sedentarismo había bajado de un 23,9% a un 19,1% (ESCA, 2011). En el grupo de edad de 56-74 años, que era un grupo diana en el programa, el descenso del sedentarismo fue del 34%. Por otra parte, se remarcó la buena participación de enfermeras y médicos en la valoración, consejo y registro de la actividad física en la historia clínica electrónica. El PAFES se ha consolidado como un programa de promoción de la actividad física que está dando buenos resultados en términos de mejora de las condiciones para mantener la salud de las personas y en cuanto a la participación de los profesionales de la salud en su desarrollo (ESCA, 2011).

Por otro lado, algunos autores señalan que la promoción de la salud no debe identificarse únicamente con la prevención de la enfermedad o con la actuación sobre determinadas conductas (Colomer & Dardet, 2000). Aun estando de acuerdo con ello, se considera que las intervenciones propuestas en programas como el citado anteriormente (PAAS, 2007), pueden considerarse actividades preventivas en cuanto que intentan tener efecto sobre las conductas del estilo de vida, pero también son estrategias de promoción de la salud, ya que tienen por finalidad empoderar a las personas, a partir de la información y la ayuda profesional, para que puedan mejorar tanto su propias conductas como el entorno en el que viven, con la intención de favorecer su salud y sus condiciones de vida (OMS, 1986; OMS, 2009; Rivera et al., 2011).

Como se ha señalado, la promoción de la salud lleva implícito el componente social, el cual, ha estado siempre presente en la perspectiva de la teoría y la práctica enfermera. Cabe recordar ahora, que la ciencia enfermera recoge en sus planteamientos teórico-filosóficos, la importancia del entorno de las personas como elemento que contribuye a la salud. Tanto es así, que en los modelos y teorías enfermeras se contempla como uno de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero descrito por Fawcet (2005). Pender (2011) lo define como el contexto social, cultural y físico en el que se desarrolla el curso de la vida. El entorno, según la autora, puede ser manipulado por las personas para

crear un contexto positivo y facilitador de conductas que mejoren la salud. En ello contribuyen las enfermeras, como profesionales que colaboran con las personas, las familias y las comunidades en crear las condiciones más favorables para la expresión óptima de la salud y altos niveles de bienestar (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

En la presente tesis, el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2011), ha guiado la investigación condicionando el abordaje del problema a estudiar, la metodología y los instrumentos utilizados. A la vez, la investigación ha contribuido a la realización de un análisis crítico del propio modelo. Se suscriben, pues, las palabras de Benner (1987) cuando afirma

En el marco de una ciencia aplicada, el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes, perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada a la que antes aludíamos.

CAPÍTULO 1.
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Los efectos de la actividad física en los individuos se han estudiado y analizado desde diferentes perspectivas y disciplinas. La presente investigación se centra en la disciplina enfermera y su planteamiento de la promoción de la salud, específicamente en la actividad física como promotora del bienestar biopsicosocial en personas mayores y de mediana edad. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender¹, es, entre los distintos modelos enfermeros, el único que aborda la promoción de la salud de los individuos (Marriner et al., 2007).

En el marco teórico que sustenta la presente tesis se desarrollan tres aspectos fundamentales:

- La promoción de la salud como constructo genérico.
- La asunción de los principios de la promoción de la salud en el MPS.
- El estudio de la actividad física como conducta promotora de salud en el envejecimiento, según los planteamientos del MPS.

1.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud tuvo lugar en 1986. Esta conferencia fue una respuesta a la demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo (OMS, 1986). En ella se elaboró la conocida como Carta de Ottawa orientada hacia la consecución del objetivo *Salud para Todos en el año*

¹ En adelante MPS

2000, donde se definió la promoción de la salud como un proceso que permite “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (OMS, 1986).

En la Carta de Ottawa (OMS, 1986) se orienta a las naciones sobre cómo participar activamente en la promoción de la salud de los individuos y se identifican cinco estrategias principales:

- a) La elaboración de una política pública sana. Promover la salud significa orientar la acción más allá del cuidado de la salud. Se entiende que los responsables de elaborar los programas políticos han de contemplar la salud como principal en todos los niveles y sectores sociales, con la intención de que tomen conciencia de las consecuencias que sus decisiones tienen para la salud y de que asuman la responsabilidad en dicha materia.
- b) La creación de ambientes favorables. La salud no puede entenderse sin considerar que las personas están unidas a su entorno y dependen de él para su bienestar. Las formas de vida, de trabajo, de ocio y el medio ambiente, afectan de forma significativa a la salud. Todas ellas deben ser una fuente de salud para la población y por tanto deben constituirse de forma que contribuyan a una sociedad saludable.
- c) El refuerzo de la acción comunitaria. La promoción de la salud radica en la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en la elaboración de estrategias para la mejora de la salud. Esto requiere de un acceso total a la información y a la formación de la comunidad en los aspectos sanitarios.

- d) El desarrollo de aptitudes personales. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporciona educación sanitaria y favorece las aptitudes óptimas para la vida. De esta manera se aumenta la capacidad de la población para ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente.
- e) La reorientación de los servicios sanitarios. La promoción de la salud es una responsabilidad compartida por los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud y para ello debe dar una nueva orientación que sea sensible a favorecer en las comunidades la necesidad de una vida más sana; a prestar mayor atención a la investigación sanitaria y a la formación.

Desde ese momento, en todas las conferencias internacionales posteriores, la promoción de la salud se ha considerado como una corriente innovadora y se ha recomendado a los gobiernos la necesidad de incluir a los individuos, las comunidades, la sociedad y las organizaciones internacionales, en el desarrollo de la misma (OMS, 2006). Expresamente, en la VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Nairobi de 2009, veinte años después, se reafirman los valores y estrategias para la promoción de la salud ya establecidas en la carta de Ottawa (OMS, 2009).

Las diversas definiciones de Promoción de la Salud derivan de enfoques complementarios sobre los factores o aspectos que intervienen en la salud de las personas. Así, O'Donnel la considera el arte y la ciencia de ayudar a las personas a descubrir las sinergias entre los deseos y el bienestar, mejorando sus motivaciones para esforzarse y apoyándoles en el cambio de sus estilos de vida para avanzar hacia un estado óptimo (O'Donnel 2009). La salud óptima es un equilibrio dinámico entre las dimensiones física, emocional, social, espiritual e intelectual. Para Labonté y Litte (1992), la promoción de la salud se considera como una actividad o programa para mejorar las condiciones de vida social y ambiental de manera que aumenten la percepción de bienestar de las personas.

Nutbeam (1986) la define como una forma de capacitar a las personas para que puedan aumentar el control sobre los determinantes de la salud y mejorarla. Downie, Tannahill & Tannahill (2000), relacionan la educación para la salud, la protección de la misma y la prevención de la enfermedad e indican que la promoción incluye los esfuerzos por aumentar la salud positiva, que engloba la calidad de vida y el bienestar. Colomer & y Dardet (2000) consideran que la promoción de la salud necesita de la participación intersectorial del conjunto de la población, ya que la contemplan como un bien público que requiere un proyecto social y político.

Desde la publicación del informe Lalonde (1974) se entiende que hay múltiples factores que intervienen en la salud de las personas y las comunidades. Dichos factores tienen un peso específico y actúan de forma conjunta y relacionada condicionando el bienestar de la población. Los factores descritos por Lalonde son, la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. La biología humana hace referencia a la herencia genética, a los procesos de maduración y envejecimiento y a los complejos sistemas internos físicos y mentales. Se estima que este factor, como condicionante, del conjunto, representa un 27%. El medio ambiente se entiende como todos los factores del entorno humano que no forman parte de la biología humana y sobre los cuales el individuo tiene poco o nada de control como los alimentos, los medicamentos, el agua, el aire. Se le atribuye un peso específico del 19% en su participación como condicionante de la salud. El estilo de vida, se entiende como el conjunto de comportamientos que las personas deciden adoptar de forma individual, sobre los cuales tiene cierto control y que pueden afectarle. Es el factor que mayor peso tiene como condicionante y se calcula en un 43%. El sistema de atención sanitaria, se conceptualiza como el conjunto de políticas, actividades, prácticas médicas y enfermeras desarrolladas en pos del bienestar de las personas. Su participación como condicionante se estima en un 11% (Lalonde, 1974).

Dahlgren & Whitehead (1991), en su teoría socio ecológica de la salud, describen los factores que la condicionan, situándolos en capas concéntricas, donde los aspectos biológicos de los individuos son elementos personales que, junto a los

factores del estilo de vida, las redes sociales y las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, condicionan la salud.

Los comportamientos constitutivos del estilo de vida y el entorno social son considerados como los factores que más influyen en la salud de las personas y son la clave de cualquier avance en materia de salud (Marmot, 2006).

Los cambios en el estilo de vida pueden ser facilitados a través de la combinación de experiencias de aprendizaje que mejoran la conciencia, incrementan la motivación y desarrollan habilidades a través de la creación de oportunidades que abren el acceso a entornos más saludables (OMS, 2009).

La OMS ha definido *estilo de vida* como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Se identifica, también como el conjunto de patrones de conducta que son característicos de la manera general de vivir de las personas o grupos. El estilo de vida saludable es el que facilita el tener una buena calidad de vida, además de contribuir a aumentarla (OMS, 1986).

El centrar la mirada en las modificaciones del estilo de vida es una de las estrategias que mayormente se utiliza por parte de los profesionales de la salud de atención primaria en los países desarrollados, considerando que es sobre la cual se tiene cierto grado de capacidad de intervención.

Las acciones orientadas a facilitar que las personas adopten o mantengan un estilo de vida saludable requieren considerar algunos principios (Marqués et al., 2009):

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso de cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.

- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

Si bien la responsabilidad individual en cuanto a la elección del estilo de vida es innegable, el resto de factores tienen un peso específico, además de que actúan sobre la capacidad de respuesta de los individuos (Buck, 1996). Cabe, pues, prestar igual atención a las condiciones personales que facilitan las conductas saludables y a los factores del entorno social, así como a las políticas sanitarias públicas que priorizan la promoción de la salud. El propio sistema sanitario debería organizarse en torno a la promoción, contando con la participación de la comunidad y adoptando las medidas adecuadas de forma intersectorial, dándole una dimensión ecológica en el sentido de incluir el entorno social, económico y físico (Green & Kreuter, 1999).

Por otro lado, si se atiende al concepto que las personas tienen de la salud, éste va cambiando a lo largo de la vida. Los adultos mayores mantienen una concepción que integra el bienestar físico, mental, social y espiritual. Además, los determinantes percibidos difieren entre hombres y mujeres (Denton, Prus, & Walters, 2004). El contexto estructural y social de hombres y mujeres ha sido documentado como el mayor determinante de las diferencias de género y juega un mayor papel en las mujeres (Belhadj & Touré, 2008). De nuevo se hace evidente la multidimensionalidad de la salud y de la percepción de la misma y se comprende que cambios positivos en alguna de dichas dimensiones redundan en beneficios para las personas (Benson, 1996).

El marco que sirve de referencia en el ámbito de la promoción de la salud, desde la conferencia de Ottawa, es el modelo salutogénico de Antonovsky. Es un modelo centrado en la óptica no patogénica, que proporciona una visión de salud positiva (Antonovsky, 1996). Este modelo deriva del conocimiento desarrollado desde las ciencias sociales y de la salud pública. Se centra en dar valor a lo que se ha denominado *activos para la salud* (Antonovsky, 1996). Se presenta como paradigma para la investigación y la práctica y se centra en la resolución de problemas, la identificación de los recursos para una salud positiva y la capacidad de las personas para orientar sus vidas (Lindström & Eriksson., 2010). El enfoque de salud positiva en la promoción de la salud se entiende como aquello que hacen las personas, las familias y la comunidad para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla (Hernán, 2012). Esta perspectiva reorienta el enfoque hacia los activos de salud de las personas y la comunidad en la medida en que potencian sus propios recursos (Rivera, Ramos, Moreno & Hernán, 2011).

Aunque los indicadores de mortalidad y morbilidad continúan siendo muy utilizados, la evidencia muestra que los factores sociales del contexto donde viven las personas, determinan su bienestar y calidad de vida. Desde esta perspectiva positiva, se enfatizan además, como indicadores de salud, las fortalezas, los recursos, las potencialidades y las capacidades de los individuos y grupos, asumiendo que hay maneras complementarias de considerarlos (Rivera et al., 2011). La salud no puede ser separada de las condiciones de vida, del barrio donde se vive, de las relaciones sociales, de la alimentación, del trabajo, etc. Ya que todos ellos pueden influir positiva o negativamente en ella (OMS, 1986).

La perspectiva salutogénica nace de los estudios que plantean de qué manera las personas logran mantenerse sanas a pesar de estar expuestas a factores perjudiciales (Lindström et al., 2010). Se centra en el mantenimiento e incremento del bienestar a través de los llamados *recursos de resistencia* individuales, grupales y comunitarios y en todo lo que fortalece y sirve a las personas para comprender, dirigir y encontrar sentido a lo que acontece en sus vidas. Esto, les permite tomar conciencia de lo que son capaces de hacer por ellos mismos y de lo que se debe cambiar socialmente. Este enfoque orienta la salud hacia el desarrollo

de capacidades para la comprensión y el aprendizaje continuo en todas las etapas de la vida (Lindström et al., 2010).

La salud es un proceso inestable de autorregulación activa y dinámica. Como sistema que es, tiene tendencia al desequilibrio, a la desorganización y tiene la capacidad de reordenarse de nuevo. Por tanto la pérdida y recuperación de la misma se interpreta como un proceso natural de la vida (Antonovsky, 1996). Este planteamiento proporciona una importante perspectiva a través de la cual se pueden entender qué aspectos resultan favorables y positivos para el mantenimiento del continuum salud-enfermedad, en el que las personas se sitúan en diferentes puntos en diversos momentos de su vida, sin llegar a tener el máximo de una ni de otra (Antonovsky, 1996).

Los *recursos de resistencia* descritos por Antonovsky son los hábitos de salud, la autoestima, los conocimientos, el dinero, la experiencia, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia y la visión de la vida. Todos ellos contribuyen a la creación de un *sentido de coherencia* entre la vida interior y el mundo exterior, entendiendo que ello es la verdadera fuente de salud de las personas. (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005).

El desarrollo de la práctica sanitaria, hasta no hace muchos años, ha dirigido la atención a desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad. La detección precoz, como medida de prevención secundaria, es extremadamente importante, pero está basada en un modelo de atención centrado en la enfermedad (Porta et al., 2007). La promoción de la salud y la prevención primaria han mostrado beneficios substanciales en la mejora de la calidad de vida y la longevidad de las personas. En contraste con la prevención secundaria, la promoción y la prevención primaria se basan en modelos comportamentales o sociopolíticos de los cuidados de salud. Como indican Porta y Hernández (2007), la única prevención en sentido estricto es la prevención primaria. Es la única que previene la aparición de la enfermedad y por tanto la única que disminuye la incidencia de la misma. Es la que actúa sobre las causas que conducen a la enfermedad o al desarrollo de conductas que favorecen la enfermedad. El objetivo de mejorar el

bienestar de la población es mayormente asumible enfatizando la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo de la vida (OMS, 1986).

En el informe de la OMS *La atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca*, se enfatiza la necesidad que la Atención Primaria participe de las propuestas relacionadas con la promoción de la salud, en las personas de diferentes grupos de edad. De igual manera se plantea la conveniencia de combinar estrategias de intervención para abarcar los múltiples condicionantes de la misma (OMS, 2008).

Uno de los elementos que cabe considerar al desarrollar propuestas que promuevan la salud, es que la atención orientada a las personas es necesaria, pero es insuficiente. Sobre todo en lo referente a determinadas conductas, que son adquiridas en el entorno de la comunidad. El concepto *comunidad* ha sido definido de múltiples maneras y desde diversos enfoques. La OMS la definió como un cuerpo colectivo de individuos, identificados geográficamente, con intereses comunes, preocupaciones y valores (OMS, 1974). Una comunidad puede ser considerada una asociación, una autogenerada reunión de gente común o ciudadanos, los cuales tienen la creatividad y la capacidad para resolver problemas (McKnight, 2002). En ambas definiciones se alude a una dimensión estructural, ubicada geográficamente y a una dimensión funcional de personas interactuando y compartiendo intereses comunes.

La comunidad en la que las personas viven, trabajan y estudian, es importante para la promoción de la salud. El contexto comunitario hace referencia a la interdependencia que existe entre los diversos aspectos de un entorno dado. Así, el contexto engloba las instituciones sociales y recursos de la comunidad y las relaciones sociales (OMS, 2008).

Un entorno de riesgo para la salud es un ejemplo en el que los factores interactúan para incrementar las oportunidades de conductas insanas y daños. Según Rhodes (2004), dichos factores tienen dos dimensiones claves: el tipo de influencia del entorno (física, social, económica) y el nivel de influencia del entorno (macro nivel o micro nivel). Un ejemplo del entorno físico que puede incrementar el

riesgo o disminuir los esfuerzos de la promoción en salud, incluye la falta de saneamiento del agua, un elevado tráfico de automóviles y un deficiente sistema de transporte público. Como ejemplo de influencias a micro nivel se pueden considerar los valores y normas sociales. Mientras que aspectos como el género, la cultura y las políticas sociales, pueden considerarse como ejemplo de macro influencias que condicionan los riesgos para la salud (Rhodes, Plotnikoff & Courneya, 2008). El conocimiento de estos factores es necesario para crear un contexto medioambiental en el que los potenciales riesgos sean reducidos para maximizar el cambio a conductas saludables (Pender et al., 2011).

Por todo lo comentado, se advierte como importante ampliar la visión de la promoción de la salud, hacia un encuadre en el que, a la dimensión individual, se añada la comunitaria, ya que las intervenciones comunitarias tienen el potencial de desarrollar cambios en la población (Green & Kreuter, 2005). Los modelos comunitarios de promoción de la salud se basan, según Minkler, Walerstein & Wilson (2008), en cuatro asunciones: las comunidades forman comportamientos individuales, a través de valores y normas; las comunidades pueden movilizarse para cambiar conductas individuales, legitimando las conductas deseables y cambiando el entorno para facilitar nuevos comportamientos; la participación de los líderes de la comunidad es crucial para el empoderamiento de la misma²; los miembros de la comunidad deben tener sentido de la responsabilidad y control sobre el cambio planeado de los comportamientos, participando³ para promover cambios positivos (Minkler, Schauffer & Clements-Nolle, 2000).

Este enfoque de intervenciones sobre la comunidad para mejorar la salud de las personas, es el que se propone en los modelos ecológicos comunitarios. Las intervenciones de los profesionales de la salud, basadas en aproximaciones comunitarias, para promover la salud y prevenir la enfermedad, se han ido

² El empoderamiento de la comunidad es definido como un proceso de acción social, por el cual las personas y las comunidades son capaces de participar y de actuar, para transformar sus vidas y su entorno (Minkler, 2000).

³ La participación comunitaria es definida por Pender et al. (2011), como el proceso de tomar parte en las actividades, programas o discusiones, para promover los cambios planificados o mejorar la comunidad.

incrementando en la medida en que se ha ido comprendiendo la compleja etiología de los problemas de salud, las relaciones entre el individuo y su entorno y las limitaciones de focalizar sólo en las conductas individuales para promover la salud (Pender et al., 2011).

El MPS de Pender, se entiende en la presente tesis, como un modelo que contempla ambas perspectivas, la individual y la comunitaria.

1.2. EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PENDER

Las teorías y modelos sobre las conductas de salud intentan explicar las razones por las que las personas desarrollan conductas saludables y cómo estas logran cambiar conductas negativas. Para entender cómo se producen los mecanismos de cambio es preciso estudiar los mediadores o variables que intervienen y el proceso que siguen en el desarrollo de dichas conductas (Noar, Chabot & Zimmerman, 2008).

La tesis que se presenta toma como modelo teórico el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, que guía la práctica enfermera en este ámbito y orienta la interpretación de las conductas promotoras de salud, en concreto la de actividad física, tal como se especifica en los objetivos propuestos. Un extenso número de estudios han demostrado la validez y capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud en diversas conductas relacionada con el estilo de vida, entre ellas especialmente el ejercicio físico (Lusk, Ronis & Hogan, 1997; Shin, Yun, Pender & Jang, 2005; Hur, Pender, Jang & Kim, 2006; Stutts, 2002; Robbins, Pender, Ronis, Kazanis & Pis, 2004).

El término *conducta de salud* aparece con frecuencia creciente en la literatura relacionada y provoca un interés renovado en estos temas, motivado por el deseo de promover la salud personal y el bienestar más que por evitar la enfermedad (Nigg, Geller, Horwath, Wertin & Dishman, 2011). El MPS aparece en la literatura enfermera a principios de 1980. Fue planteado como marco para integrar las perspectivas enfermera y de las ciencias del comportamiento en los factores

que influyen las conductas de salud. Se postula como guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a las personas a participar en conductas dirigidas hacia la potenciación de la salud (Pender, 1982). A finales de 1980, el interés por la promoción de la salud continúa en aumento, así como la idea de salud como un estado positivo. En 1987 aparece la segunda edición del libro de Pender que favorece la publicación de estudios cuyo objetivo es determinar el potencial de los constructos del MPS para explicar y predecir las conductas de salud. En 1990 se publica la primera validación de la versión inicial del MPS (Pender, Walker & Sechrist, 1990) que posteriormente se modifica con la tercera edición en 1996, cuando se revisa el modelo a partir de los diversos estudios realizados, añadiendo tres nuevas variables que se mantienen actualmente (Pender, 1996; Pender, Murdaugh & Parsons, 2002, 2011).

Las conductas de salud pueden estar motivadas por el deseo de proteger la propia salud, evitando la enfermedad o por el deseo de incrementar el nivel de bienestar ya sea en presencia o ausencia de enfermedad. Para muchas conductas de salud ambos enfoques sirven como recursos motivacionales, sobre todo en adultos de mediana edad y en personas mayores. (Pender et al., 2002, 2011).

El desarrollo y evaluación de las intervenciones de promoción de la salud requiere de la comprensión previa de los mecanismos capaces de generar cambio de conductas y cómo éstas se mantienen (Pender et al., 2011). El conocimiento de los elementos y mecanismos descritos en las teorías sobre los cambios de conducta, que han mostrado su influencia en las conductas de salud, estructuran y hacen más efectivas las intervenciones de consejo que realizan las enfermeras (Pender et al., 2011).

Se considera que las personas tienen el potencial para dirigir los cambios necesarios en su vida, debido a su capacidad para el autoconocimiento, la autorregulación, la toma de decisiones y la solución creativa a los problemas que se le plantean. En definitiva, tienen el poder y las habilidades para modificar las conductas relacionadas con el estilo de vida (Pender et al., 2011). Este principio es el que establece la característica diferencial de este modelo en relación a otros dirigidos exclusivamente a afrontar los riesgos y que, a pesar de reconocer

también capacidades en los individuos, no admiten que éstas puedan desarrollarse en su propio beneficio (Prochaska & Velicer, 1997).

1.2.1. Antecedentes

Los modelos teóricos que explican las conductas humanas plantean su desarrollo como un proceso que acontece en el tiempo (Prochaska & Velicer, 1997). Las personas adquieren hábitos de comportamiento a lo largo de su vida, influenciadas por diversos factores ya sean familiares, del entorno, etc. Los cambios en la conducta, cuando esta es inadecuada, deben asumirse igualmente desde esta misma perspectiva temporal, teniendo presente que no hay una única teoría o modelo que abarque totalmente la complejidad que acompaña a los cambios de comportamiento (Prochaska & Velicer, 1997).

El MPS se inscribe en el grupo de modelos y teorías sociocognitivas, junto con el Modelo de creencias de la salud (Rosenstock, 1960), la Teoría de la acción razonada y la conducta planificada (Fishbein & Ajzen, 1980) y la Teoría sociocognitiva (Bandura, 1986) que estudian el comportamiento humano en lo que se refiere a la salud. El MPS integra los constructos de la teoría de Bandura y de la teoría de valores-expectativas (Feather, 1982).

Además de los planteamientos de los modelos referentes del MPS, en la presente tesis se han incorporado otras aportaciones derivadas de análisis críticos de los anteriores, que se consideran de interés en el estudio de los condicionantes de las conductas promotoras de salud. Así, hay enfoques que atribuyen al comportamiento un carácter contextual funcional es decir que consideran que los componentes comportamentales humanos (cogniciones, actitudes, creencias) se desarrollan en un contexto, cumplen una función y están mediados por fenómenos ambientales como las circunstancias sociales e individuales (Luciano, 1993). En el estudio de las conductas humanas es necesario comprender los fenómenos contextuales que causan las creencias, las actitudes de las personas y sus comportamientos (Moreno & Gil, 2003) y la relación entre ambos (Hayes &

Brownstein, 1986; Luciano, 1993). Cualquier planteamiento de intervención en promoción de la salud debe considerar el comportamiento humano como el desarrollo de procesos complejos, sujetos a factores individuales y sociales. Al igual que estos procesos se generan en el tiempo y en un contexto, las intervenciones de promoción de la salud requieren un tiempo de aplicación sujeto a las posibilidades que las personas tienen para incorporar comportamientos o cambiarlos (Nigg et al., 2011).

1.2.2. Asunciones y proposiciones teóricas

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender ilustra la naturaleza multifacética de las personas en interacción con su entorno interpersonal y físico intentando alcanzar un estado de salud óptimo. Las conductas promotoras de salud son el resultado de acciones dirigidas a obtener una situación de salud positiva, de bienestar óptimo, de cometido personal y de vida productiva. Se consideran como tales: la responsabilidad en la propia salud, el mantenimiento de una nutrición adecuada, la realización de actividad física, el control del estrés, el crecimiento espiritual y el mantenimiento de relaciones interpersonales positivas (Pender, 1996; Pender et al., 2002, 2011).

Los principales supuestos teóricos del MPS enfatizan el papel activo que tienen las personas en la modificación de su entorno y en la gestión de sus conductas de salud. Estos supuestos se postulan como (Pender, 1996):

1. Las personas aspiran a poder crear condiciones de vida que les permitan expresar su propio potencial humano.
2. Las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas dirigen su crecimiento hacia aquello que consideran positivo e intentan conseguir un equilibrio personal aceptable, entre el cambio y la estabilidad.

4. Los individuos buscan de forma activa modular su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformándolo progresivamente y siendo ellas mismas transformadas a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales de la salud forman parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de sus vidas.
7. Para el cambio de conducta son esenciales unas pautas interactivas de la persona con su entorno.

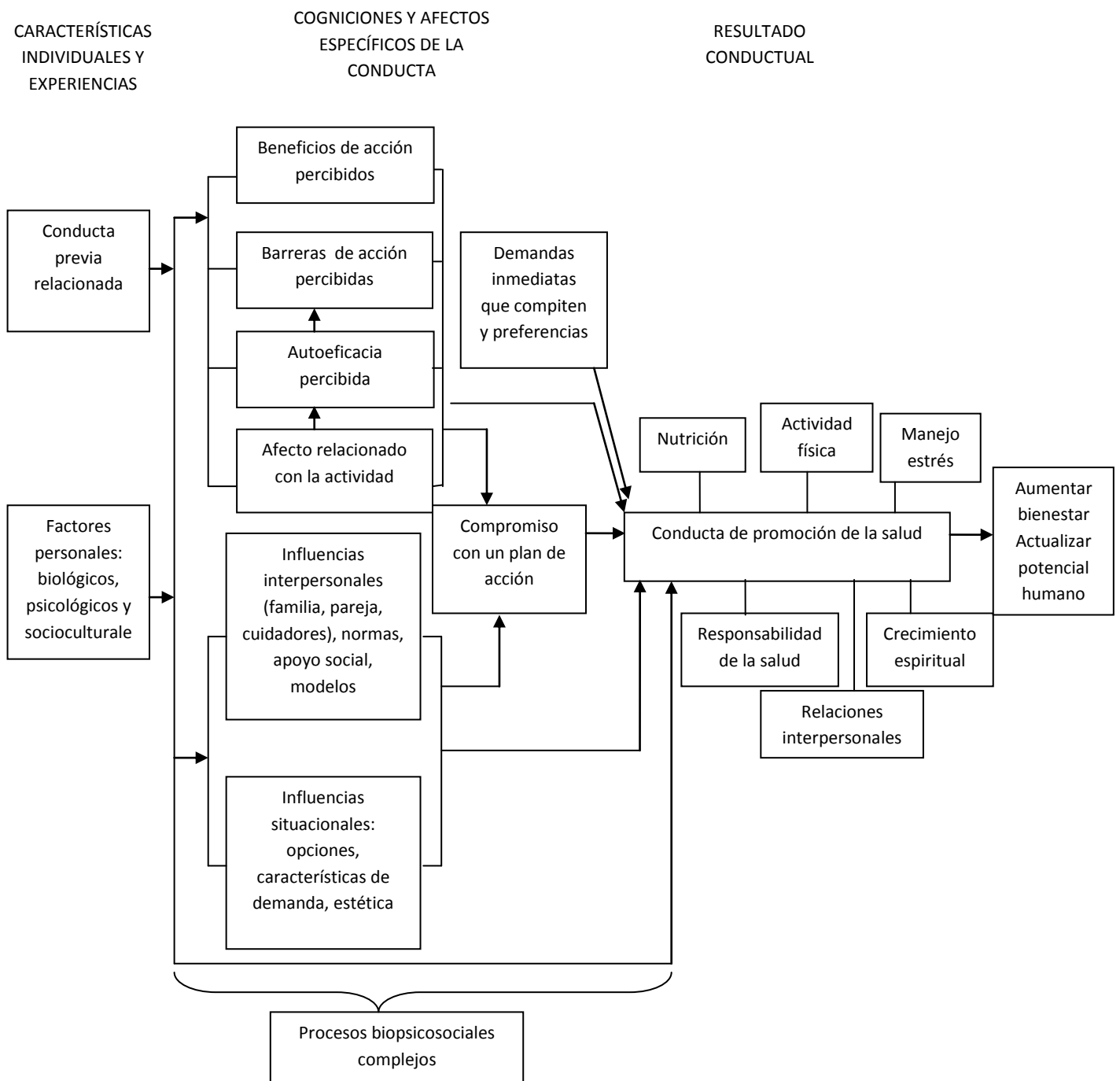
1.2.3. Factores que condicionan las conductas promotoras de salud

Existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a las personas para comprometerse con conductas destinadas al fomento de su salud. Estos procesos, que afectan al comportamiento en materia de salud, son enunciados como los diez factores condicionantes de las conductas promotoras de la salud, agrupados en tres grandes categorías (Pender, 1996), (Pender et al., 2002, 2011):

- a) Características individuales y experiencias.
- b) Cogniciones y afectos específicos de la conducta.
- c) Resultado conductual. Conducta promotora de salud.

El MPS señala como los principales determinantes de la conducta promotora de la salud los factores cognitivos y emocionales e identifica las características y experiencias individuales como factores que condicionan dichas conductas (Fig. 1).

Figura 1. Modelo de promoción de la salud. Adaptado de Pender, Murdaugh, & Parsons (2002).



Características individuales y experiencias

Cada persona tiene características personales y experiencias únicas que afectan a su forma de comportarse. El efecto que producen estas características en el resultado de la conducta depende del sentido que ésta tenga para el individuo. Los aspectos incluidos como características y experiencias personales son variables que pueden ser relevantes para una conducta de salud en particular y para un grupo de población específico, mientras que para otras conductas y grupos pueden tener menor implicación. Las características, heredadas y adquiridas, y la conducta previa influyen en las creencias, la afectividad y la promulgación de las conductas de promoción de la salud (Pender et al., 2002). En el MPS se identifican como *factores personales* (biológicos, psicológicos y sociales) y *conducta previa*.

Factores personales

Estos factores son predictivos de algunas conductas, según la importancia que para cada persona tenga la consecución de una determinada meta. Los factores personales pueden influir sobre las cogniciones y los aspectos afectivos y predecir determinadas conductas de salud y se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales.

Factores personales biológicos

Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

El género y la edad parecen ser dos de los factores personales relacionados con el mantenimiento de conductas saludables, de creencias de autoeficacia y de habilidades para el autocuidado. En mujeres ancianas parece haber mayor práctica de conductas saludables en general y mayores creencias de autoeficacia, aunque no de habilidades para el autocuidado (Callaghan, 2005).

La relevancia de los factores personales como predictivos de la realización de actividad física depende de la manera como sea considerada la naturaleza del objetivo de dicha conducta, es decir, del significado que tiene para la persona los efectos que prevé que le reporte la actividad física (Pender et al., 2011).

VARIABLES COMO LA EDAD Y EL SEXO SON LOS DOS FACTORES PERSONALES QUE SE CORRELACIONAN CON MÁS FUERZA CON LA CONDUCTA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS. LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FÍSICAS ES MAYOR ENTRE HOMBRES QUE ENTRE MUJERES Y DISMINUYE CON LA EDAD (Trost, Owen, Bauman, Sallis & Brown, 2002).

El índice de masa corporal se ha identificado como un factor personal que interviene en la realización de actividad física. Las personas con sobrepeso indican mayor percepción de inconvenientes para mantenerse activos, sobre todo a causa de su percepción de poca capacidad personal y lo interpretan como una barrera (Stutts, 2002). El sobrepeso o la obesidad constituyen una influencia negativa para la realización de actividad (Trost et al., 2002).

Factores personales psicológicos

Los factores personales psicológicos incluyen variables como la autoestima, la automotivación y el estado de salud percibido.

Un adecuado nivel de autoestima y de automotivación pueden contribuir a aumentar las conductas de actividad física y a mantener dichas conductas en el tiempo (Moreno, Gil & Blanco, 2006; Sicilia, Águila, Muyor, Orta & Moreno 2009). De la misma forma, el incremento en la actividad física se ha relacionado con el aumento de la autoconfianza de los adultos mayores, manteniéndose saludables e independientes (Whaley & Schrider, 2005).

La autopercepción de una persona juega un papel importante en su voluntad de iniciar un programa de ejercicio. La decisión de realizarlo y el tipo de actividad están condicionados por la forma como las personas se ven a sí mismas, desde las experiencias pasadas hasta la realidad actual. Aunque por razones de salud una persona haya sido alentada a realizar ejercicio, su propia autopercepción puede impedir que eso ocurra. De hecho, algunas personas pueden verse a sí mismas

como incompetentes incluso sin haberlo intentado (Whaley & Schrider, 2005). Los mismos autores indican que las esperanzas futuras de una persona pueden motivarla a realizar ejercicio, de tal forma que si desea ser independiente cuando tenga una edad avanzada, puede empezar antes a hacer ejercicio y mantenerse físicamente activo para lograr ese objetivo (Whaley & Schrider, 2005).

La motivación intrínseca y la autodeterminación son factores que incrementan la adherencia al ejercicio físico en personas que ya lo realizan, pero no influyen tanto en las personas que no lo hacen o que acaban de iniciarse (Rodgers, Hall, Duncan, Pearsons & Milne, 2010).

Los principales motivos para comenzar a realizar actividad física programada, en personas de más de 25 años, son la salud y la funcionalidad y especialmente en el grupo de personas mayores. Mientras que en personas adultas de mediana edad y jóvenes se otorga mayor importancia a la apariencia física, sobre todo las mujeres (Mullen & Whaley, 2010). Entre personas mayores también se ha identificado el deseo de sentirse mejor o la insatisfacción con el propio peso, como un factor facilitador de mantenerse activos (Stutts, 2002).

El estado de salud percibido es un factor que interviene en la disposición para desarrollar y mantener conductas saludables, de forma que en personas mayores, que se perciben con algún problema de salud o alguna disfuncionalidad, se evidencia una mayor práctica de conductas saludables y mayor percepción de autoeficacia, aunque se expresa una mayor dificultad para el autocuidado (Callaghan, 2006).

Factores personales socioculturales

Los factores personales socioculturales incluyen variables como la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico (Pender et al., 2011). Henderson & Ainsworth (2003), indican que las expectativas culturales de género que tiene una sociedad, influyen en lo que las mujeres acaban haciendo en todos los aspectos, algo que también ocurre en relación a la actividad física. En el estudio que las autoras realizaron con mujeres, de diversos entornos culturales

americanos, se evidencia que los factores socioculturales influyen en la realización de actividad física (Henderson & Ainsworth, 2003). Entre los más frecuentes se citan la percepción de falta de tiempo o la percepción de imposibilidad de realizar actividad física aunque haya oportunidades reales para ello.

La situación socioeconómica se relaciona directamente, en personas ancianas, con la capacidad para el autocuidado, con la percepción de autoeficacia y con la práctica de conductas saludables. Unos adecuados ingresos económicos (Callaghan, 2006) conjuntamente con el nivel formativo (Troost et al., 2002), se consideran determinantes importantes de la conducta de actividad física.

Conducta previa relacionada

La conducta previa relacionada son las experiencias anteriores, positivas y negativas, que se han tenido con respecto a una conducta determinada. Los estudios indican que a menudo el mejor predictor de una conducta es la frecuencia de la misma en el pasado (Shin et al., 2005). La conducta previa está directa e indirectamente relacionada con la probabilidad de iniciar conductas promotoras de la salud. Los efectos directos de las conductas pasadas, sobre las actuales pueden ser debidos a la formación de hábitos, predisponiendo a las personas a realizar la conducta de forma automática, prestando poca atención a los detalles específicos de su ejecución (Pender, 1996), (Pender et al., 2002, 2011).

Las conductas previas también pueden tener influencia indirecta sobre las conductas promotoras de salud a través de la percepción de la autoeficacia, de los beneficios, de las barreras y del afecto por la conducta (Pender et al., 2011). Si en el desarrollo de una conducta los beneficios son experimentados tempranamente es más probable que aquella se repita. Al contrario, las barreras para el desarrollo de una conducta son experimentadas y recordadas como obstáculos que es necesario salvar para llevarla a cabo con éxito. Cada incidente que ocurra durante su desarrollo va acompañado por vivencias emocionales o afectivas, de forma que

las percepciones afectivas positivas o negativas, justo antes, durante o después de la realización de la conducta, son retenidas en la memoria como información que se recupera cuando las personas se plantean de nuevo desarrollarla más tarde (Bandura et al., 1986). La conducta previa interviene en la construcción de los afectos y cogniciones de una conducta específica (Pender et al., 2011). Si se toma como ejemplo la actividad física, haberla realizado con anterioridad facilita el compromiso con un plan de ejercicios pautados (Shin et al., 2005) y es un gran predictor de la participación posterior en actividades físicas en personas mayores (Suh & Lim, 2000).

Según Pender, las enfermeras pueden ayudar a las personas a desarrollar un historial de percepciones positivas con determinadas conductas, focalizando los beneficios de estas, enseñándoles cómo salvar los obstáculos y consiguiendo mayores niveles de eficacia y afectos a través del desempeño de experiencias positivas y exitosas (Pender, 1996).

Cogniciones y afectos específicos de la conducta

El MPS considera las variables cognitivas y afectivas de gran significancia motivacional en el desarrollo de comportamientos saludables. Estos factores cognitivos y afectivos son considerados también por otros modelos teóricos que comparten el tronco común de las teorías sociocognitivas. Todos ellos intentan entender los mecanismos que promueven los cambios de conductas (Pender, 1996; Pender et al., 2011; Bandura, 1997, 2004; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Prochaska, 2011) y pretenden facilitar las estrategias de promoción de la salud (Nigg et al., 2011).

La relación entre los diversos factores que constituyen las cogniciones y afectos de la conducta es un aspecto importante en el planteamiento del MPS. Ninguno de estos factores es independiente de los demás y en conjunto configuran una explicación de lo que acontece en las personas, respecto de sus comportamientos en materia de mantenimiento de su salud (Pender et al., 2011). Constituyen el

núcleo crítico para las intervenciones promotoras de salud, ya que pueden ser modificables. Según Pender et al. (2011), valorar estas variables es esencial para facilitar y evaluar los cambios en las conductas como resultado de intervenciones enfermeras dirigidas a promover la salud.

Estos factores condicionantes de las conductas actúan de forma procesual, es decir, intervienen como procesos cognitivos y afectivos que utilizan las personas cuando intentan cambios en sus comportamientos (Pender et al., 2011). En este sentido se observa cierto paralelismo con los planteamientos del modelo transteórico de cambio de conducta, ya que son procesos que entran en acción en diferentes momentos y con diferente intensidad cada uno de ellos, dependiendo de la etapa de cambio en la que se encuentra la persona, respecto de una conducta determinada (Marshall & Biddle, 2001; Prochaska et al., 1983; Rhodes et al., 2008).

Otras aproximaciones teóricas al conocimiento de los fenómenos que intervienen en la adopción y mantenimiento de conductas ofrecen una explicación de la función que tienen las actitudes y las creencias. Según el modelo de creencias de la salud, factores como la percepción de susceptibilidad y la percepción de barreras son dos de las dimensiones de mayor relevancia en la explicación de varias conductas preventivas (McClure, Ludman, Grothaus, Pabiniak & Richards, 2009). Además, el sentimiento de confianza en las habilidades propias o autoeficacia para realizar una conducta, es considerado una variable explicativa de la misma (Rosenstock, Stretcher & Becker, 1988).

Por otro lado, las relaciones entre creencias y comportamientos, entre decir y hacer, han sido interpretadas como directamente causales. Sin embargo, las creencias y otros constructos psicológicos como las actitudes o las emociones no pueden considerarse como causas últimas de las conductas, en tanto que no son manipulables directamente. Han sido conceptualizados como conductas verbales que se adquieren a lo largo de la historia conductual de cada persona y que tienen funciones de control sobre otras conductas, verbales y no verbales (Moreno & Gil, 2003).

Algunos autores, en la línea explicativa anterior, consideran que hay fenómenos ambientales mediadores del comportamiento humano, como las circunstancias sociales e individuales y las contingencias, que intervienen en el desarrollo de las conductas, y que, como variables independientes que son, pueden ser modificables, se pueden predecir y controlar. Se trata, pues, de comprender los fenómenos contextuales que causan las creencias, las actitudes de las personas y sus comportamientos (Moreno et al., 2006) y la relación entre ambos (Hayes & Brownstein, 1986; Luciano, 1993) y no interpretar los comportamientos en función, únicamente, de los procesos cognitivos.

Como se aprecia, los diversos modelos explicativos sobre los factores cognitivos y afectivos que intervienen en los procesos de incorporación o cambio de conductas relacionadas con la salud, comparten planteamientos que han sido y están siendo reevaluados desde otros enfoques explicativos. Todos ellos pueden contribuir a un mejor conocimiento de los condicionantes de los comportamientos en materia de salud y al mejor desarrollo de estrategias de intervención profesional.

Beneficios percibidos de acción

Los *beneficios percibidos* son representaciones mentales de las consecuencias positivas o refuerzos de una conducta. Las expectativas de un individuo de participar en una conducta particular, depende de la anticipación de beneficios (Pender et al., 2011). La importancia motivacional de anticipar los beneficios se basa en los resultados derivados de experiencias personales previas de la conducta o de experiencias vicarias observadas en otras personas (Pender, 1996; Pender et al., 2011). Según Pender et al. (2002), las personas se comprometen a adoptar conductas que creen les comportan beneficios personales valiosos y tienden a invertir tiempo y recursos en actividades que tengan una alta probabilidad de incrementar sus experiencias o resultados positivos (Pender et al., 2002).

La magnitud de las expectativas de los beneficios y cómo éstos se prevean en el tiempo, determinan el grado de motivación para adoptar una conducta saludable y

para mantenerla en el tiempo personas (Pender, 1996; Pender et al., 2011). Este aspecto está relacionado con lo que en el modelo transteórico se considera *el proceso de aumento de la conciencia*, en referencia a la valoración que hacen las personas de las consecuencias que puede tener una conducta sobre su propia salud, especialmente cuando se encuentran en una etapa de desarrollo o mantenimiento de la conducta (Marcus, Rossi, Selby, Niaura & Abrams, 1992; Rosen, 2000; Dishman, Vandenberg, Molt & Nigg, 2010).

En el MPS los beneficios percibidos se proponen como directamente motivadores de una conducta, pero también como motivadores indirectos, determinando el grado de compromiso con un plan de acción para participar en las conductas de las cuales puede anticiparse un beneficio (Pender, 1996). Los beneficios previstos de una conducta pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Entre los primeros se pueden considerar aspectos como percepciones y sentimientos positivos de bienestar, el saberse sano o con mayores probabilidades de estarlo y el disminuir sensaciones desagradables. Entre los segundos se pueden incluir la previsión de constituir o mejorar relaciones sociales, el esperar una compensación económica o de mejora del estatus social. Los beneficios extrínsecos de cualquier conducta de salud pueden ser altamente motivadores en la fase inicial de adopción de la misma (Pender et al., 2011). Durante esta fase, que se podría identificar con las etapas de preparación y acción del modelo transteórico, el individuo tiene cierto grado de conocimiento de las ventajas de adoptar una conducta y muestra una mayor convicción respecto de las posibilidades y los factores motivadores externos contribuyen a tomar una decisión (Velicer, 1998).

Por otro lado, los beneficios intrínsecos pueden actuar con mayor intensidad en el mantenimiento de la motivación y por tanto en la adherencia a una conducta (Pender et al., 2011), aumentan la autoconfianza en la permanencia de la conducta adquirida y hay menor tentación de abandonarla (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998).

La importancia motivacional de los beneficios percibidos ha sido apoyada por la mayoría de los estudios en los que el MPS ha sido probado (Becerra & Díaz, 2008; Shin et al., 2006).

La creencia en los beneficios o las expectativas de resultados positivos se ha mostrado como una condición necesaria aunque no suficiente, para iniciarse en una conducta determinada (Pender et al., 2011).

Barreras percibidas de acción

El concepto de *barreras percibidas de acción* hace referencia a la percepción de imposibilidad, de dificultad para realizar la conducta por diferentes razones (Pender et al., 2011). Las barreras percibidas son una de las dimensiones consideradas por el modelo de creencias de la salud como de mayor poder para explicar y predecir varias conductas preventivas (Rosenstock et al., 1988).

Los beneficios y las barreras percibidas de acción pueden conceptualizarse como factores que condicionan el desarrollo de comportamientos saludables, ya que intervienen en la toma de decisiones. Las personas valoran las ventajas y los inconvenientes de la adopción de una conducta y, a través de la anticipación de los beneficios y de las barreras, ponderan las implicaciones del cambio (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, & Rakowski, 1994). Se ha observado un patrón predecible de la forma cómo se relacionan las ventajas y los inconvenientes con las etapas de cambio. La progresión entre etapas de cambio ocurre cuando aumentan los pros y disminuyen los contras de una conducta (Marshall & Biddle, 2001; Prochaska Redding, & Evers, 1996), es decir cuando los beneficios percibidos o anticipados compensan las barreras (Pender et al., 2002).

En el caso concreto del ejercicio físico, las barreras percibidas pueden constituir uno de los factores determinantes en no incorporarlo como conducta habitual. La falta de tiempo ha sido considerada una de las principales barreras identificadas, sobre todo en personas que son sedentarias, mientras que en personas activas no constituye una barrera que impida mantener la actividad (Stutts, 2002). La falta de tiempo vinculada a los compromisos laborales se ha mostrado como una de las barreras percibida más importante entre adultos (Zunft, Friebe, Seppelt, Widhalm, & Remaut de Winter, 1999).

Eyler, Baker, Cromer, King, Brownson & Donatelle (1998) exploran los modelos de actividad física entre mujeres de diferentes grupos culturales, concluyendo que las barreras del entorno más frecuentes, para llegar a ser físicamente activas, incluyen la seguridad, la disponibilidad y el coste. Mientras que las barreras personales más frecuentes son la falta de tiempo, las preocupaciones sobre la salud y la falta de motivación.

La percepción de dificultades de acceso y la percepción de características estructurales inadecuadas del vecindario, tales como la ausencia de parques, senderos para caminar y centros deportivos, son aspectos del entorno que se perciben como barreras que contribuyen a la disminución de la actividad en personas mayores (Whaley & Haley, 2008).

Autoeficacia percibida

La *autoeficacia percibida* se considera como la percepción de confianza en uno mismo, respecto de la capacidad para afrontar situaciones adversas para el cumplimiento de una conducta, sin dejar de cumplir con la misma (Pender et al., 2011). Este concepto se origina en la teoría sociocognitiva de Bandura (1977) quien la define como el juicio de la capacidad personal de organizar y llevar a cabo un particular curso de acción (Bandura et al., 1986). Aparece en el MPS definida como el mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre nuestra capacidad de realizar las acciones necesarias para obtener un efecto determinado (Pender, 1996). Otros autores han incorporado el concepto de autoeficacia en sus planteamientos teóricos sobre el comportamiento humano (Schwarzer & Renner, 2000; Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005).

Las percepciones de habilidad y competencia en un ámbito particular motivan a las personas a involucrarse en conductas que ven posibles. Los sentimientos de eficacia y habilidad favorecen que las personas se impliquen con mayor frecuencia que los sentimientos de ineptitud e inexperiencia (Pender, 1996; Pender et al., 2011).

El MPS propone que la *autoeficacia percibida* está influenciada por el *afecto relacionado con la actividad*, de forma que cuanto más positivo es éste, mayor es la percepción de eficacia (Pender et al., 2011). En realidad ambos son recíprocos, ya que percibirse autoeficaz incrementa el afecto por una actividad. Además, la autoeficacia influye en las barreras percibidas, de tal manera que la mayor eficacia lleva a una percepción menor de barreras para el desempeño de una conducta. La autoeficacia motiva directamente las conductas promotoras de salud a través de las propias expectativas de eficacia e indirectamente afectando la percepción de las barreras y el nivel de compromiso con un plan de acción (Pender et al., 2011).

En lo referente a la actividad física se ha demostrado, en población adulta, que la autoeficacia aumenta a medida que se progresa en las etapas de cambio y es un factor predictivo de la progresión a través de las etapas de acción y de mantenimiento y del paso de una a la otra. (Huang, Hung, Chang & Chang, 2009; Mori, Suzuki, Wang, Takaki, Takigawa, & Ogino, 2009).

Afecto relacionado con la actividad

Según Pender et al., (2011) *el afecto relacionado con la actividad* está constituido por las percepciones afectivas y emocionales positivas y negativas (relacionadas con la propia conducta, con uno mismo y con el contexto) que se aprecian, antes, durante o después de la realización de la conducta y que motivan al individuo a repetir o mantener su realización. Por tanto, la sensación resultante es probable que afecte a la repetición de la conducta o al mantenimiento a largo plazo (Pender et al., 2011). Las respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o intensas y están cognitivamente niveladas, son almacenadas en la memoria y se asocian con subsecuentes pensamientos sobre la conducta. El afecto asociado con una conducta refleja una reacción emocional directa o una respuesta visceral al pensar que puede ser positiva o negativa. Las conductas asociadas con afectos positivos es más probable que sean repetidas, mientras que aquellas asociadas con afectos negativos es probable que sean evitadas (Pender et al., 2011). Para algunas conductas, ambas sensaciones, positivas y negativas pueden ser inducidas.

El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que, cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia (Pender et al., 2011). Recíprocamente el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo que, a su vez, facilita el mantenimiento del compromiso con la actividad.

Influencias interpersonales

Las *influencias interpersonales* son cogniciones que implican las conductas, las creencias y las actitudes de otros (Pender et al., 2011). Incluyen normas (expectativas de las personas significativas), apoyo social (estímulos instrumentales y emocionales) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular) (Pender et al., 2011), que determinan la predisposición individual para participar en conductas promotoras de la salud. Las normas sociales establecen estándares de actuación que las personas pueden seguir. El apoyo social es entendido como un sentimiento subjetivo de pertenencia, de ser estimado, necesario y valorado por uno mismo. El modelado retrata los componentes secuenciales de una conducta de salud, de forma que puede ser imitada y es una estrategia importante para el cambio de conducta (Pender, 1996). El apoyo social es un gran predictor de que las personas inicien conductas de promoción de la salud (Adams, Bowden, Humphrey & McAdams, 2000).

El MPS propone que las influencias interpersonales afectan las conductas promotoras de salud, directa e indirectamente como elementos de presión social o de estímulo para comprometerse con un plan de acción. Las personas varían en las formas en que son sensibles a los deseos, ejemplos y alabanzas de los demás. Sin embargo, con la suficiente motivación, es más probable que las personas emprendan conductas (Pender et al., 2011). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales

Las *influencias situacionales* son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que pueden facilitar o impedir la conducta (Pender et al., 2011). Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud.

Según Pender et al., (2011) las personas se sienten atraídas para llevar a cabo conductas, de manera más competente, frente a situaciones o contextos que sienten compatibles y relacionados con ellos y aquellos que valoran como seguros. Los entornos que resultan interesantes son también contextos deseables para llevar a cabo conductas de salud (Pender et al., 2011). En el MPS, las influencias situacionales se conceptualizan como influencias directas e indirectas de las conductas de salud. El conjunto de estas puede afectar claramente a las personas ya que podrían ser indicativos de prohibición o de obligación de una determinada conducta de salud. Ambas situaciones refuerzan el compromiso con una acción saludable.

Las influencias situacionales se han considerado determinantes de la salud y pueden ser una clave importante para promover comportamientos saludables. Algunos autores han considerado el contexto ambiental de la vida de las personas de mayor influencia en las conductas que las propios eventos privados (creencias, pensamientos, cogniciones) (Moreno & Gil, 2003), de tal modo que entienden el comportamiento humano como ideográfico y dependiente del contexto donde tiene lugar y plantean que para la adopción de algunas conductas tiene mayor impacto la modificación del ambiente que la modificación de los pensamientos o creencias (Pérez, 2006).

Compromiso con un plan de acción

El *compromiso con un plan de acción* impulsa a las personas a la acción, a menos que haya exigencias que no puedan ser evitadas o preferencias a las que no se

pueda resistir. Cuanto mayor es el compromiso con un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo. Un fuerte compromiso puede disminuir la tentación derivada de demandas o preferencias contrapuestas (Pender et al., 2011).

En el MPS el compromiso con un plan de acción implica los siguientes procesos cognitivos subyacentes: compromiso de realizar una conducta concreta en un momento y lugar determinado, solo/a o con alguna otra persona, con independencia de las preferencias que compitan; e identificación de estrategias definitivas para iniciar, realizar y reforzar el desarrollo de la conducta.

Identificar estrategias específicas, para utilizarlas en diferentes momentos de la realización de las conductas, tiene como intención aumentar la probabilidad de la implementación exitosa del plan de acción. Por ejemplo, una estrategia contractual de compromiso puede mantenerse si se entiende que el acuerdo proporcionará una recompensa o refuerzo. Las estrategias se seleccionan de acuerdo con las preferencias individuales y la etapa del cambio (Pender et al., 2011).

Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos significativos para él/ella representan un modelo de conducta, cuando esperan que se produzca la conducta y cuando ofrecen ayuda y apoyo para permitirla. De igual modo, cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso con la acción (Pender et al., 2011).

Demandas inmediatas que compiten y preferencias

Las *demandas inmediatas que compiten* son aquellas conductas que representan una exigencia, sobre las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia (Pender et al., 2011).

Las *preferencias* son conductas alternativas que apetecen más y sobre las cuales los individuos poseen un control relativamente alto (Pender et al., 2011). El grado de resistencia a preferencias contrapuestas depende de la habilidad que tengan las personas para autorregularse. Las preferencias se diferencian de las barreras en que se basan en una jerarquía que se decide previamente a realizar una conducta. Ambas, demandas inmediatas y preferencias contrapuestas, pueden desencadenar un fallo en el cumplimiento del plan de acción establecido. Los individuos presentan variación en la habilidad para mantener la atención y evitar la interrupción de las conductas saludables, de manera que algunas personas pueden presentar mayor predisposición, incluso biológicamente, para mantener de forma más equilibrada el desarrollo de comportamientos. Inhibir las preferencias contrapuestas requiere el ejercicio de autorregulación y el control de las capacidades (Pender et al., 2011).

En el MPS las demandas inmediatas que compiten y las preferencias contrapuestas se proponen como directamente condicionantes de la probabilidad de que ocurra una conducta de salud y como moderadoras de los efectos del compromiso (Pender et al., 2011). Como describen Velicer, Prochaska, Rossi & DiClemente (1996) las personas experimentan cierta tentación o necesidad intensa de realizar una conducta contraria a lo que sería aconsejable, sobre todo cuando están en contextos en los que hay factores asociados a dicha conducta o situaciones que les afectan emocionalmente. Se han descrito tres tipos de situaciones tentadoras para abandonar una conducta sana recientemente instaurada: el afecto negativo o distrés emocional, las situaciones sociales tentadoras y el anhelo (Velicer Prochaska, Rossi & DiClemente, 1996). El progreso en las últimas etapas de cambio se puede ver alterado cuando aparecen tentaciones y éstas son predictivas del abandono de conductas saludables (Velicar et al., 1998), incluso en el contexto de la actividad física (Hausenblas, Nigg, Dannecker, Symons, Ellis & Fallon 2001).

Resultado conductual

La conducta promotora de salud

La conducta promotora de salud, es el punto final o resultado de una acción en el MPS. Es la decisión de llevar a cabo la conducta y prepararse para la acción, como punto final del comportamiento o resultado deseado de salud. Las conductas promotoras de salud, en particular cuando están integradas en un estilo de vida saludable, conllevan a una mejora en la misma, incrementando las habilidades funcionales y la calidad de vida, en todas las etapas de la vida (Pender et al., 2011).

Uno de los mayores retos para los profesionales de la salud es el de contribuir a que las personas incrementen las conductas saludables y disminuyan aquellas que comportan un riesgo o daño para la salud (Pender et al., 2011). Una de las conductas, que como ya se ha dicho, contribuye a mantener y mejorar la calidad de vida, es el mantenimiento de un estilo de vida activo y el desarrollo de una adecuada actividad física durante las diversas etapas del ciclo vital. Esta idea, que vincula actividad y salud, tiene que ver con la perspectiva del *envejecimiento activo*, entendido como las estrategias encaminadas a favorecer que las personas ejerzan mayor influencia sobre su bienestar y su salud (Walker, 2006). La actividad física es considerada por las personas mayores, como la estrategia que más se aproxima a la concepción que tienen de un envejecimiento activo (Stenner, 2010).

1.3. LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PROMOTORA DE LA SALUD Y DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La esperanza de vida en España ha tenido un aumento considerable en los últimos 40 años. La tasa de mortalidad ha ido disminuyendo durante todo el siglo XX en todos los grupos de edad y ello ha ocasionado que la esperanza de vida al nacer en la actualidad sea en España de 81,6 años y que las personas mayores vivan más tiempo que hace cien años (INE, 2008). Este factor, junto a la disminución de la

fecundidad, ha propiciado la aceleración en el incremento de la proporción de personas mayores. El aumento en la esperanza de vida a media vida, es notable en el grupo de mayores de 65 años, por lo que es de prever que durante la actual década se incremente más la proporción de personas mayores. Además, en España, la incorporación de la numerosa cohorte nacida entre la década de los 60 y los 70 del pasado siglo, se incorporarán al grupo de mayores a inicios de la tercera década del presente siglo. Ello contribuirá a aumentar aún más la proporción de personas mayores (EUROSTAT, 2010).

La relación entre envejecimiento poblacional e incremento de las demandas de atención sanitaria y social, debidas al aumento del tiempo en situación de dependencia, es uno de los efectos que los cambios mencionados tienen socialmente (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000). Uno de los condicionantes principales en las dificultades funcionales de las personas mayores son los problemas osteomusculares que dificultan la movilidad. En España, el 16,19% de las personas entre 65 y 69 años refiere problemas de dependencia para la movilidad y la cifra va en aumento a medida que se aumenta en edad (INE, 2013).

La prevalencia de algunas enfermedades crónicas en personas mayores, como las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la artritis y algunos cánceres, ha aumentado en el tiempo, aunque dicho aumento se relaciona con un mejor y más pronto diagnóstico de las mismas y también con un mejor tratamiento. Este progreso conlleva un período más largo de morbilidad, aunque con un estado funcional mejor (Jeune & Bronnum-Hanesen, 2008).

Por otro lado, la obesidad es un factor de riesgo que ha ido en aumento en diversos países europeos desde finales del siglo pasado, en personas mayores de 65 años (Lafortune & Balestat, 2007). En España la obesidad pasa de cifras del 14,38% en el grupo de 35 a 44 años, al 20% en el grupo de 45 a 54 años, al 22,7% en personas de 55 a 64 años y del 26,80% en el grupo de 65 a 74 años. Se aprecia una tendencia al aumento según se envejece (INE, 2013). La obesidad incrementa la probabilidad de pasar de una situación de buena salud a la discapacidad, reduce la probabilidad de recuperación y se relaciona con bajos niveles de salud

incluyendo el riesgo elevado de diabetes, artritis y accidente cerebrovascular (Doblhammer, Hoffmann, Muth, Wstphal, & Kruse, 2009).

Además, el aumento de los años de vida también lleva asociado la mayor prevalencia de algunas enfermedades degenerativas cerebrales, que acaban constituyendo situaciones de dependencia que precisan mayor utilización de los recursos asistenciales sanitarios y sociales (IMSERSO, 2011). Estos procesos son los que requieren mayor implicación física y emocional por parte de las familias, lo cual, a su vez compromete la salud de los cuidadores (IMSERSO, 2011). Estas situaciones, aun así, se presentan en edades cada vez más avanzadas. Algunos estudios muestran que se observa una tendencia a que los procesos de dependencia ocurran más tarde en la vida de las personas, todo y que no hay suficiente evidencia (Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel, 2009). Sí que la hay sobre la disminución en la prevalencia de discapacidad severa entre personas mayores de 75 años españolas y un desplazamiento de la misma a edades más avanzadas, aunque en mujeres la prevalencia de discapacidad para el autocuidado se ha incrementado (Sagardui-Villamor, Guallar-Castillón, García-Ferruelo, Banegas & Rodríguez-Artalejo, 2005). Sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la posibilidad de mantenerse independiente, los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 indican que el 70,68% de las personas entre 65 y 74 y el 50,14% de 75 a 84 años refieren no tener problemas para caminar (INE, 2013).

Si se presta atención a los datos anteriores, se pueden interpretar en clave de cambio en algunos patrones de salud durante la etapa de la vejez. Así, podría ser vista con mayores posibilidades, como una forma de apoyo familiar importante, el mantenimiento de las actividades laborales más allá de los 65 años, la dedicación del tiempo libre a actividades de apoyo social y participación comunitaria, que a su vez reportarían beneficios sobre la salud psicosocial de las personas (Berkman et al., 2000; IMSERSO, 2011).

La tendencia observada respecto de las formas de vida de las personas que envejecen es la de intentar mantener la independencia en todas las parcelas de la vida (IMSERSO, 2011). Los planteamientos pasados, en los que las personas al

envejecer delegaban en sus familias los asuntos de mayor trascendencia, parecen dejar paso al mantenimiento de las responsabilidades que las personas mayores han tenido durante su etapa de vida adulta, sin perjuicio de mantener vínculos afectivos familiares (López, 2005). Se le otorga una importancia considerable a la capacidad de tomar decisiones y de dirigir los propios asuntos sin depender de la familia. Además las personas que envejecen en la actualidad están habituadas a unos patrones de comportamiento privado y social en los que se van superando los estereotipos anteriores de personas mayores con poca iniciativa, con tendencia a la incapacidad personal y, por el contrario, prefieren vivir solos y mantener su independencia (IMSERSO, 2011).

En las diferentes formas de contemplar el proceso de envejecer, se identifican algunas aproximaciones conceptuales, como la de *envejecimiento activo* y la de *envejecimiento exitoso*. Envejecer activamente significa que las personas puedan desarrollarse con plenitud en todas sus dimensiones durante esta etapa de sus vidas, desarrollando sus potencialidades, ejerciendo sus deseos, en base a sus capacidades y con las garantías de salud, protección y atención que requieran (IMSERSO, 2011). La OMS entiende por envejecimiento activo “el proceso de optimización de oportunidades para la salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002). En el documento anteriormente citado, identifica seis grandes áreas que constituyen los determinantes de la salud que afectan al proceso de envejecimiento: determinantes económicos; determinantes sociales; entorno físico; sanidad y servicios sociales; determinantes personales; determinantes conductuales. Todos ellos contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas que envejecen. A ninguno de ellos se le atribuye una causalidad directa, pero todos ellos condicionan el buen envejecimiento (OMS, 2002).

Desde la definición de la OMS se ha ido avanzando en el desarrollo del concepto de envejecimiento activo, considerándose desde la perspectiva de la implicación de diversas áreas como la política, la sanitaria y la social. La ampliación del concepto clásico se deriva de estudios que indican que el envejecimiento activo debe entenderse en relación con factores físicos, cognitivos, psicológicos y

sociales, pero que todos ellos coexisten en complejas combinaciones (Ramos et al., 2009).

Un ejemplo de la ampliación del concepto se encuentra en la consideración de la intergeneracionalidad como condicionante de un envejecimiento óptimo. Las relaciones intergeneracionales intrafamiliares y extrafamiliares son una práctica de las personas mayores que contribuye al envejecimiento activo y al mantenimiento de la salud física y mental (Sánchez, 2009). Además, algunos autores han añadido la idea de envejecimiento productivo, de calidad de vida y bienestar físico y mental a través del ciclo vital, completando, así, una panorámica multidimensional. La visión de una estrategia de envejecimiento activo se basa en un equilibrio entre los derechos y obligaciones, en el cual las personas tienen el deber de sacar partido del aprendizaje a lo largo de la vida y de promover su propio bienestar y salud (Walker, 2008). Las estrategias encaminadas a favorecerlo permiten a las personas ejercer mayor influencia sobre ello (Walker, 2006).

La idea de un envejecimiento activo no deja de tener un vínculo con las propias características del humano como ser social. Las características biológicas de las personas son determinantes para considerarlos seres activos, con necesidad de movimiento para su completo desarrollo. Por su parte, las capacidades psicológicas de los individuos se desarrollan y se mantienen si se ejercitan y la interacción social de unos individuos con otros se muestra como necesaria para alcanzar el máximo potencial como ser humano (Bronfenbrenner, 1987).

Las personas deben decidir cómo desarrollar sus vidas y de qué manera preservar su bienestar (Walker, 2008). La etapa de la vejez no ha de ser diferente y considerándola de forma más global, se contribuye a empoderar a las personas para decidir cómo desean hacerlo de forma satisfactoria. Un enfoque centrado en el marco del ciclo vital da sentido a la promoción para un envejecimiento activo, entendiéndolo como la forma de mantener la independencia en todo lo que contribuye al bienestar, considerando aquí cualquier factor que lo mejore como estudiar, hacer deporte, trabajar, bailar, participar en actividades de la comunidad,

etc. Además, respeta el principio de la diversidad en el envejecimiento en cuanto que cada persona se desarrolla y envejece de manera diferente (Walker, 2008).

Otra de las maneras de conceptualizar esta etapa de la vida es a partir de la idea de envejecimiento exitoso. Ésta, según Neri & Cachioni (2002), tiene que ver con los comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño y con la optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Mediante tales estrategias se compensan las pérdidas debidas al proceso de envejecimiento y se mantendría la estimulación para realizar comportamientos en otros dominios de la vida cotidiana. Estos aspectos sobre el envejecimiento exitoso son afines a la perspectiva de la promoción de la salud, en la que se identifica el estilo de vida y otros factores que actúan sobre las personas como condicionantes de un envejecimiento exitoso (Brigeiro, 2005). Pero, también cabe poner de manifiesto que el ideal de vejez activa y de envejecimiento exitoso, no debe servir para atribuir a los individuos la responsabilidad única sobre su propia salud y desviar la atención de la responsabilidad social, en la aparición de circunstancias que dificultan el mantener la salud (Crawford, 1999; cit. Brigeiro, 2005).

En todo caso, estos planteamientos reflejan el desarrollo de nuevas perspectivas en torno al envejecimiento y la emergencia de una visión más positiva del mismo, en consonancia con la perspectiva salutogénica, ya comentada con anterioridad, según la cual las personas pueden desarrollar sus propios recursos para mantener su salud y calidad de vida (Rivera et al., 2011).

Algunos estudios han profundizado en el vínculo entre la salutogénesis y el envejecimiento con éxito y han identificado los factores personales y del entorno que intervienen en el mantenimiento de una salud mental positiva durante la etapa de la vejez (Billings & Hashem, 2009). En ellos se muestra como el sentir una vida con significado, el percibir un estado de bienestar, el sentido del humor, la apariencia física, son componentes que dan un sentido de coherencia a la propia vida y que contribuyen a la salud mental de las personas ancianas (Billings & Hashem, 2009).

Por otro lado, el estudio de Stenner, McFarquhar & Bowling (2011) concluyen que la actividad física constituye la asociación inmediata más frecuente, establecida por las personas mayores estudiadas, con el concepto envejecimiento activo, evocando ideas como la de movimiento físico, mantenerse flexible, practicar ejercicio y, en general, mantenerse lo más físicamente activo posible.

También se ha demostrado la relación entre la realización de ejercicio y el sentido de coherencia en población entre 25 y 65 años. En dichos casos se observó que las personas que realizaban actividad física con una frecuencia de mínimo dos veces por semana, mostraban niveles más altos de sentido de coherencia (Hassmén Koivula & Uutela, 2000). Por otra parte, Soderhamn & Holmgren (2004) mostraron que el sentido de coherencia es un fuerte predictor de buena salud entre personas mayores físicamente activas. Por su lado, Erikson & Lindström (2006) indican que las perspectivas positivas o salutogénicas son un recurso para la promoción de la salud puesto que permiten mejorar la resiliencia individual y ayudar a las personas a sentirse física y mentalmente sanos, con una buena calidad de vida y sensación de bienestar.

Si se observan los comportamientos poblacionales, se identifica que las actividades cotidianas que realizan las personas mayores, en la actualidad, apuntan a un incremento en algunas áreas relacionadas con la vida social. En lo referente a actividades relacionadas con la actividad física, como hacer ejercicio y pasear, el aumento en los últimos 17 años ha sido considerable. La preocupación de las personas por mantenerse activas, autónomas y sanas parece ser un aspecto relevante en los diferentes grupos de edad a partir de la adultez. Entre el grupo de población mayor, el 26,9% de las personas se ha iniciado en la práctica de actividad física al jubilarse. (IMSERSO-CIS, 1993; IMSERSO, 2010).

Los determinantes conductuales de un envejecimiento saludable se refieren a los estilos de vida y la participación activa en el propio autocuidado, en todas las etapas del ciclo vital. Entre ellos interesa destacar la actividad física como mecanismo para el mantenimiento de la salud física y psicosocial (IMSERSO, 2011).

En la 57ª Asamblea Mundial sobre Salud del 2004, en el documento *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, la OMS establece como una de las prioridades la promoción de la actividad física (OMS, 2004). A partir de ese momento se alienta a los estados miembros a que participen de las diversas estrategias que se proponen ya que el informe indica que al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios significativos para la salud. En el *Informe sobre salud en el mundo de 2002* (OMS, 2002) se indica la inactividad física, el tabaco, el sobrepeso, la concentración elevada de colesterol en sangre y los niveles altos de presión arterial como los factores de mayor riesgo para la adquisición de enfermedades. La inactividad física es un factor de riesgo independiente y modificable de enfermedades no transmisibles comunes que fueron la causa de más de 35 millones de muertes en 2005 (OMS, 2008). Las enfermedades no transmisibles son en la actualidad la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo. Otro dato a destacar es que el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles comunes se producen en países de ingresos bajos y medianos. Por otro lado, no se puede obviar que los condicionantes de la salud de las personas son múltiples y de diversa importancia (OMS, 2004).

En el citado documento se informa que las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física, constituyen uno de los mayores problemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo. Los niveles de inactividad física son elevados en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos realizan una actividad insuficiente. En las grandes ciudades de crecimiento rápido del mundo la inactividad es un problema aún mayor. Hay varios factores ambientales que dificultan la actividad física, en esas urbes, como son los tipos de actividades laborales y la utilización de los medios de transporte. También cabe destacar que, tanto en zonas urbanas como rurales, se han producido cambios en las prácticas del ocio de los individuos, ya que se dedica mucho más tiempo a la realización de actividades de baja actividad física como el seguimiento de programas de televisión (OMS, 2004).

El sedentarismo es una conducta reciente, ya que pocas décadas atrás, en España, las personas mantenían un estilo de vida con un alto componente de actividad física. Su sistema de supervivencia se basaba, en gran medida, en la realización de actividades de un gran gasto energético (actividades de agricultura y ganadería). La falta de actividad física es uno de los principales problemas de salud pública en España, debido a la relación que tiene con el incremento del riesgo de padecer enfermedades de gran coste social. La prevalencia del sedentarismo es superior al 57% en población mayor de 45 años (INE, 2008).

La relación entre la actividad física y la salud y el bienestar queda fundamentada en la evidencia científica de los numerosos estudios que demuestran la influencia de la vida sedentaria sobre el desarrollo de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la sociedad actual. Los estudios muestran que la tasa de mortalidad es más baja y la longevidad mayor en los grupos de personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo y una buena forma física, que en aquellos que tienen un estilo de vida sedentario (Kuhala, Kaprio, Sarna & Koskenvuo, 1998; Manini, Everhart, Patel, Schoeller, Colbert & Visser, 2006). Además, el ejercicio, enlentece el deterioro causado por el envejecimiento y las enfermedades crónicas y ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y la calidad de vida en todas las edades (Butler, Davis, Lewis, Nelson & Strauss, 1998).

Así mismo, en los adultos mayores, el sedentarismo provoca, de forma gradual, disfunción músculo esquelética con atrofia muscular, dolor articular y osteoporosis. Todo ello unido a los cambios propios del envejecimiento lleva a la inactividad y la dependencia (Butler et al., 1998). La inactividad desarrolla el síndrome metabólico, caracterizado por alteración de la glucemia basal, aumento de la insulina circulante, alteración del perfil lipídico y obesidad, factores que aumentan el riesgo cardiovascular (Hu, Sigal, Rich-Edwards, Colditz, Solomon, Willett, 1999; Hu, Manson, Stampfer, Colditz, Liu & Solomon, 2001).

Estudios recientes han mostrado la relación estadísticamente significativa entre la obesidad o el sobrepeso, en personas con predisposición genética a ello, y la actividad física, de forma que la asociación entre los factores genéticos y la

obesidad desaparece en personas activas, mientras que, por el contrario, aumenta en magnitud la significancia clínica en personas con baja actividad física (Corella, Ortega-Azorín, Sorlí, Covas, Carrasco & Salas-Salvadó, 2012).

El sedentarismo y una mala forma física están relacionados con el desarrollo de diversos trastornos que son causa de mortalidad e incapacidad, siendo la enfermedad cardiovascular una de las principales causas de muerte, incapacidad y gasto sanitario en Catalunya (Pla de Salut Catalunya. 2012-2015).

Por el contrario la actividad física regular y el mantenimiento de una buena forma física proporcionan múltiples beneficios para la salud de los individuos de cualquier edad, disminuyen la incidencia de enfermedad coronaria (Velasco, Cosín, Maroto, Muñiz, Casanovas, & Plaza, 2000; Blair, 1998), disminuye las cifras de tensión arterial y el riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Velasco et al, 2000).

La actividad física regular y moderada disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (Hu et al., 1999, 2001; Velasco et al., 2000; Laaksonen, Lindström, Lakka, Erikson, Niskanen & Wikström, 2005); aumenta el colesterol HDL y disminuye los triglicéridos y el colesterol total (Codina, Elosua & Marrugat, 1999; Sentí, Masià, Pena, Elosua, Aubó & Bosch, 1998), disminuye el riesgo de obesidad y de enfermedades cardiovasculares (Li, Rana, Manson, Willett, Stampfer & Colditz, 2006). La actividad física de intensidad baja realizada durante un tiempo prolongado mejora la acción de la insulina y los niveles lipídicos, más que realizar cortos períodos de actividad moderada o intensa (Duvivier, Schaper, Bremers, van Crombrugge, Menheere, Kars, 2013). También está asociada a la disminución del riesgo de ictus, favoreciendo el diámetro de la luz arterial, la capacidad de vasodilatación y la creación de circulación colateral (Batty & Lee, 2002); reduce el porcentaje de grasa corporal y es eficaz para perder peso en combinación con dieta hipocalórica y para mantener el peso (Wing, 1999; Phelan, Wing, Loria, Kim & Lewis, 2010).

El ejercicio aeróbico mejora la capacidad funcional respiratoria (Lacasse, Wong, Guyatt, King, Cook, & Goldstein, 1996) y aumenta el porcentaje de éxito en el

cese del hábito tabáquico (U.S. Department of Health and Human Services, 1996), (Vouri y Fentem, 1996). Además, disminuye el deterioro de la función pulmonar i el riesgo de sufrir EPOC (García-Aymerich et al. 2007).

La práctica de ejercicio mejora la capacidad funcional (incluso la cognitiva) de las personas mayores (Landi et al., 2007), es útil para controlar el dolor crónico y previene el dolor lumbar (Butler y cols., 1998). También reduce el riesgo de sufrir cáncer de colon (Velasco, 2000), de mama, de próstata, y de páncreas (OMS, 2001). Además, la actividad física puede influir positivamente en la cantidad y calidad del sueño (Kubitz, Landers, Petruzzello & Han 1996).

Los niveles más altos de condición física en la etapa de la mediana edad parecen estar asociados con un menor riesgo de desarrollar todas las causas de demencia en etapas posteriores de la vida. Por lo que se sugiere que llegar a niveles altos de condición física cuanto antes en la vida puede reducir el riesgo de demencia en etapas posteriores, independientemente de la enfermedad cerebrovascular (De Fina, Willis, Radford, Gao, Leonard & Haskell, 2013). Diversos estudios sugieren que el factor clave en la mejora de la salud es el gasto energético total y constante, derivado de la actividad física, al margen del tipo e intensidad de la actividad (Blair, Kohl, Gordon & Paffenbarger, 2006).

El ejercicio físico también tiene efectos en la función cerebral. Se ha encontrado que factores tróficos endógenos del cerebro pueden ser inducidos con la práctica de actividad física, de manera que pueden impactar sobre la estructura y la función del sistema nervioso central, afectando la función cognitiva (Dishman, Berthoud, Booth, Cotman, Edgerton & Fleshner, 2006). Dichos factores son parte de un mecanismo del sistema nervioso central, a través del cual la AF se integra con elementos del metabolismo energético y tienen un impacto en la función del hipocampo, mejorando la capacidad de aprendizaje (Gomez-Pinilla, Vaynman & Ying, 2008). De la misma manera la falta de estimulación puede explicar la disminución en la función cerebral con la edad o por enfermedades degenerativas (Vaynman et al., 2004; Dishman, et al., 2006).

La relación entre la práctica de ejercicio físico y la salud psicológica y social ha sido menos estudiada que la que se establece con la salud física. No obstante son numerosos los estudios que avalan los beneficios del ejercicio físico en las diferentes áreas del bienestar psicológico. Aunque no se conocen con certeza los mecanismos de acción, se confirma que la práctica regular de actividad física produce sensación de bienestar, aumenta la autoestima, mejora los niveles de ansiedad y depresión y contribuye al bienestar psicológico actuando sobre las emociones (Fox, 1999; Biddle, Fox & Boutcher, 2000; Netz, Wu, Becker & Tenenbaum, 2005). La actividad física en personas con depresión genera sensación de logro, sentimientos de autocontrol o competencia, síntomas de alivio y distracción (Dishman, 1986). El ejercicio físico regular está relacionado con la disminución de la depresión a largo plazo y cuanto mayor son el número de sesiones y más largo es el programa de ejercicios, mayor es la reducción de los niveles de depresión (Dishman et al., 2006). El ejercicio de entrenamiento reduce los síntomas de ansiedad entre personas sedentarias (Herring, Connor & Dishman, 2010).

Las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo (menor tristeza y fatiga y mayor vigor) que las que no lo realizan (Jiménez et al., 2008). Cuando el ejercicio se realiza teniendo en cuenta las necesidades psicológicas básicas de las personas, como la autonomía y la competencia, se mejora la sensación de bienestar psicológico en forma de sensación de vitalidad y de afecto positivo (Wilson, Longley, Muon, Rodgers, & Murray, 2006).

La práctica regular de actividad física, tanto aeróbica como no-aeróbica, puede inducir cambios positivos en el estado de ánimo en personas mayores inicialmente sedentarias, y esos cambios parecen estar relacionados con el grado de satisfacción experimentado (DeGracia & Marcó, 2000). Además las personas mayores que participan en programas de ejercicio físico aeróbico indican mejoras en la autopercepción del estado de ánimo, incremento en la sensación de vigor y disminución en la sensación de tensión, depresión y fatiga (Pierce & Pate, 1994). Las personas que realizan ejercicio con frecuencia se perciben con mejor salud,

con niveles más altos de sentido de coherencia y mejor integración social (Hassemén et al., 2000). Por otra parte además de los beneficios individuales, la actividad física resulta de gran valor social, ya que, si es vista como una norma social, la comunidad puede ser más sana y tener mayor potencial humano (Mutrie & Crawford., 2010).

La encuesta nacional de salud de 2011-2012 muestra los niveles de actividad física en España. Así, entre las personas mayores de 65 años se aprecian diferencias por edad y sexo. En el tramo de 65 a 74 años, las personas son algo menos sedentarias (42,19%) que en el de 45 a 54 (45,96%) y el de 55 a 64 años (43,32%) y no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres. A partir de los 75 años, las personas se tornan más sedentarias, aunque en esas edades los hombres lo son menos que las mujeres (INE: ENS, 2011-2012).

En el análisis de la situación en Catalunya, los datos de la encuesta de salud de Catalunya 2011 (ESCA, 2011) indican que el 29,8% de las personas tienen una actividad física mínima o son sedentarias (el 25,4% de hombres y el 34,1% de mujeres). En un análisis por edad y género se observa que el 17,8% de los hombres entre 45 y 64 años y el 22,9% de los hombres de 65 a 74 años son absolutamente sedentarios y el 15,8% de las mujeres entre 45 y 64 años y el 20% de las mujeres de 65 a 74 años son absolutamente sedentarias. En los mismos grupos de edad el 28,6% y el 27,8% de hombres tiene una actividad física entre sedentaria y mínima y el porcentaje entre mujeres es del 32% y 31,2% respectivamente en cada grupo de edad. En Catalunya, según el estudio MEDEA/SAMCAT, incluido en el estudio europeo ESEMeD/ MHEDEA 2000, los individuos entre 50 y 64 años tenían la prevalencia más alta de poca actividad física en los últimos 12 meses (8,2%). En el preámbulo de la ley 12/2007 de 11 de octubre, de servicios sociales de Catalunya, se hace referencia al envejecimiento de la población y se plantea como un reto social. De igual manera se identifica el derecho de las personas a una vida digna en todas las etapas de la misma, prestando especial atención a las situaciones de vulnerabilidad y de riesgo social de las personas mayores. Los avances en materia legislativa en este ámbito, son el

reflejo del interés por avanzar en una sociedad con mejores niveles de calidad de vida a cualquier edad y en particular durante la etapa de envejecimiento.

En relación con la salud mental, los datos de la encuesta de salud de Catalunya 2011 muestran que a medida que se avanza en edad, aumenta el número de personas que dicen ser poco felices y sentirse deprimidas. El 13,1% de las personas entre 45 y 64 años y el 12,2% de las personas entre 65 y 74 años expresan sentirse muy poco felices y muy deprimidas (el 9% y 7,3% de los hombres y el 17,2% y 16,7% de las mujeres). Es decir, el 16,3% de los hombres y el 33,8% de las mujeres entre 45 y 74 años dicen sentirse poco felices y deprimidos (ESCA, 2011).

El riesgo de mala salud mental afecta a una parte importante de las personas entre 45 y 74 años. En un análisis por género las mujeres entre 65-74 años son las que mayor riesgo de mala salud mental tienen (en un 18,5%), pero van seguidas del grupo de 45 a 64 años (17,2%). Mientras que en los hombres el riesgo es mayor en el grupo de 45-64 años (de un 10,4%) que en el de 65-74 años (de un 7,1%). En todo caso estamos hablando de cifras que son considerables (ESCA, 2011).

El impacto que todo ello tiene sobre la salud y la calidad de vida de las personas aconseja potenciar las intervenciones dirigidas a la promoción de la actividad física entre la población, de acuerdo con las estrategias de la OMS reflejadas en el documento *Global recommendation on physical activity for health* (OMS, 2010). En el contexto español, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en el año 2005 la *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad (NAOS)*, que tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de actividad física de todos los ciudadanos (Estrategia NAOS, 2005).

En Catalunya en el año 2006 el Departament de Salut inició el *Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació (PAAS)*. Su desarrollo fue impulsado en respuesta al incremento observado en la prevalencia de obesidad, de acuerdo con la estrategia mundial de la OMS. El PAAS incluye acciones de desarrollo propias del Pla y el despliegue de soporte y asesoramiento

técnico en cuatro ámbitos: el sanitario, el educativo, el comunitario y el laboral. De esta manera se pretenden tres grandes objetivos. El primero es sensibilizar a la población para que perciba como opciones asumibles, las que promueven la salud a través de la práctica regular de actividad física y de una alimentación saludable. El segundo consiste en desarrollar acciones formativas y educativas e intervenciones sobre el entorno, centradas en los problemas de determinados estilos de vida. El tercer objetivo pretende la promoción de acuerdos y compromisos en los diferentes ámbitos sociales para potenciar estrategias de cooperación para ser más eficaces en la utilización de recursos (PAAS, 2006).

La promoción de la actividad física es una actividad de prevención primaria que puede desarrollarse a través de dos mecanismos. El primero de ellos, se basa en un enfoque de estrategia preventiva poblacional, a través de intervenciones con grupos de personas, con programas en barrios, en los que intervienen profesionales sanitarios y profesionales de otros ámbitos sociales. La AF se incrementa significativamente en personas que participan en grupos programados, a los cuales se les prescribe y se mantiene en el tiempo unos 6 meses (Grandes, Sanchez, Ortega Sanchez-Pinilla, Torcal, Montoya & Lizarraga, 2009; Grandes, Sanchez, Montoya, Ortega Sanchez-Pinilla & Torcal, 2011). Se podría considerar que la integración del ejercicio físico en la vida cotidiana sería la forma de considerarlo como un elemento cultural más y, en ese sentido, avanzar en la creación de un entorno social y físico que facilite el ejercicio y en el mantenimiento de determinadas prácticas como valores importantes para la sociedad (NIPAIG, 1998).

El segundo mecanismo que puede favorecer el desarrollo de AF es el consejo de los profesionales de la salud, a las personas concretas que acuden a los servicios sanitarios. Se ha demostrado la efectividad del consejo individualizado para reducir las ocupaciones sedentarias y para aumentar la actividad física y la calidad de vida (Dunn, Andersen & Jakicic, 1998; U.S. Preventive Services Task Force, 2002; Eden, Orleans, Mulrow, Pender, Teutsch, 2002; Petrella & Lattanzio, 2002).

La prescripción de ejercicio suele enfatizar en actividades de relativa intensidad para la obtención de efectos positivos sobre la salud. Este planteamiento parece rebatido por algunos estudios que muestran que aún con niveles moderados de actividad hay beneficios para la salud. La prescripción de la actividad, aunque sea a nivel de moderada, es más fácil de seguir, sobre todo en personas sedentarias y es suficiente para obtener beneficios funcionales y sobre la salud (Blair, Kohl, Gordon & Paffenbarger, 1992). Los pacientes que reciben el consejo como una prescripción médica incrementan su nivel de actividad física, al menos durante los seis meses siguientes. Después de los 6 meses, el efecto atribuible a las intervenciones se pierde. Pero en todo caso, si se repite la prescripción de actividad física, se mantiene el efecto a largo plazo (Grandes et al., 2009, 2011). La pérdida de efectividad a muy largo plazo (12-24 meses) es considerada como el reflejo de la falta de intervenciones continuadas, de la falta de estrategias de refuerzo clínico y de la falta de apoyo en la comunidad. Además, como indican Grandes et al. (2011), aunque la relevancia clínica en un individuo sea solo moderada, sí que tiene relevancia para la salud pública, en tanto que supone un incremento del porcentaje de pacientes que consiguen el nivel mínimo recomendado de AF.

Un aspecto que se tiene en cuenta, al referirse a la AF y la salud, es la cantidad de actividad física que se desarrolla. Así, se consideran cuatro niveles: inactivo, bajo, medio y alto. El nivel de inactivo se considera a sólo la realización de las actividades cotidianas. Bajo nivel de AF se considera aquel de menos de 150 minutos a la semana. El nivel medio es considerado entre 150-300 minutos a la semana, de AF de intensidad moderada o entre 75-150 minutos de actividad intensa a la semana. Un alto nivel se define como más de 300 minutos de AF de intensidad moderada a la semana (USDHHS, 2008).

El MET es el índice de la tasa de gasto energético durante la actividad respecto de la tasa del gasto en reposo. Un MET es la tasa de gasto de energía en reposo. Se considera que para obtener beneficios substanciales en la salud es necesario realizar AF con un gasto energético de 500-1000 MET a la semana. Se entiende que AF moderada es la que produce un consumo de 3-5,9 MET. Caminar a una

velocidad de 5km/h equivale a 3,3 MET y esto es considerado una AF moderada. AF vigorosa o intensa se considera a la que produce un gasto de 6 o más MET. Correr a una velocidad de 6 minutos por km se clasifica como actividad vigorosa o intensa (USDHHS, 2008).

Haskell, Lee, Pate, Powell, Blair & Franklin (2007), recomiendan 30 minutos de actividad moderada cinco días a la semana, o un mínimo de 20 minutos de actividad intensa tres días por semana, para garantizar beneficios para la salud. Dichos beneficios se obtienen con el desarrollo de la AF de forma regular, por lo que la orientación y el consejo profesional adquieren relevancia (Grandes et al., 2011).

En este sentido, las intervenciones profesionales orientadas a las personas y que se basan en modelos que focalizan la perspectiva individual a la vez que la contextual, como el MPS, precisan de mayor estudio para cumplir con el propósito de la investigación enfermera que es el construir conocimiento que mejore la salud (Pender et al., 2011).

A efectos de la presente Tesis se entiende que la adopción de estilos de vida activos y la práctica de ejercicio como conducta saludable son fenómenos complejos en sí, que no están sujetos a factores únicos, sino que están relacionados con la individualidad comportamental del ser humano y con su pertenencia a un contexto social determinado. Por ello, interesa estudiar de qué manera los factores descritos en el MPS de Pender son percibidos por la población, como aspectos relacionados con su conducta de actividad física. De esta forma, se podrá observar la implicación que tienen cada uno de ellos en el desarrollo de comportamientos activos en las personas estudiadas y contribuir a ofrecer mayor evidencia sobre los constructos teóricos del modelo.

CAPÍTULO 2.
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se expresan los intereses, vivencias y motivaciones que han llevado a reflexionar sobre el objeto de estudio de la presente tesis y a formular los objetivos generales y específicos de la investigación. Estos aspectos son importantes en cuanto que guían la selección de las perspectivas teóricas utilizadas y el modelo metodológico seguido.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL TEMA DE ESTUDIO

En el desarrollo del planteamiento del tema de estudio, entiendo que la propia historia profesional ha podido marcar los aspectos centrales de la investigación. La experiencia clínica de cuidar a las personas, sobre todo mayores, en su entorno habitual de vida, condiciona la visión sobre la importancia de incorporar en la cotidianidad los elementos que promueven la salud. Por otra parte, el interés y experiencia en la formación básica de estudiantes de enfermería ha propiciado que, en el ámbito académico, me interese por el estudio de los modelos teóricos enfermeros en la práctica.

Las primeras motivaciones que han influido en la elección del tema de estudio de esta tesis cabe buscarlas en el interés, de la investigadora, por conocer las formas más saludables de envejecer. De entre todas ellas, despierta una motivación especial la contribución de la actividad física en el logro de un envejecimiento activo. Desde hace unos años tengo asumida la práctica de actividad física como forma de sentirse y estar bien con uno mismo y con los demás y ello ha condicionado la necesidad de comprender qué podemos hacer para envejecer

mejor. Mi propia experiencia personal como deportista y mujer envejeciendo contribuye a aumentar el interés por el tema.

Como indican Strauss & Corbin (2002), la experiencia personal y profesional constituye la fuente de inspiración para la selección del tema de estudio. No obstante es necesario reconocer estas razones personales y profesionales para evitar sesgos.

Por otra parte, en las dos últimas décadas, ha aumentado el interés por el estudio de la actividad física como estrategia para la promoción de la salud. Así, en nuestro entorno, el grupo de expertos en educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS (programa de actividades preventivas y promoción de la salud) han incorporado el ejercicio físico, como una actividad preventiva más, en todas sus recomendaciones de los últimos diez años (Córdoba et al., 2014). Por su parte, como ya se ha descrito en capítulos anteriores, el PAFES, como programa de promoción de la actividad física en la atención primaria, centra sus intervenciones en el grupo de personas sedentarias de 56 a 74 años.

En la presente tesis, sin embargo, se entiende que la práctica de actividad física, desde la perspectiva de la salud positiva, requiere ser analizada como un comportamiento a lo largo del ciclo vital. Así, interesa estudiar la actividad física como una conducta relacionada con el estilo de vida de las personas y, de esta manera, analizarla en el amplio grupo etario que abarca la adultez y la vejez. Por ello, el grupo de estudio queda configurado por personas entre 45 y 75 años.

De todo lo anterior deriva el planteamiento de la investigación a partir del Modelo de Promoción de la Salud de Pender y la orientación metodológica cualitativa como estrategia para el mejor conocimiento del fenómeno objeto de estudio.

En las fases iniciales de la presente investigación, se plantea la cuestión de acotar el tema de estudio, de especificarlo y darle forma. Strauss & Corbin (2002) indican que la concreción de un problema investigable hasta hacerlo manejable pasa por el planteamiento de una pregunta de investigación.

Así, la pregunta de investigación que guía esta tesis es la siguiente:

¿Cuáles son las percepciones de las personas, en torno a los factores que condicionan el desarrollo de actividad física (AF), como una conducta capaz de promover la salud, a la luz de los planteamientos teóricos del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (MPS)?

2.2. OBJETIVOS GENERALES

- Aportar evidencia sobre los factores que condicionan la adopción y el mantenimiento de la actividad física (AF) como conducta promotora de la salud, en adultos entre 45 y 75 años de un área urbana.
- Ampliar y corroborar las proposiciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, mediante el análisis de la percepción de los condicionantes de la realización de AF.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se han planteado como objetivos específicos los factores que en el MPS son considerados condicionantes de las conductas de salud.

- Identificar las conductas previas relacionadas con la actividad física y su influencia en la disposición para realizarla.
- Describir los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales que condicionan para realizar actividad física.
- Describir los beneficios de acción percibidos y su influencia en el desarrollo de la actividad física.
- Identificar las barreras de acción percibidas para la realización de actividad física.
- Describir las formas como la autoeficacia percibida determina el desarrollo de la actividad física.

- Analizar la influencia del afecto relacionado con la actividad en el inicio y mantenimiento de la actividad física.
- Identificar las influencias interpersonales en el desarrollo de la actividad física.
- Identificar las influencias situacionales en el desarrollo de la actividad física.
- Interpretar los mecanismos que llevan al compromiso con un plan de acción.
- Analizar las demandas inmediatas que compiten y las preferencias en el desarrollo de la actividad física.

CAPÍTULO 3.
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se explicita el paradigma y la perspectiva que enmarcan la orientación teórica de la presente tesis (Valles, 2007) y que constituye la metodología, es decir, la manera de pensar y estudiar la realidad social (Strauss & Corbin, 2002). De igual manera, se presentan las estrategias metodológicas, entendidas como los aspectos prácticos e integradores de las aportaciones teóricas contenidas en el paradigma y la perspectiva teórica (Valles, 2007), que, a su vez, están constituidas por el conjunto de procedimientos y técnicas que proporcionan los medios para llevar a cabo el estudio de esa visión de la realidad (Strauss & Corbin, 2002).

Con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos de la presente tesis, se ha optado por llevar a cabo una metodología de investigación cualitativa. Ésta tiene por objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, lo cual permite distinguirlo de otros y encontrar la mayor parte de sus atributos (Zaider & Olivia, 2005), a la vez que, su especificidad para estudiarlos en sus contextos naturales, facilita su comprensión desde la óptica del significado que dichos fenómenos tienen para el individuo (Denzin & Lincoln, 1994).

La investigación que se presenta, tiene como propósito estudiar algunas realidades sociales, para proponer nuevas maneras de comprenderlas y expresarlas en forma de teorías. Uno de los aspectos más relevantes en una investigación es el desarrollo de una propuesta metodológica fundamentada, coherente con el contexto sociohistórico específico, en el que el investigador toma decisiones (Galan, Teran, Gutiérrez & Velázquez, 2009). Dichas decisiones tienen que ver con la elección del tema de estudio, el enfoque teórico desde paradigmas y perspectivas concretas, así como la utilización de unas estrategias y técnicas metodológicas (Valles, 2007). Todas ellas forman parte del diseño de la

investigación y proporcionan información de lo que el investigador quiere hacer, de por qué, cómo y cuándo lo quiere hacer y guía el proceso de investigación durante su ejecución (Lacey, 2008).

3.1. PARADIGMA

Desde el punto de vista epistemológico, se considera que un paradigma es un marco teoricometodológico, entendido como el conjunto de normas que definen una cosmovisión, estilo, método, que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en un determinado contexto (Polit & Hungler, 2000).

El paradigma que orienta la presente tesis es el constructivista⁴. Desde este paradigma, el componente *ontológico* queda caracterizado por el relativismo derivado de realidades sociales construidas en contextos concretos (Guba & Lincoln, 1994). La realidad, no sólo se descubre, sino que se construye, es el producto de prácticas discursivas complicadas (Schwand, 1994:125; citado por Valles, 2007: 59). Metodológicamente, el constructivismo considera que la meta de la indagación investigadora, se centra en la reconstrucción de los puntos de vista implicados en lo estudiado, persiguiendo una interpretación consensuada suficientemente documentada, surgida de un proceso hermenéutico/dialéctico, pero expuesto a revisiones posteriores (Guba & Lincoln, 1994). Se basa en el conocimiento que ayuda a mantener la vida cultural, la comunicación y los significados simbólicos (Crabtree & Miller, 1992). Desde el planteamiento constructivista, no se buscan verdades últimas, sino relatos, que parten de una experiencia y que se tratan de interpretar en su contexto, bajo el punto de vista de los implicados (Valles, 2007).

En referencia a la presente tesis, a partir de los relatos de los participantes se ha pretendido indagar las percepciones y vivencias en cuanto a las prácticas de actividad física como conducta que promueve la salud, reconstruyendo sus puntos

⁴ También denominado naturalista, hermenéutico (Valles, 2007).

de vista a la luz de las orientaciones teóricas del MPS. De igual manera, se han interpretado, conjuntamente con las personas estudiadas, las vivencias en torno al fenómeno estudiado. Se parte de la idea de que existen tantas realidades como individuos y, por lo tanto, se estudian las personas como sujetos con sus propias situaciones existenciales y sus maneras de expresar las mismas. En referencia a lo dicho, se considera oportuno destacar las palabras de Ibáñez (1994; citado por Valles, 2007), quien afirma

...según el lenguaje que utilizo, percibo, porque mi percepción está mediatizada por mi lenguaje. Así, pues, el mundo que yo construyo depende de mi capacidad de percepción y de mi capacidad lingüística (...) Si los seres vivientes construyen un mundo real, los seres hablantes construimos además mundos imaginarios y simbólicos (...) Ese mundo en que no sólo está lo actual y positivo sino lo virtual y posible, es el mundo que habitamos, y (...) es el único en que puede fijarse un sociólogo⁵ si quiere investigar la sociedad. (p. 49)

Este aspecto diferenciador entre lo que Ibáñez (1994) identifica como *sujetos vivientes* y *sujetos hablantes*, adquiere relevancia en la presente tesis, en cuanto que la naturaleza de la realidad estudiada se ubica en el ámbito de la salud y hace referencia a las percepciones y las expresiones verbales que tienen las personas investigadas, sobre su propia realidad vivida.

Por otro lado, desde el supuesto *epistemológico* y, entendiendo la epistemología como el conocimiento del conocimiento (Morin, 2004), en la presente investigación adquiere importancia el contexto de las personas estudiadas y el encuadre histórico en el que se desarrolla la conducta objeto de análisis, con la intención de profundizar en su conocimiento (Calderón & Fernández, 2008). Las formas como se capta el fenómeno de estudio, parte de una visión en la que la perspectiva de las personas se conoce a través, principalmente, del lenguaje y del relato que narran (Mercado, Gastaldo & Calderón, 2000). La incorporación de la palabra a las ciencias de la salud, facilita la comprensión de los aspectos subjetivos del individuo y su consideración como actor social de sus propias

⁵ Se podría también aplicar a un/a enfermero/a cuando investiga el mundo vivido y explicado por las personas que estudia y por sus realidades sociales y de salud.

realidades (Conde, 2002). Así, la entrevista con las personas estudiadas permite la comprensión de dichos aspectos subjetivos. Pero, como dice Morin (2004)

Así, del examen bio-antropológico del conocimiento se desprende un principio de incertidumbre fundamental; existe siempre una relación incierta entre nuestro espíritu⁶ y el universo exterior. Sólo podemos traducir su lenguaje desconocido atribuyéndole nuestro lenguaje (...) Debemos concebir que lo que permite el conocimiento es al mismo tiempo lo que lo limita. Imponemos al mundo categorías que nos permiten captar el universo de los fenómenos. Así, conocemos realidades, pero nadie puede pretender conocer La Realidad (...) Todo sistema de ideas depende a la vez de capacidades propias del cerebro, de condiciones socioculturales, de la problemática del lenguaje. (p. 10)

En la presente tesis se entiende que es posible el acercamiento al conocimiento de las experiencias de las personas estudiadas, pero que dicho conocimiento está mediatizado por los factores descritos anteriormente y que no se puede, en sentido estricto, hablar de una separación entre el sujeto investigador y el objeto investigado, están relacionados a través del lenguaje.

En referencia al supuesto *metodológico* del paradigma, tiene que ver con los procedimientos metódicos que se derivan de las posturas adoptadas en los supuestos ontológico y epistemológico (Valle, 2004). Desde el paradigma constructivista, Guba & Lincoln (1994) hablan de interpretar y de establecer una dialéctica entre el investigador y los participantes. Los autores indican que la naturaleza personal y variable de las construcciones sociales sugiere que las construcciones individuales pueden ser realizadas y refinadas solo a través de la interacción entre el investigador y los participantes, en una labor interpretativa a través de las técnicas hermenéuticas y son comparadas y contrastadas por medio del intercambio dialéctico. El objetivo final es llegar a una construcción consensuada (Guba & Lincoln, 1994).

En la tesis que se presenta, se ha partido de un *realismo crítico*, es decir de la consideración de la realidad como imperfectamente aprehensible, que para ser estudiada utiliza y defiende la comunicación sujeto-objeto. Por ello, se ha

⁶ El concepto espíritu es considerado por Morin como la actividad del cerebro.

establecido esa dialéctica entre la investigadora, los participantes y las asunciones teóricas del MPS. Esto, ha permitido orientar la interpretación de las percepciones expresadas por los participantes, en el estudio del fenómeno de la adquisición de la actividad física como conducta saludable y de los factores que condicionan a las personas en ello. Es decir hay acción hermenéutica (interpretación de lo expresado) y acción dialéctica (diálogo crítico con la teoría establecida).

Por otra parte, a efectos de la presente investigación, se es consciente de que, aun asumiendo la propuesta paradigmática constructivista, no implica que sea la única orientación que guía el desarrollo de la tesis (aunque sí lo sea de manera formal). Como dice Hammersley (1995:9; citado por Valles, 2007) "... más bien tenemos una colección de ideas [paradigmáticas] sujetas a cierta variación en interpretación y combinación" (p. 58).

3.2. PERSPECTIVA TEÓRICA

Un paradigma suele englobar varias perspectivas teórico-metodológicas (Valles, 2004), entendidas como tradiciones teóricas en la investigación cualitativa (Patton, 1990).

Para la realización de la presente investigación se ha optado por un diseño de investigación cualitativa de raíz fenomenológica, basado en la perspectiva del interaccionismo, que concibe a las personas como agentes protagonistas de comportamientos autoreflexivos, las cuales interactúan entre ellas encajando sus puntos de vista y comportamientos con los de las otras personas (Denzin, 1989). Desde esta perspectiva teórica, las personas se consideran actores sociales que actúan y están en un proceso continuo de construcción social. Desarrollan su propia acción en relación con los demás, ya que tienen en cuenta su comportamiento, lo interpretan y responden al mismo. Así, la persona, como parte de la sociedad, construye sus opiniones y creencias influenciada por quién es y el papel que adopta dentro de ella (Blumer, 1969). Por ello, la conducta de las personas sólo puede ser entendida en contexto, donde planifican, proyectan y

revisan sus pensamientos y sus comportamientos, teniendo en cuenta a los demás en un entorno determinado (Strauss & Corbin, 2002). Para Serrado, Clèries, Ferrer, & Kronfly (2004), la realidad social se construye socialmente y se pretende entender el significado que las personas atribuyen a esa realidad y cómo experimentan el mundo que crean en interacción a través del lenguaje.

Desde esa perspectiva, según Flick (2007), las técnicas cualitativas permiten aprehender la complejidad del proceso que viven las personas a partir del conocimiento de los significados, de las experiencias y del sentido multidimensional de sus comportamientos (Flick, 2007). Así, los métodos de investigación cualitativa mantienen dicha perspectiva interpretativa, en cuanto que buscan la comprensión de las acciones y la conducta humana (Topping, 2008).

En la presente investigación, el diseño cualitativo permite centrar el interés en los fenómenos o comportamientos relacionados con la actividad física, entendiendo que cada situación es única y que el conjunto de condicionamientos son los que explican el sentido que para las personas tienen dichos fenómenos (Ruiz, 2007).

En el inicio del trabajo cualitativo es conveniente contar con claves iniciales de interpretación del fenómeno que se quiere estudiar. En la presente tesis el MPS ha constituido una teoría explicativa previa que ha ayudado a comprender el fenómeno. Así, se conciben las conductas promotoras de salud que las personas adoptan (y específicamente la práctica de actividad física) como una construcción personal que cada individuo adopta a partir del conocimiento y las experiencias propias, en relación con el entorno en el cual vive.

Por todo ello, se ha considerado apropiado utilizar la investigación cualitativa para entender el significado que tienen, para hombres y mujeres entre 45 y 75 años, de un entorno urbano y semiurbano, la práctica de actividad física y los factores que les condicionan para iniciarse y mantener esta práctica como conducta promotora de la salud. La perspectiva interaccionista permite, en esta investigación, comprender el punto de vista de los participantes, ahondar en cómo han construido las vivencias en interacción con su entorno y conocer qué condicionantes han intervenido en la generación de las actitudes, creencias,

expectativas y motivaciones que subyacen en la conducta de realizar actividad física como forma de promover la propia salud.

3.3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

En la investigación desarrollada se han utilizado una combinación de estrategias metodológicas que responden a la intención de comprender extensamente el problema de estudio. Así, y siguiendo la propuesta de Valles (2007), se ha desarrollado la estrategia de triangulación en la que se ha combinado el estudio de casos con la investigación documental de la literatura técnica, con el fin de realizar una aproximación al objeto de estudio.

3.3.1. Ámbito de estudio, acceso a la muestra y muestreo

El estudio se ha realizado en la provincia de Barcelona. La recogida de los datos se llevó a cabo en mujeres y hombres, entre 45 y 75 años, residentes en dicha provincia.

El acceso a la muestra se desarrolló en dos fases. En la primera, se accedió a los centros, deportivos y asistenciales, a los cuales se les solicitó colaborar en la selección de los participantes. Se obtuvo la conformidad de un centro deportivo y de tres Centros de Atención Primaria (CAP). Las personas responsables de los centros dieron su aprobación para facilitar el acceso a los participantes, utilizar las instalaciones para la realización de las entrevistas y contar con algunos profesionales para la selección de las personas, según los criterios de inclusión.

En una segunda fase, se contactó con los participantes a través de una monitora de actividad física del centro deportivo y a través de los componentes (enfermeras y médicos) de los tres equipos de atención primaria. En los tres CAP, se desarrollaron reuniones informativas con los integrantes de los equipos, en las que se les informó de las características del estudio y del tipo de colaboración que se requería. Cabe destacar el gran interés que todos ellos mostraron en el estudio y su

total disposición a colaborar. Una vez que dichos profesionales explicaban a las personas las características y objetivos de la investigación, se derivaban a una consulta o un despacho a aquellas que estaban interesadas en formar parte del estudio. En el primer contacto, se les informaba verbalmente y por escrito de todos los detalles de la investigación, se les facilitaba la posibilidad de realizar aclaraciones, se les ofrecía la opción de interrumpir y no continuar la conversación, si así lo deseaban y se les ofertaba la posibilidad de realizar la entrevista en aquel mismo momento, o con posterioridad, en el lugar que ellos eligiesen. Las personas que decidían formar parte de la investigación, firmaban el consentimiento informado para la realización de la entrevista y para la grabación de la misma (anexo 1). La mayoría de los participantes fueron entrevistados en los centros, pero cuatro de ellos prefirieron realizar la entrevista días más tarde en sus domicilios.

En el diseño de la investigación se han tomado decisiones en cuanto al muestreo en la línea de seleccionar los casos y los contextos relevantes para el tema a investigar. Dos de los criterios que se han utilizado son el de heterogeneidad y el de accesibilidad (Vallés, 2007). Ello se ha traducido en la elección de tres tipos de entorno: un centro deportivo, donde se realiza actividad física de forma planificada, en el que se entrevistó a las personas que realizan actividad física guiada de forma habitual; tres Centros de Atención Primaria, donde se entrevistaron a personas que realizaban actividad física y a personas que no la hacían; cuatro domicilios donde se entrevistaron a personas activas y no activas.

En la selección de los casos se ha buscado contactar con personas de diferentes edades, sexo y experiencias en actividad física, con la intención de obtener el máximo equilibrio entre diversidad y tipicidad en el fenómeno estudiado. Se han tenido presentes los criterios de inclusión y exclusión establecidos, así como los criterios de propósito de la investigación y relevancia de la misma. Por ello, las decisiones muestrales tomadas, han respondido al objetivo del estudio, de desarrollar conceptos que permiten entender el sentido que tiene para las personas participantes la realización de actividad física y los factores que intervienen en el desarrollo de dicha conducta promotora de salud. De esta manera se optó por

seguir el procedimiento del muestreo intencional, teórico, con una selección estratégica de casos que permitían profundizar en los conceptos para ampliar la teoría de partida (Glaser & Strauss, 1967). Así, se mantuvo el criterio de heterogeneidad, en cuanto a la selección de participantes según edad y sexo, pero en base a la saturación de la información que se iba obteniendo en mujeres y hombres, de dos subgrupos etarios (45-64 i 65-75). Esto implicó, durante el desarrollo del análisis de los datos, encauzar la recogida de información de forma que permitiera establecer nuevas comparaciones entre las personas y el fenómeno de estudio, hasta que se produjo la saturación teórica, es decir, hasta que el análisis adicional ya no contribuyó al descubrimiento de nada nuevo acerca de una categoría (Strauss & Corbin, 2002). Ello se observó habiendo entrevistado a 16 mujeres y a 9 hombres de diversas edades comprendidas entre los 45 y los 75 años.

En el proceso de análisis de los datos se observó tempranamente que emergía información diferenciada entre los participantes activos y los no activos, razón por la cual se decidió diferenciar la muestra, a efectos de saturación de la información, en dichos dos grupos. Ello conllevó que la saturación de ambas se produjo con 15 casos de personas activas y con 10 casos de participantes no activos. El proceso descrito permitió encontrar los participantes que mejor permitían la obtención de información relevante, para comprobar la expresión de los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud en la población estudiada. En este sentido se considera que el problema de investigación abordado en la presente investigación es significativo en cuanto que posee el potencial de verificar y de mejorar la teoría (Burns & Grove, 2005), en este caso el MPS.

Finalmente, la muestra de personas participantes en el estudio la formaron 25 personas, mujeres y hombres, de edades comprendidas entre 45 y 75 años, de una zona urbana y semiurbana, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, de los cuales 15 realizaban actividad física y 10 no.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión han sido:

- Pertenecer al grupo poblacional determinado (entre 45 y 75 años)
- Residir habitualmente en un entorno urbano o semiurbano donde hubiera recursos para la actividad física (gimnasios, zonas de paseo, etc.).
- Autopercepción de buen estado de salud general, a pesar de poder tener alguna enfermedad.
- Realizar cualquier actividad física de forma habitual en los últimos dos años.
- No realizar actividad física de forma habitual y no haberla realizado nunca.
- No realizar actividad física de forma habitual pero haberla realizado con anterioridad de forma habitual y en un período no inferior a dos años.

Los criterios de exclusión han sido:

- Padecer dolor que dificulte o impida la actividad física.
- Padecer alguna enfermedad que imposibilite para la actividad física.
- Padecer alguna enfermedad degenerativa o situación de salud que dificulte la comunicación.

3.3.2. Características sociodemográficas y perfiles de los participantes

De acuerdo con los objetivos de la investigación y para favorecer la variedad de los participantes, se han identificado tres tipologías de participantes en referencia a las características de su perfil de realización de actividad física (tabla 1).

Tabla 1. Perfil de actividad física de los participantes⁷

Tipo 1. Participante activo en la actualidad.
Tipo 2. Participante no activo nunca.
Tipo 3. Participante no activo en la actualidad pero activo en el pasado.

Las características de los participantes que componen la muestra analizada, se indica en la tabla 2. Se incluyen datos sociodemográficos específicos como la identificación de cada participante con un número, el género, la edad, la profesión, la actividad laboral y datos del perfil al que pertenece y el tipo de actividad física que realiza. Todos los participantes en el estudio tienen una situación socioeconómica que les permite cubrir sus necesidades.

3.3.3. Técnicas de recogida de la información

Para responder a los objetivos propuestos, se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad, además de las notas de campo.

Según Erlandson et al. (citado en Valles, 2007) la forma más común de entrevista cualitativa es la entrevista semiestructurada, es decir, aquella que viene guiada por una serie de preguntas y conceptos elementales que quieren ser explorados y cuya redacción no es exacta y firme, así como tampoco lo es el orden de las preguntas. La entrevista en profundidad se entiende como reiterados encuentros entre la investigadora y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor & Bodgan, 2009).

⁷Se ha considerado activa la persona que realiza una actividad física moderada al menos 30 minutos todos los días de la semana o una actividad física intensa de 30 minutos al día, 5 días a la semana o 45 minutos al día, 3 días por semana.

Se considera actividad física moderada: la que comporta un consumo de oxígeno de entre 3-6 MET, que es el que se da caminando rápido, subiendo escaleras, utilizando la bicicleta estática, bailado, nadando, haciendo aeróbic.

Se considera actividad física intensa la que comporta un consumo de oxígeno superior a 6 MET, que es el que se da corriendo, haciendo bicicleta de montaña.

Tabla 2. Datos sociodemográficos y perfil de los participantes

Perfil						
Participante	Género	Edad	Profesión	Actividad laboral	Perfil	Tipo de actividad
P1	M	70	Costurera	Jubilada	Tipo 1	Baile y gimnasia
P2	M	74	Dependiente	Jubilada	Tipo 1	Natación y gimnasia
P3	H	66	Agente comercial	Jubilado	Tipo 1	Gimnasia
P4	M	64	Óptica	jubilada	Tipo 1	Natación
P5	M	50	Azafata	Activa	Tipo 1	Natación
P6	M	46	Secretaria	No activa	Tipo 1	Natación
P7	M	63	Monitora comedor escolar	Activa	Tipo 1	Natación
P8	M	59	Psicóloga Pedagoga	Activa	Tipo 1	Natación
P9	H	54	Economista	Activo	Tipo 1	Gimnasia
P10	M	63	Secretaria	No activa	Tipo 1	Natación
P11	M	54	Secretaria y carpintera	No activa	Tipo 2	–
P12	M	63	Ama de casa	No activa	Tipo 2	–
P13	M	61	Empleada doméstica	Activa	Tipo 3	Baloncesto, correr
P14	M	45	Dependiente	Activa	Tipo 3	Gimnasia
P15	H	68	Agente comercial	Jubilado	Tipo 3	–
P16	H	73	Metalurgia	Jubilado	Tipo 1	Gimnasia y caminar
P17	H	66	Metalurgia	Jubilado	Tipo 1	Baile
P18	M	72	Ama de casa	No activa	Tipo 2	–
P19	M	66	Ama de casa	Jubilada	Tipo 1	Caminar y gimnasia
P20	M	59	Maestra	Activa	Tipo 1	Gimnasia
P21	H	64	Artes gráficas	Activo	Tipo 1	Caminar
P22	H	74	Construcción	Jubilado	Tipo 2	–
P23	H	56	Comercial	Activo	Tipo 3	Fútbol
P24	M	68	Ama de casa	No activa	Tipo 2	–
P25	H	65	Construcción	Jubilado	Tipo 3	Bicicleta

Así pues, para la obtención de los datos de esta investigación se optó por la utilización de la entrevista en profundidad semiestructurada. Para la recogida de la información se elaboró un guión de entrevista en base a los objetivos de la investigación, considerando los conceptos teóricos desarrollados en el MPS y algunos cuestionarios validados para la valoración de los factores condicionantes de la actividad física⁸ (Sechrist, Walker, & Pender, 1987). El guión de entrevista constó de 10 ítems cada uno de los cuales se explicitaban en varias preguntas, que se fueron perfeccionando después de cuatro pruebas piloto (anexo 2).

Para la realización de entrevistas en profundidad tuvo lugar un encuentro con cada uno de los participantes, con la finalidad de valorar los determinantes de la conducta promotora de salud de actividad física. Cada entrevista se desarrolló en un tiempo de entre 30 y 60 minutos. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, integrando los aspectos recogidos en los memorandos.

En los memorandos se registró la información referida a cuatro aspectos: incidencias del entorno, actitud del participante, actitud y reflexiones de la investigadora. Las anotaciones realizadas ayudaron a la comprensión de algunas ideas que iban apareciendo durante la conversación.

3.3.4. Procedimientos y técnicas de análisis de los datos

En la investigación cualitativa se ha debatido sobre cuál ha de ser el propósito de los estudios teóricos, indicando dos posibilidades: la de desarrollar la teoría o la de verificar la teoría. Los sociólogos Glaser & Stauss defienden que el interés debe centrarse en la generación de teoría a partir de los datos (Glaser & Stauss, 1967) y su enfoque de la teoría fundamentada así lo posibilita. Pero Strauss y Corbin (2002), también contemplan que un segundo objetivo de la teoría fundamentada es construir sobre las teorías existentes y modificarlas. Los mismos

⁸ Se pueden consultar los cuestionarios en la página:
<http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>

autores indican que, además de para generar teoría, las técnicas de la teoría fundamentada, también pueden usarse con el propósito de hacer descripciones u ordenamientos conceptuales (Strauss & Corbin, 2002). Para otros autores, la investigación cualitativa puede utilizarse con el fin de verificar o poner a prueba teorías sobre aspectos referentes a la dimensión social de las personas, a través de procedimientos como la inducción analítica (Taylor & Bogdan, 1998). Además, como indica Ruiz (2007), la estrategia de una investigación cualitativa puede ir orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado. La mayoría de los investigadores utilizan en sus estudios elementos de ambos enfoques para llegar a un ajuste entre los datos y las explicaciones teóricas de los fenómenos estudiados (Taylor & Bogdan, 1998), en tanto que los temas, conceptos o proposiciones que se identifican inductivamente son sometidos a verificación para confirmarlos deductivamente, lo cual abre un nuevo ciclo inductivo (Huberman et al., 2000; cit en Amezcua & Gálvez, 2002).

Ya en sus orígenes, la teoría fundamentada se consideró como un intento de proporcionar una guía para el análisis de los datos⁹ en el estudio de casos y se observó la semejanza con el procedimiento de la inducción analítica (Bulmer, 1979; cit en Valles 2007). Los propios Glaser y Strauss (1967) consideran que ambos procedimientos, la inducción analítica y el método de las comparaciones constantes de la teoría fundamentada, son técnicas complementarias en el análisis de datos en el estudio de casos.

En el marco de la presente tesis ha interesado una comprensión en profundidad de las personas estudiadas, a partir de sus propias vivencias, pero teniendo presente un marco conceptual que orienta la interpretación de los datos. Así, siguiendo la línea de Taylor & Bogdan (1998), y en base a los objetivos de la investigación, se ha elegido una opción que combina las estrategias nombradas anteriormente. En un primer momento, y siguiendo los planteamientos de la teoría fundamentada, se

⁹ En la presente tesis se ha utilizado la Teoría Fundamentada en el sentido de estrategia para el análisis de datos, dentro de la perspectiva teórica interaccionista. No se contempla como perspectiva teórica.

han valorado las percepciones de los participantes a través del método de comparaciones constante (Glaser & Stauss, 1967), analizando y codificando los datos para desarrollar conceptos e identificar sus interrelaciones y propiedades. Además, en un segundo momento, con la intención de comprender a las personas estudiadas, se ha realizado un planteamiento cercano a la inducción analítica (Taylor & Bogdan, 1998) cuando se han interpretado los datos a partir de los supuestos teóricos del MPS, comparando los factores determinantes de la conducta descritos en la teoría, con las experiencias de los participantes. Siguiendo el método de inducción analítica se ha dirigido la atención hacia los casos negativos, es decir, se han analizado aquellos casos que no responden a lo descrito en la teoría. Con ello se han podido observar las particularidades y refinar y matizar la teoría (Taylor & Bogdan, 1998). En la presente investigación, los casos que no se ajustaban a las proposiciones descritas en el MPS han ayudado a plantear una explicación complementaria a la del MPS, respecto de los factores que condicionan la realización de actividad física y las relaciones entre ellos. Así, se ha intentado comprender en qué aspectos y cómo confluyen y difieren las experiencias de las personas en cuanto a la actividad física como conducta promotora de salud y de qué manera se integran en la teoría. Esto ha permitido desarrollar nuevos conceptos emergentes, identificar sus propiedades, explorar sus interrelaciones y reintegrarlos en el planteamiento teórico del MPS (Taylor & Bogdan, 1998).

Categorización y codificación

El análisis de los datos para su codificación y categorización se realizó manualmente. De acuerdo con Farías (2005), se ha considerado que la transcripción y el análisis de los datos es una parte decisiva de la interpretación de los mismos y su desarrollo de forma manual la facilita.

Fase inicial del análisis

El proceso de análisis de los datos ha comportado un análisis del contenido de las entrevistas transcritas. Se inició con un procedimiento inductivo de comparación de los textos, identificando las informaciones comunes a un conjunto de fragmentos que se podían englobar en una idea (Strauss & Corbin, 2002). Dichos fragmentos de ideas se codificaron siguiendo, en un primer momento, el modelo de codificación abierta, es decir, permaneciendo abierto a la indagación, a la generación de nuevos conceptos más allá de los descritos en la teoría, pero teniendo presente que la interpretación era provisional. Así, se realizó un análisis descriptivo inicial con el fin de denominar conceptos y definir categorías. Esta codificación se realizó a partir de los datos presentes en los textos, pero incluyendo el conocimiento descrito en la literatura técnica (en este caso, en el MPS), así como la experiencia de la propia investigadora (Strauss & Corbin, 2002). La codificación abierta comportó dividir los datos en conceptos que representaban aspectos importantes sobre la experiencia de la actividad física y agrupar y etiquetar los conceptos emergentes. Se leyeron los textos, línea por línea, buscando palabras o frases destacadas. Se comparó cada dato con el resto y cada entrevista con la anterior y se iban subrayando y escribiendo las palabras clave al margen. Cada unidad de significado era puesta en relación con otras, de manera que se llegaron a identificar y etiquetar 69 códigos conceptuales, que se agruparon en 10 categorías. Se trató de evitar que dichos códigos etiquetados, fueran una mera descripción del texto, sino que por el contrario, se formularon en términos conceptuales (Strauss & Corbin, 2002) y cuando era posible se utilizaron las propias palabras de los participantes para nombrar los códigos.

Fase media del análisis

En un segundo momento, se realizó el procedimiento de codificación axial, en el que se analizaron las diez categorías estableciendo sus propiedades y dimensiones, relacionándolas entre sí, buscando el conjunto de condiciones, interacciones, estrategias y consecuencias del fenómeno al que hacía referencia la

categoría (comportamiento, opinión, percepción) (Strauss & Corbin, 2002). Ello permitió identificar las subcategorías de cada categoría y sus relaciones. Se identificaron y etiquetaron 31 subcategorías. Para establecer relaciones entre las categorías y las subcategorías se revisaron los supuestos teóricos del MPS y se plantearon preguntas en cuanto si lo que se indicaba en la teoría aparecía reflejado en ellas. Cuando no era así, se formulaban preguntas para ayudar a la interpretación de lo expresado por los participantes, es decir se volvía a los datos. Se plantearon preguntas como: *¿El conocimiento de los beneficios de la actividad física actúa de la misma manera en las personas activas entrevistadas? ¿En qué sentido son similares y diferentes?* Este planteamiento fue útil para crear y validar los diversos niveles de abstracción e identificar y reformular los distintos niveles de códigos: conceptos, subcategorías, categorías y metacategorías.

Fase final del análisis

Por último se realizó el procedimiento de codificación selectiva, en el que se revisaron las categorías, analizándolas en el sentido de su relación con los conceptos descritos en la teoría, para así, agruparlas en las categorías predeterminadas en el MPS. Ambos procedimientos, utilizados simultáneamente previene de una excesiva inmersión en los materiales (entrevistas, notas de campo) y conlleva a pensar en términos de conceptos y sus relaciones (Strauss & Corbin, 2002), a la vez que facilita la identificación de categorías centrales. Durante este proceso, por tanto, se siguió un análisis comparativo, primero inductivo y después deductivo. Este último procedimiento sirvió, además, para asegurar los requisitos básicos en la formulación del sistema de categorías (definir categorías mutuamente excluyente, que no se solapen y atenerse a un único criterio de clasificación para que el sistema sea coherente) y disponer de los referentes teóricos del MPS, facilitó el criterio de clasificación. Finalmente, las 10 categorías se agruparon en 3 metacategorías, dos de las cuales son coincidentes con las descritas en el MPS, mientras que una de ellas se propone de forma diferente al MPS, en base a los resultados de la presente investigación (Tabla 3).

Tabla 3. Subcategorías, categorías y metacategorías

METACATEGORÍA A: Características individuales y experiencias
CATEGORÍA 1. Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales
<p>Subcategorías:</p> <p>1.1. La edad</p> <p>1.2. El peso corporal</p> <p>1.3. La capacidad física</p> <p>1.4. La autoestima</p> <p>1.5. La automotivación</p> <p>1.6. El estado de salud percibido</p> <p>1.7. La disponibilidad de recursos</p> <p>1.8. La actividad física como una actividad ajena culturalmente</p>
CATEGORÍA 2. Conducta previa
<p>Subcategorías:</p> <p>2.1. La actividad física como hábito adquirido en etapas anteriores de la vida</p>
METACATEGORÍA B: Cogniciones y afectos relacionados con la AF
CATEGORÍA 3. Beneficios percibidos de la AF
<p>Subcategorías:</p> <p>3.1. Las creencias sobre los beneficios físicos de la AF</p> <p>3.2. Las creencias sobre los beneficios psicológicos de la AF</p> <p>3.3. Las creencias sobre la actividad física como posibilidad de relación</p>
CATEGORÍA 4. Barreras percibidas para la AF
<p>Subcategorías:</p> <p>4.1. Las percepciones de barreras personales: la falta de tiempo, la pereza, el esfuerzo o cansancio</p> <p>4.3. Las percepciones de barreras del entorno: la incompatibilidad de horarios, la preocupación por la propia seguridad</p>
CATEGORÍA 5. Autoeficacia percibida para la AF
<p>Subcategorías:</p> <p>5.1. El reto autoimpuesto como forma de sentirse capaz</p> <p>5.2. La evaluación de la propia capacidad</p>
CATEGORÍA 6. Afecto relacionado con la AF
<p>Subcategorías:</p> <p>6.1. Sentirse bien físicamente</p> <p>6.2. Sentirse bien psicológicamente</p> <p>6.3. La percepción de mejorar el rendimiento cognitivo</p>

6.4. Las sensaciones provocadas por las relaciones
6.5. Las sensaciones negativas
CATEGORÍA 7. Compromiso con un plan de AF
Subcategorías:
7.1. El compromiso con realizar actividad física
CATEGORÍA 8. Demandas inmediatas que compiten con la AF y preferencias
Subcategorías:
8.1. Demandas de cuidado a familiares o relaciones
8.2. Demandas de la propia salud
8.3. Preferencia por actividades alternativas
METACATEGORÍA C: Factores contextuales
CATEGORÍA 9. Influencias interpersonales
Subcategorías:
9.1. Las expectativas de las personas importantes
9.2. El apoyo profesional
9.3. El grupo como modelo y apoyo
CATEGORIA 10. Influencias situacionales
Subcategorías:
10.1. Las opciones disponibles
10.2. Requerimientos de cuidados familiares
10.3. La necesidad de ocupar el tiempo

3.3.5. Estrategias de rigor metodológico

Con el fin de asegurar los criterios de calidad de la presente investigación y en coherencia con la utilización de la teoría fundamentada como técnica de análisis de los datos, se han tenido en cuenta los criterios descritos por Erlandson, Harris, Skipper & Allen (1993), de confiabilidad, de autenticidad y éticos. Así, el criterio de confiabilidad tiene que ver con lo que Lincoln & Guba (1985) consideran la credibilidad y la transferibilidad. La credibilidad se relaciona con la exactitud de los hechos, la obtención de información veraz, es decir, la correspondencia de lo observado y expresado por el investigador con la realidad. La transferibilidad se relaciona con la posibilidad de extrapolar los resultados de la investigación a otros contextos. Para garantizar la confiabilidad se han utilizado algunos recursos

técnicos como la grabación de las entrevistas; la transcripción realizada por la propia investigadora, teniendo presente las anotaciones del diario de campo; la dispensación del lugar y tiempo pertinentes para posibilitar una entrevista adecuada; la triangulación de métodos, derivada de la utilización de las dos técnicas de análisis de los datos, en una de las cuales se utilizan las fuentes documentales del MPS. Erlandson et al., (1993) mantiene que en la investigación cualitativa, estas son las formas para buscar la credibilidad de los estudios. En relación a la transferibilidad, dadas las asunciones ontoepistemológicas de la presente tesis, no se ha pretendido extrapolar los resultados, aunque la información obtenida sobre los factores que condicionan la adopción de la actividad física como conducta promotora de la salud en el grupo estudiado y su vinculación con los planteamientos teóricos, favorece la posibilidad de extender los resultados de la investigación a otros contextos similares.

Los criterios de autenticidad y éticos se han observado minuciosamente por parte de la investigadora al mantener durante el proceso de investigación, como describe Erlandson et al., (1993), las relaciones adecuadas y favorables a los contextos y personas estudiadas, así como respetar los principios y requisitos éticos derivados de cualquier investigación. Durante las entrevistas se mantuvo una relación cercana con los participantes a través de una escucha activa, respetuosa y mostrando una total disposición a una comunicación abierta. Todo ello favoreció que se estableciera un clima en el cual se hablase con franqueza y libertad.

3.3.6. Consideraciones éticas

Las personas participantes en el estudio fueron informadas sobre el mismo, sobre su finalidad, etapas y duración. Se solicitó su consentimiento a participar en el estudio, a través de la firma de un documento en el que se garantizaba la confidencialidad de los datos y su correcto uso, así como la libertad para no participar o dejar de hacerlo en cualquier momento sin tener que dar ninguna razón.

El estudio de investigación ha sido sometido a la evaluación de la Comisión de Bioética de Universitat de Barcelona e informado favorablemente por la misma (anexo 3).

3.3.7. Límites y potencial de la investigación

El estudio de los factores que condicionan la salud a partir de la percepciones, experiencias y sentidos que tienen para las personas participantes en el estudio, a través de métodos cualitativos, no podrán extrapolarse, como ya se ha indicado anteriormente, a otros grupos de personas. No obstante el conocimiento que el estudio ha generado podrá utilizarse en grupos de características similares.

Al final de la tesis se presentan, con mayor detalle, las implicaciones que tiene la presente investigación para la práctica clínica, la investigación y la formación enfermera.

CAPÍTULO 4.
RESULTADOS Y DICUSIÓN

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta la información obtenida de los informantes, su análisis y discusión. El capítulo está configurado por dos apartados. En el primero se presentan los resultados derivados del análisis de las entrevistas, su interpretación y la discusión de los mismos. En el segundo se incluye la discusión de las relaciones intercategorías y el análisis comparativo con el MPS.

El proceso de análisis que conduce a los presentes resultados, se ha realizado a partir de las transcripciones de las entrevistas, identificando los conceptos emergentes como unidades mínimas de sentido, así como las categorías y subcategorías, asignándoles códigos y comparándolas entre sí, a la vez que se han relacionado con las propuestas por el MPS, a través del método de las comparaciones constantes. De esta manera se garantiza la triangulación teórica. En el tabla 4 se indican las referencias textuales de las unidades de significado, que conforman cada uno de los 69 conceptos identificados en la codificación abierta. Igualmente, se señalan las 10 categorías, las 31 subcategorías y las 3 metacategorías, que han emergido del proceso de análisis y codificación axial y selectiva.

A. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS	
1. FACTORES PERSONALES	
1.1. La edad	
111. Empezar joven	Activos: Empecé muy joven (p3). A la edad que tengo es necesario seguir activa (p5)
112. La edad madura como necesaria para iniciarse en la AF	Activos: Me tengo que cuidar porque ya tengo una cierta edad (p14). Una vez que se pasan los setenta, hay que estar preparado (p16). A la edad que yo tengo se tiene que hacer alguna actividad física (p17)
1.2. El peso	
121. Mantener el peso	Activos: Me gusta mantenerme como estoy (p5). Tengo problemas de control de peso y el ejercicio me ayuda (p20).
122. Sobrepeso como dificultad para la AF	No activos: Pero también me cansaría, hasta que no empezara y bajara un poco el peso (p14). Me jubilé y empezaron los quilos y ahora (p15).
1.3. La capacidad física	
131. Buena capacidad física como facilitadora de la AF	Activos: Yo he ido siempre muy rápida [agilidad, fuerza, equilibrio], por eso creo que me he adaptado a hacer ejercicio (p2). Me encuentro ágil, flexible (p3). Estoy más ágil. Yo aguanto mucho mejor, me recupero antes (p5). Si no haces ejercicio. No se coge musculatura (p16).
132. Mala capacidad física como dificultad para la AF	No activos: Empiezo, pero me canso, me canso (p15)
1.4. La autoestima	
141. Autovalorarse positivamente	Activos: Estoy muy bien, soy una persona bastante animosa (p8). El principal motivo es aumentar la autoestima (p9). Es que si no tuviésemos una filosofía optimista yo creo que mi trabajo no lo podría hacer. Ni el ejercicio (p20).
142. Autovalorarse negativamente	No activos: Pero yo siempre me valoro muy poco (p10).
1.5. La automotivación	
151. Motivación intrínseca	Activos: Pero sí me va, yo soy constante, esto sí (p2). La motivación, primero ha empezado siendo mía (p3). Es una cosa mía (p6). Mi carácter es de hacer algo (p16). Si tengo que hacer eso por lo que sea, porque tengo unos motivos bien establecidos, lo tengo que hacer y se ha acabado (p20). Es voluntad, nada más ¡quiero hacerlo!, ¡quiero estar cómodo!, ¡quiero estar ágil! (p21). Está el ambientillo del grupo (p7). Entre yo y el deporte hay en común la competitividad (p23).
152. Motivación extrínseca	Activos: El ejercicio físico es imprescindible para controlar la diabetes (p20).

<p>No activos: Yo empecé a hacer deporte porque quería adelgazar (p14).</p> <p>153. Falta de motivación</p> <p>No activos: Pienso que es más psicológico, no me veo, me faltan fuerzas realmente, me falta voluntad (p23). No tengo yo ganas de correr ahora (p22). Tampoco debía tener una gran pasión, porque sino, encuentras el tiempo (p25). No sé qué me pasa, me cuesta más arrancar (p12).</p>
<p style="text-align: center;">1.6. El estado de salud percibido</p> <p>161. La AF como necesaria para la salud</p> <p>Activos: Eso es porque sigo haciéndolo. Yo sí. Nunca he tenido nada, nunca de nada de nada. (p2). Llegar a la edad que tenemos y encontrarnos tan bien (p7). Porque yo pensaba que lo necesitaba y por eso lo hago (p8). Tenía que hacer un deporte y me apunté (p10). Yo empecé a hacer deporte por bienestar, por necesidad de encontrarme mejor (p14). Y ya me dijeron 'la tensión la tienes alta'... y empecé (p19). Y después tengo otro motivo, que aún me refuerza más: me diagnosticaron de diabetes (p20). Porque al dejar de fumar me engordé (p25).</p> <p>162. La AF no considerada como necesaria para la salud</p> <p>No activos: No, porque pienso: si no lo necesito (p11). No tiene suficiente peso [la salud] (p15).</p>
<p style="text-align: center;">1.7. La disponibilidad de recursos</p> <p>171. Recursos económicos y de tiempo suficientes</p> <p>Activos: Bueno, me lo paga mi hijo [el gimnasio] y por eso puedo ir (p2). Me lo puedo permitir (p4). Lo puedo pagar (p5). Ahora me lo puedo permitir (p6). Eso no es problema, por ahora (p7). Es gratis, pero si tuviera que pagar lo haría (p16). No es muy caro y lo podemos pagar (p17). Ahora tengo tiempo. Exactamente. No hay problema. Lo tengo fácil (p19).</p> <p>No activos: Sería un inconveniente si no pudiera (p14).</p>
<p style="text-align: center;">1.8. Actividad ajena culturalmente</p> <p>181. No costumbre de realizar AF</p> <p>No activos: En mi familia no ha habido nunca esa tradición, nada más que trabajar. La época nuestra no ha sido de relajamiento (p24).</p>
<p style="text-align: center;">2. CONDUCTA PREVIA DE REALIZACIÓN DE AF</p> <p style="text-align: center;">2.1. La actividad física como hábito adquirido en etapas anteriores de la vida</p> <p>211. Práctica de AF desde la juventud</p> <p>Activos: Prácticamente toda la vida, desde los 18 años (p3). Siempre he hecho ejercicio (p5). Empecé con 12 años (p6). Desde muy jovencito (p8). Desde los 15 (p9). Yo he jugado a fútbol hasta los cuarenta años (p21). Toda mi vida he jugado a fútbol (p23). Siempre he hecho ejercicio (p5). Con más o menos intensidad lo he hecho siempre (p20).</p> <p>212. Práctica de actividad física desde la madurez</p> <p>Activos: La gimnasia hará unos diez años (p1). Desde los 64 años que me retiré (p2). Muy poco, debe hacer 6 o 7 años (p4). Puede que haga 30 años (p7). Hace tres o cuatro años (p10). Llevo por lo menos 6 años, desde que me jubilé (p17). Ahora llevo 6 años (p19). Hace unos años, desde que me jubilé (p16).</p> <p>213. La práctica de AF en el pasado y no ahora</p> <p>No activos: Cuando era pequeña, sí, me gustaba el deporte, correr, baloncesto y ahora quisiera hacerlo pero no puedo (p13). De pequeña he hecho mucho ejercicio (p14). No tengo ganas de correr yo ahora (p22). Ahora me cuesta retomarlo (p25).</p>

<p>214. La no práctica de AF No activos: No, nunca (p11). No he hecho casi nada, o sea, nada (p12). Nos hemos acomodado (p15). No hija, no! Trabajar, trabajar y trabajar (p18). De deporte no he hecho nunca (p24).</p>
<p>B. COGNICIONES Y AFECTOS RELACIONADOS CON LA AF</p>
<p>3. BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA AF</p>
<p>3.1. Las creencias sobre los beneficios físicos de la AF</p>
<p>311. La AF ayuda a mejorar la salud Activos: Te desanquilosas (p4). Va bien para la espalda (p5). Forma parte de una vida sana (p9). Me va bien, me conviene hacerlo (p10). Se mantienen bien las analíticas del colesterol (p17). Tienes más capacidad de respirar. Ayuda a dormir (p21). No activos: Se los beneficios porque me los ha dicho la enfermera y mi hijo lo ha estudiado (p12). Me ayudaría para la circulación de las piernas (p13). Sirve para la obesidad, el colesterol (p14). Sé los beneficios que tiene (p15). Estoy informado de que hacer ejercicio es saludable (p25).</p> <p>312. La AF ayuda a mantenerse en forma y ágil Activos: Te ayuda a mantenerte en forma (p5). Ayuda a estar más ligero (p23). Va bien para estar más ágil (p8). Ayuda a la elasticidad, a mover todas las articulaciones (p16). Se recupera la forma rápido. Estás más ágil, más ligero (p17).</p> <p>313. La AF ayuda a la disminución del dolor Activos: Me he ido sin dolor (p4). No te duelen tanto ni las piernas, ni la espalda, ni los huesos (p6). Yo sé que haré otro ejercicio y se pasará el dolor (p20).</p> <p>314. La AF ayuda a mantener el peso Activos: yo sé que conlleva casas en la salud y los quilos están relacionados (p6). Estaría más gorda (p7). Cuando se está gordo, se consigue reducir grasa (p9). El peso lo mantengo. Ahora me muevo más y se nota (p17).</p>
<p>3.2. Las creencias sobre los beneficios psicológicos de la AF</p>
<p>321. La AF ayuda a estar de buen humor Activos: Te encuentras mejor humorada (p1). Creo que te da hasta mejor humor (p6). Creo que el cuerpo lo pide y anímicamente es fantástico (p20). No activos: Se por personas cercanas a mí, que son más alegres, que están más contentos y positivos (p14).</p> <p>322. La AF proporciona vitalidad Activos: Te da vitalidad, te da energía (p6). Te encuentras con mucha vitalidad (p17). El ejercicio ayuda a tener una visión optimista de la vida (p20).</p> <p>323. La AF ayuda a evitar la ansiedad Activos: Ayuda a descargar adrenalina, a sentirte mejor (p5). Va muy bien si tienes alguna ansiedad (p20). No activos: Me ayudaría, sobre todo mental, me relajaría (p13). Soy muy nerviosa. Estaría más relajada (p11).</p>

3.3. Las creencias sobre la AF como posibilidad
<p>de relación</p> <p>331. La AF facilita las relaciones Activos: Te puedes relacionar (p4). Es importante hacer cosas compartidas que te sirvan como bienestar (p8). Hay que buscar juntarse con gente que se mueva (p21). No creo que sea más beneficioso (p5). No creo que sea algo tan beneficioso sólo por estar en grupo (20).</p>
4. BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA AF
4.1. Barreras personales
<p>411. La falta de tiempo No activos: No tengo tiempo para nada, ni para mí misma (p13). Es importante el tiempo, no tengo tiempo (p14). Si me sobrara el tiempo lo haría (p25).</p> <p>412. La pereza Activos: Me da un poco de pereza, pero lo hago (p3). Me da pereza, pero la supero, me obligo y pienso que me lo pasaré bien (p4). Me da pereza venir, pero cuando estoy aquí estoy contenta (p7). A veces te da mucha pereza, pero lucho contra la pereza y lo hago igualmente (p8). Me da mucha pereza, pero llega la hora y me levanto (p10). No activos: Me da pereza y también por comodidad (p11). Me da pereza, soy vaga (p14). Somos un poco gandules (p15). Necesito fuerza de voluntad (p12)</p> <p>413. El esfuerzo o cansancio Activos: Si no vieras que te ayuda y que te gusta, el cansancio no lo aguantarías y lo dejarías (p17). Incluso si estoy cansada, voy (p5). Hay días que estoy cansada, pero voy y salgo muy diferente. No es impedimento (p20). No activos: siento el cansancio, estoy trabajando todo el día (p13). Cuando te encuentras mal a nivel psicológico, el esfuerzo no apetece hacerlo (p14). No me gustaría sentirme cansada (p12).</p>
4.2. Barreras del entorno
<p>421. La incompatibilidad de horarios No activos: Tengo que desplazarme y sólo hay tres horarios y no puedo (p12).</p> <p>422. Preocupación por la propia seguridad No activos: Me da un poco de miedo porque si salgo estoy en el bosque (p11).</p>
5. AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA LA REALIZACIÓN DE AF
5.1. El reto autoimpuesto
<p>512. Autodisciplina para aumentar la autoestima Activos: Es más importante para mí el seguir esta autodisciplina, para aumentar la autoestima (p9).</p> <p>512. Cumplir con el compromiso Activos: Me siento satisfecho porque cumplo con un compromiso (p25).</p>
5.2. La evaluación de la propia capacidad
<p>521. Tener la capacidad y el control Activos: Estoy contenta conmigo misma porque para hacer gimnasia no me encuentro mal nunca (p1). Yo busco todo lo que me va bien (p2). Tengo amigos de mi</p>

<p>edad que no están en las condiciones que estoy yo (p3). Estoy encantada. Voy allá donde sea (p7). Te sientes que eres capaz de mantener esa rutina. Estás contenta contigo misma (p6). Soy muy constante y cuando me propongo una cosa la hago (p5). Tengo facilidad (...) si ves que vas evolucionando te animas (p17). Yo soy capaz de hacerlo (...) si yo lo he de hacer y compruebo que va bien hacerlo..., si así lo tengo todo controlado..., pues lo hago (p20). Pienso que lo genera el hacer una actividad compartida con gente (p8)</p> <p>522. No tener capacidad No activos: Estoy desesperada, aburrida, nerviosa (...) a lo mejor necesito que sea como una obligación (p11). Es que no lo he hecho nunca, soy muy patosa (p12)</p> <p>523. Tener capacidad y no hacerlo No activos: Me siento capaz y no lo hago. No tengo una prioridad absoluta (p14).</p>
<p>6. AFECTO RELACIONADO CON LA AF 6.1. Sentirse bien físicamente</p>
<p>611. Sentirse activo Activos: Claro que me gusta, estoy más activa y mi cuerpo responde bien a todo lo que quiero hacer (p1). Me gusta mucho. El día que no voy me encuentro pesada y no doy golpe (p2). Tengo ganas de salir, de hacer actividades, de hacer cosas (p3). Me va bien, a veces llego apurada e ir a la piscina es mejor que tomar una aspirina (p20).</p> <p>612. Sentirse ágil Activos: Me da agilidad (p4). Me siento más flexible, estoy más ágil. Me gusta, me hacer sentir bien (p5). Voy más ligera, estoy muy ágil, no me canso nunca, me gusta (p7). Me encuentro mucho más ágil (p8). Me encuentro estupendamente y ágil para la edad que tengo (p19). A mí me gusta caminar y después estoy más ágil, con más habilidad (p21).</p> <p>613. Sentirse fuerte Activos: Físicamente me encuentro mejor, fuerte (p9)</p>
<p>6.2. Sentirse bien psicológicamente</p>
<p>621. Sentirse de buen humor Activos: Estás con más ganas de charlar, mejor humorada (p1). Aunque a veces te enfades, estar de buen humor (p17). Estoy satisfecho y mi mujer más contenta porque no estoy sentado (p25).</p> <p>622. Divertirse Activos: Me divierte muchísimo. Soy feliz (p2). Cada día nos divertimos. Me encanta (p7). Me gusta mucho, hacemos la gimnasia pero nos lo pasamos bien (p8). Te diviertes mucho, me gusta y me satisface (p10). Es más divertido, te ríes más y lo pasas mejor (p16). Me va entusiasmando, disfrutas, nos gusta tanto (p17).</p> <p>623. Sentir ánimo, vitalidad y jovialidad Activos: Notas que no te envejeces tanto (p3). Vuelves más animada, es muy ameno (p4). Mentalmente ves las cosas de otra manera, como si te diese vitalidad. Me gusta (p6). He encontrado alivio, ni depresiones ni nada (p19). He comprobado que me ayuda a ser optimista. Para mantenerse bien de ánimo, a mí sí (p21).</p> <p>624. Sentir la mente clara Activos: Me siento muy a gusto, la mente más clara (p5). He notado que voy más suelto, con la cabeza más clara (p9).</p> <p>625. Sentirse relajado</p>

<p>Activos: Me siento más relajada (p5). Me encuentro superbién, he venido con el día negro, negro y salgo relajada (p10). Cuando termina la gimnasia estás más relajado (p16). Empiezo el fin de semana muy relajado (p23). Si tienes alguna ansiedad, pasa, hace que dejes ir energía (p20).</p>
<p style="text-align: center;">6.3. La percepción de mejorar el rendimiento cognitivo</p> <p>631. Percibir mayor creatividad Activos: Con el movimiento la mente se me va y si tengo una cosa, así pienso y encuentro la cuestión, sé por dónde iré y llego a casa y lo escribo (p20).</p> <p>632. Percibir el pensamiento más claro Activos: Al día siguiente pienso mejor (p5). Estoy con la cabeza más clara (p9).</p>
<p style="text-align: center;">6.4. Las sensaciones provocadas por las relaciones</p> <p>641. Posibilidad de relacionarse Activos: Necesitaba relacionarme (p4). Me gusta hacerla clase compartida (p6). Está el ambientillo del grupo (p7). Lo pasamos bien en grupo, no sólo es la cosa física, sino también la psicológica y la social (p8). El caminar y juntarse con gente ayuda a la mente (p21).</p>
<p style="text-align: center;">6.5. Las sensaciones negativas</p> <p>651. Cansancio No activos: No me gusta caminar deprisa, me canso (p12).</p> <p>652. Aburrimiento No activos: Nadar me aburre, correr me aburre. Me gusta divertirme (p14)</p>
<p style="text-align: center;">7. COMPROMISO CON UN PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p style="text-align: center;">7.1. El compromiso con realizar AF</p> <p>711. Alto compromiso con realizar AF. Activos: Muy comprometida (p1). Sí, conmigo misma (p3). Sí, es importante (p4). Aguantaré mientras pueda (p7). Yo sé que tengo el tiempo destinado y ya lo hago (p8). MI nivel de compromiso es alto (p9). De dejarlo, no pienso dejarlo (p10). No falto nunca (p16). Lo tengo como norma (p19). Eso es prioritario (p21). Para mí la piscina es lo primero, es importante para sentirme bien (p5). Yo de esto estoy tan convencida, que nunca dejaré de hacerlo (p20).</p> <p>712. Sacrificarse para seguir haciendo AF Activos: Algún día lo pierdo, pero vengo el sábado (p2). Dejaba al bebé en un rincón y hacía gimnasia (p6). No faltamos, pero cuando falto lo recupero (p17). El tiempo que dedicas aquí lo tienes que quitar de otro sitio o levantarte antes (p6).</p>
<p style="text-align: center;">8. DEMANDAS INMEDIATAS QUE COMPITEN CON LA AF Y PREFERENCIAS</p> <p style="text-align: center;">8.1. Demandas de cuidados familiares o relaciones</p> <p>811. Para cuidar a otros, se modifica el momento de la AF Activos: Si tuviera que cuidar a mis nietos (p1). Cuando vienen mis hijos cambio el día (p4). Cuando se ha puesto un niño malo (p6). Cuando cuido de mis nietos, pero lo combino bien (p16).</p>
<p style="text-align: center;">8.2. Demandas de la propia salud</p> <p>821. La AF pasa a un segundo plano Activos: Sólo lo dejo por salud (p4). Si estuviera enferma, lo dejo (p1). Si te lesionas, no puedes venir (p6). Si no estoy bien, no voy, pero no pasa (p16).</p>

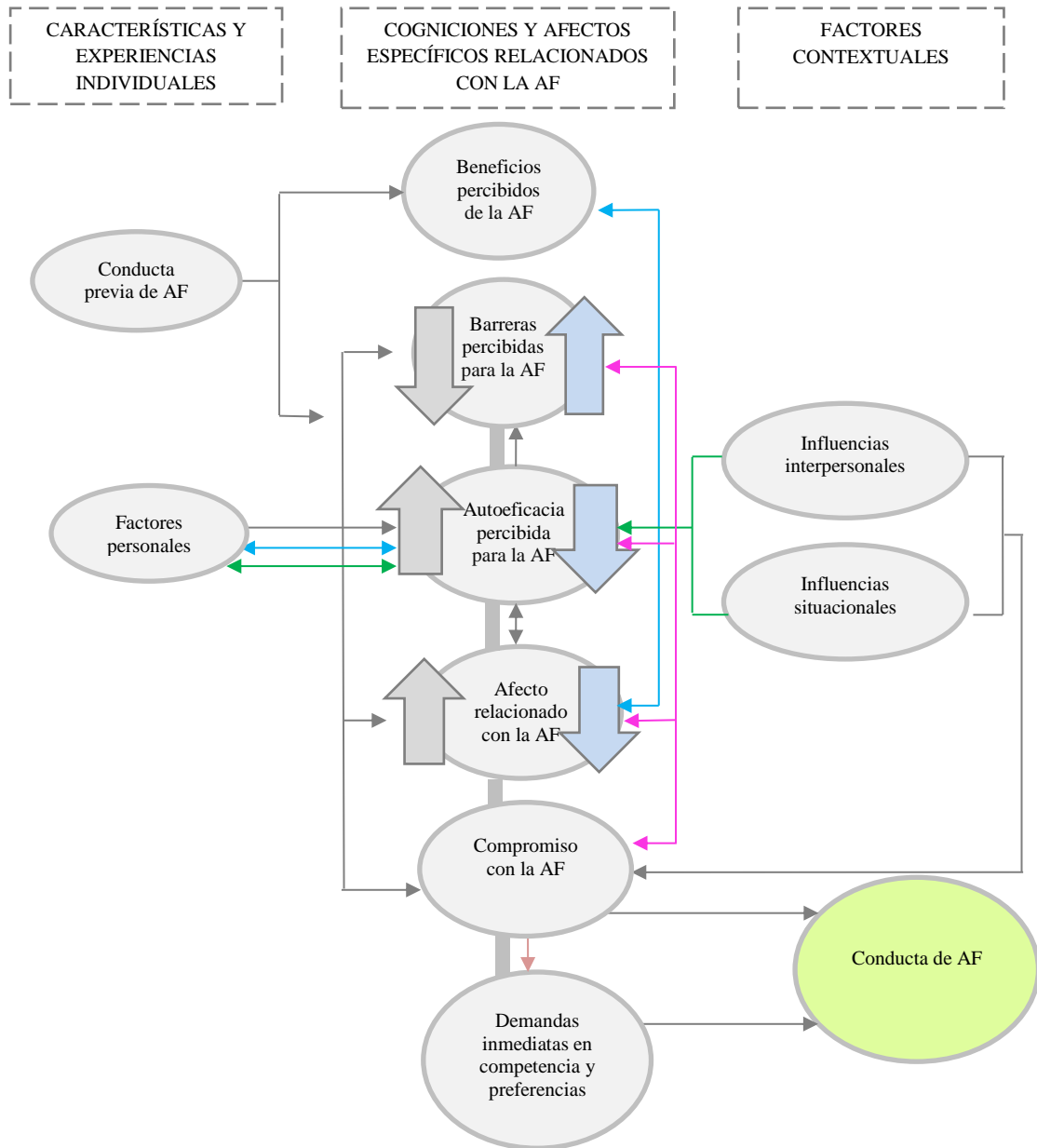
8.3. Preferencia por actividades alternativas
<p>831. No hay preferencias alternativas a la AF Activos: No hay nada que me interese más (p1). Primero el gimnasio (p3). Si es necesario, lo hago otro día (p8). Es lo que más me gusta (p16).</p>
C. FACTORES CONTEXTUALES
9. INFLUENCIAS INTERPERSONALES
9.1. Las expectativas de las personas importantes
<p>911. La familia y amigos facilitan el inicio y mantenimiento de la AF en la madurez Activos: Mamá tienes que hacerlo (p2). Mi mujer también hace ejercicio (p3). Mis hijos me dicen que no lo deje (p4). Mi hijo me dice que no lo deje (p7). Mi marido hace mucho ejercicio (p8). Los chicos están muy contentos de que su padre les explique lo que hace en la bici (p9). Mi sobrino me dijo que me apuntara que se pasa muy bien (p17). Algunas tardes viene mi marido conmigo (p19). Ya hemos hablado que cuando se jubile ella, vendrá también (p21).</p> <p>912. La familia y amigos indujeron al inicio de la AF en la juventud Activos: Mi madre nos enseñó de muy pequeños y ella también lo hacía (p5). Empecé con amigos y duré 10 años (p3). Empecé con los amigos, en un grupo (p9).</p> <p>913. La familia y amigos no intervienen o no influyen o dificultan la AF No activos: Mi sobrina y mis hijos me lo dicen, pero me da pereza (p11). La familia son deportistas. Me apunté al gimnasio por mi hijo, pero ahora no (p12). Mi hermana me lo dijo, pero no puedo (p13). En mi entorno familiar son todos deportistas, pero me han llegado a agobiar (p14).</p>
9.2. El apoyo profesional
<p>921. El apoyo de los profesionales de la AF Activos: La monitora influye, te ayuda, te anima (p4). Esa chica cada día nos hace una cosa nueva, me lo paso muy bien (p7). Tiene que ver que sepan lo que hacen (p8). Una profesora que viene cada día, es perfecto porque luego yo sé lo que tengo que hacer (p19). No activos: Si me obligara alguien que te dice cómo hacerlo (p12).</p> <p>922. El apoyo de los profesionales de la salud funciona Activos: Me lo dijo el médico que tenía que hacerlo (p2). La doctora me dijo que tenía que caminar, hacer deporte (p10). Me dijeron que tenía que andar para evitar complicaciones (p19). El endocrino me dijo que el ejercicio es imprescindible (p20).</p> <p>923. El apoyo de los profesionales de la salud importa pero no es suficiente No activos: Me dijo la doctora que caminará, pero... (p13). Olvidas la batallita de la enfermera (p15). Más de una vez la doctora me lo ha dicho, pero nunca lo he hecho (p11). Sí, algunas veces sí que me lo dice (p18).</p>
9.3. El grupo como modelo y apoyo
<p>931. El grupo es necesario y motiva Activos: La gimnasia se hace en grupo (p1). Vine aquí y necesitaba relacionarme (p4). No soy muy gimnasta, pero empezamos un grupo (p8). Empecé porque vino una chica a buscar un grupo para jugar (p6). El hecho de hacer una actividad en grupo me motiva (p9). Tenemos un grupo, es necesario para bailar (p17).</p> <p>932. En grupo no es necesario Activos: Me gusta hacerlo por mi cuenta, en clases con mucha gente, no (p5). No tengo necesidad de relaciones. Prefiero llegar pronto a casa (p10). No ando a mi</p>

<p>ritmo, te paras. Yo tengo mi recorrido (p19). Yo no necesito estar en grupo, a veces me ha llegado a molestar (p20). No activos: No le veo nada positivo (p14).</p>
<p>10. INFLUENCIAS SITUACIONALES</p>
<p>10.1. Las opciones disponibles</p>
<p>1011. La proximidad de zonas y centros, los horarios y el precio de las actividades organizadas Activos: Tengo cerca el gimnasio (p1). Tengo varios horarios (p2). Está cerca de casa y me lo puedo permitir (p4). Los horarios no son problema y el coste tampoco (p5). Me van bien los horarios (p7). Me lo puedo permitir y no hay problema para venir (p8). Te adaptas a los horarios. Está subvencionado (p16). No se paga nada. Está en el barrio (p17). Tenemos tres días de gimnasia. En el hogar de los ancianos (p19). Hay horarios y voy cuando quiero (p20). Tenemos el paseo a la vuelta y la montaña (p21). 1012. El tiempo, los horarios laborales y las opciones poco atractivas No activos: Los lugares no están cerca (p12). Ella no quiere dejarme [trabaja todo el día y no dispone de tiempo] (p13). No hay margen para acabar del trabajo e ir al gimnasio (p14). Caminar ya no tiene aliciente (p15).</p>
<p>10.2. Requerimientos de cuidados familiares</p>
<p>1021. Mucho tiempo de dedicación y falta de ánimo No activos: Tengo que atender a los padres y al suegro. Sales de allí con lo tuyo y con lo de los otros (p23). 1022. Cuidar de los nietos No activos: Es más importante ayudar a mis hijos. Luego necesito descansar (p18). 1023. Compartir el cuidado de la familia Activos: Nos combinamos el tiempo de cuidar a mi madre (p20).</p>
<p>10.3. La necesidad de ocupar el tiempo</p>
<p>1031. La necesidad de ocupar una parte del tiempo Activos: Vivo solo durante la semana y así ocupo el tiempo libre (p9). Cuando me jubilé, necesité buscar algo (p16).</p>

4.1. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS. METACATEGORÍAS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

Teniendo presente el MPS, se han considerado los factores que condicionan la adopción de la actividad física como una conducta promotora de salud. Dichos factores se agrupan en las tres metacategorías y diez categorías descritas en este apartado. En el análisis de la información obtenida de las entrevistas se han distinguido los conceptos que han emergido y han configurado las subcategorías que aparecen detalladas a lo largo del capítulo. Para cada subcategoría se indican las semejanzas y las diferencias expresadas por las personas participantes, se presenta una síntesis de las ideas principales y se realiza la discusión que se deriva de la interpretación de las mismas, contrastándolas con los planteamientos teóricos del MPS y otros referentes que se consideran apropiados para la crítica o matización de los constructos teóricos del MPS. En la figura 2 se muestra el esquema de las categorías pertenecientes a cada metacategoría y sus interrelaciones, según los hallazgos de la presente investigación.

Figura 2. Esquema de las relaciones entre las metacategorías: *Características y experiencias individuales; Cogniciones y afectos relacionados con la AF; Factores contextuales*



4.1.1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS

La presente metacategoría expresa las características personales (biológicas, psicológicas y sociales) y experiencias de los individuos, que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de las conductas promotoras de salud. Son factores que condicionan la conducta de actividad física (AF), en cuanto que participan en el desarrollo de las cogniciones y afectos específicos de la conducta. Está constituida por dos categorías: *factores personales* y *conducta previa*. Cada una de las categorías queda configurada por subcategorías, que han emergido del análisis e interpretación de las unidades de significado, extraídas de las narraciones de los participantes. En el gráfico 1 se muestra la frecuencia de aparición de las unidades de información que acaban configurando cada categoría de la metacategoría *características y experiencias individuales*.

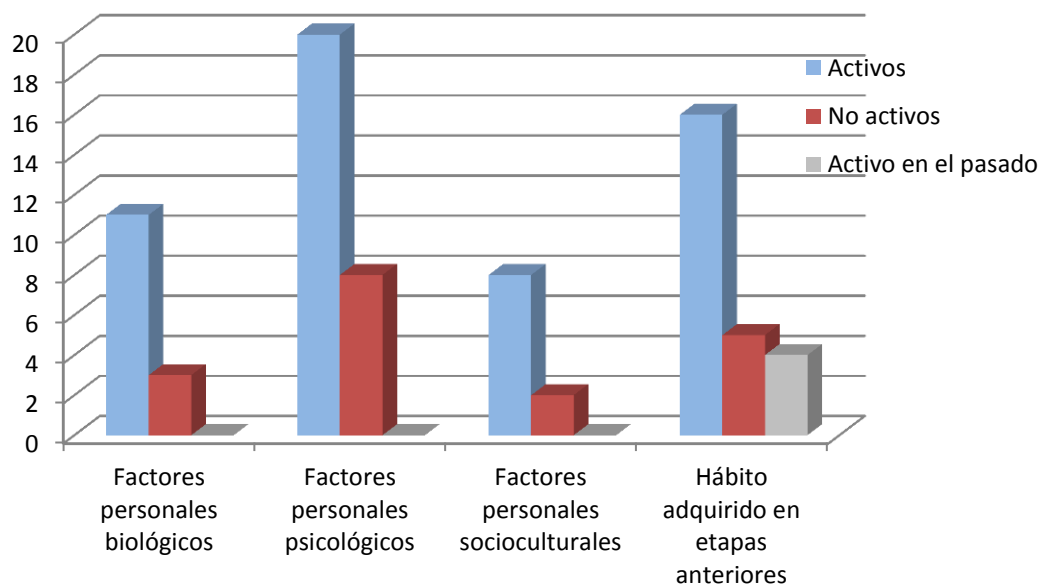


Gráfico 1. Frecuencia de las categorías de la metacategoría: Características individuales y experiencias

1. Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales

La primera categoría describe los factores personales, ya sean biológicos, psicológicos o sociales, que condicionan a los participantes del estudio en la

adopción de la AF como una conducta habitual. Se expresan como características constantes o rasgos que forman parte de la personalidad o situación de vida de los individuos. A su vez, esta categoría, incluye ocho subcategorías: *la edad, el peso corporal, la capacidad física, la autoestima, la automotivación, el estado de salud percibido, la disposición de recursos, la AF como una actividad ajena culturalmente* (Fig. 3).

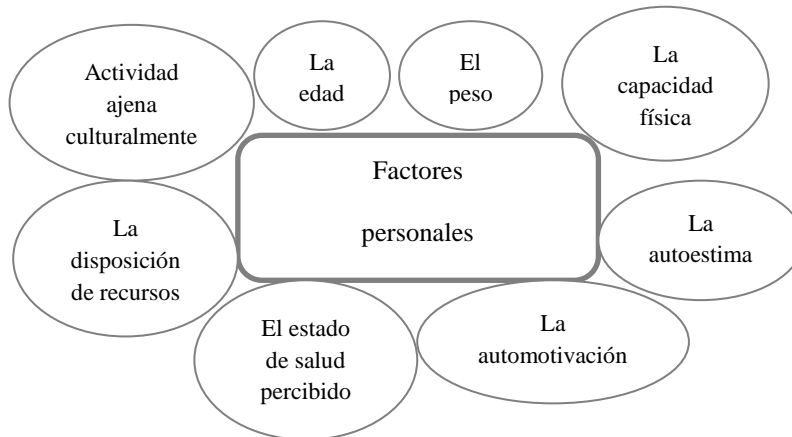


Figura 3. Categoría: Factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales y sus subcategorías

1.1. La edad

Algunas de las personas participantes en el estudio, activas y no activas, consideran su edad como un factor que interviene en su valoración de la necesidad de realizar AF

P3JoMaFe: Empecé de muy joven. Empecé a los 16 años a hacer gimnasia y vi que me iba bien, entonces al cabo de unos años, a los 28 dejé de fumar porque vi que me perjudicaba y con el tiempo dejé de beber porque vi que también me perjudicaba dentro de lo que cabe, sí. (...) Dentro de la edad que tengo, tenga en cuenta que he perdido [capacidad de hacer ejercicio] de cuando tenía 40 años, sí. Sí, pues sí, dentro de lo que cabe [sigue realizando actividad física] sí, sí, sí. / P5EliTor: Siempre he hecho ejercicio, para mí es lo natural (...) empecé porque mi madre nos llevaba de pequeños a la piscina a nadar (...). Pero ahora influye

que a la edad que tengo [50 años] es necesario seguir activa para poder estar bien, para sentirme bien y no tener los problemas que se derivan de la edad. / P14MaiMo: Influye la edad y me influye en positivo para hacer ejercicio, creo, porque yo estoy viendo que estoy cada día más mayor [45 años], soy consciente de que es bueno hacer ejercicio [aunque no lo hace] y cuando eres más joven quizás no lo piensas, en cuidarte para lo que te viene en adelante. Pero a esta edad que tengo ahora, pues sí [no es activa]. / P16MaVa: (...) una vez que se pasan los setenta ya se empieza a tener problemas..., pues hay que estar un poco preparados para lo que venga. / P17SerVa: Yo creo que una persona que llega a la edad que yo tengo tiene que hacer alguna una actividad física. Bien natación o bien gimnasia, en este caso como hago esto me gusta más. Las personas cuando se jubilan tienen que hacer algo. Yo conozco gente de mi edad que van al bar a echar el dominó, a echar la partida de cartas y se tiran dos o tres horas en el bar, para mí no.

Un aspecto que comparten algunos de los participantes activos es la consideración de que su edad, por diferentes causas, ha sido un factor que ha contribuido al inicio o mantenimiento de la actividad física. Para los que se iniciaron en la etapa de la juventud o incluso antes, lo consideran como un hábito que mantienen. En este sentido se está en la línea de lo que expresan Pender et al (2011), en cuanto que la edad de inicio del ejercicio puede influir como un factor facilitador de la realización de actividad física. Iniciarla durante la juventud parece ser un aspecto que contribuye a continuar con la conducta en etapas posteriores de la vida ya que se adopta como un hábito de vida más (Pender et al. 2011). Los participantes que se iniciaron en la AF durante etapas posteriores a la infancia o juventud, la consideran como algo importante a su edad o etapa del ciclo vital, por razones como creencias sobre la salud o porque consideran que es la manera de mantener alguna capacidad física. La edad madura es considerada por algunos participantes como un momento en el que se plantea la necesidad de mantenerse activo para conservar las capacidades que aún se tienen. Esto ocurre con los participantes activos y con los que no lo son. En concordancia con lo descrito y como señala, Callaghan (2005, 2006) el incremento en la edad lleva a un incremento en las

prácticas de salud responsables y ello puede vincularse, además, a un autoconcepto más positivo.

1.2. El peso corporal

Para algunos participantes la necesidad o la voluntad de disminuir el peso o de mantenerlo es un elemento que les mueve a la realización de AF. Es expresado como un factor que motiva a iniciar y mantener la conducta.

P5EliTor: Me gusta mantenerme como estoy [indica su cuerpo, está delgada. 50 años] y hacer ejercicio me ayuda. / P 20CarBo: (...) que me ha marcado toda la vida es que yo tiendo a engordarme. Entonces tengo problemas de control de peso. Eso siempre, por tanto, siempre ha sido un elemento como para decir –si solo hago dieta, no va bien, no va suficientemente bien. El ejercicio me ayuda. Eso me motiva para ir al gimnasio. Porque me controlo mucho, si no me controlase estaría..., bueno, estaría impresionante, estraría mal, muy mal. Porque una vez legué a hacer un régimen muy serio, me adelgacé muchísimo, me adelgacé veinte y pico kilos y dije “nunca más a la vida” y entonces siempre me he controlado mucho y, evidentemente el gimnasio me ayuda.

Por otra parte, la autopercepción de que el peso corporal impide realizar ejercicio, es un aspecto que indican los participantes no activos y contribuye a desmotivarlos.

P14MaiMo: Hay días que pienso en eso, en que me tengo que cuidar porque (...). A parte de los pocos quilos [de más]. Pero también me cansaría, hasta que no empezara y bajara un poco el peso... / P15AlfPe: (...) y todo fue jubilarme e hice un bajón, empezaron los kilos y ahora... [percepción de dificultad para el ejercicio]

Los indicios seleccionados de los relatos de las participantes indican que el control del peso es un elemento motivador del mantenimiento de la AF. La apariencia física es importante para alguna de las mujeres participantes. En personas adultas de mediana edad se otorga importancia a la apariencia física, sobre todo las mujeres, como elemento motivador para la AF (Mullen & Whaley, 2010). Sin embargo, en otros casos el exceso de peso es un aspecto desmotivador para la realización de ejercicio, puesto que es percibido como una dificultad. Como indican Hardy & Grogan (2009), la estima por el propio cuerpo puede ser un importante factor que influye en el nivel de AF que realiza una persona, pero, del mismo modo, la apariencia y el peso pueden ser fuentes de poca satisfacción que afecten al bienestar de la persona y sean causa de abandono de la AF. El sobrepeso corporal y la obesidad se asocian negativamente con la adherencia al ejercicio (Trost et al., 2002) y son un factor percibido como negativo para la realización de AF (Stutts, 2002) y predictivo del desarrollo de AF en adultos mayores (Callaghan, 2005, 2006).

1.3. La capacidad física

Algunos participantes activos manifiestan una autopercepción de buena capacidad física y están convencidos que ello les ayuda en otros aspectos, como la capacidad de seguir manteniendo el nivel de AF que realizan, el sentirse ágiles e incluso el tener capacidad para soportar bien los cambios de horarios laborales.

P2CarGu: (...) yo voy ligera y cuando digo la edad dicen: no es posible [74 años]. Sí que es posible! Yo he ido siempre muy rápida [agilidad, fuerza, equilibrio], por eso creo que me he adaptado a hacer ejercicio. / P3JoMaFe: Me encuentro ágil, flexible... / P5EliTor. Sí, claro, estoy más ágil. Yo aguanto mucho mejor que compañeros de mi edad, aguanto más los cambios horarios, me recupero antes, sí. / P16MaVa: Porque si no haces ejercicio, no se coge musculatura y todo es peor.

A su vez, algunos participantes indican como una limitación a la AF su situación de mala capacidad física y atribuyen a esta situación, la causa de su inactividad.

P14MaiMo: Pero también me cansaría. No estoy en buenas condiciones. /

P15AlfPe: porque sé que empiezo, me canso, me canso, no, no, no sé, no tengo la constancia de decir voy a hacerlo, voy a hacerlo. Nos hemos apoltronado.

La percepción de una buena capacidad física facilita mantener la constancia en la realización de actividad física y es destacado con orgullo, por algunos participantes, cuanto mayor se es. La conducta de mantenerse activo cumple con el objetivo de preservar la capacidad física, la agilidad y ello es importante para algunas personas, de forma que, como indican Pender et al. (2011), las personas prevén obtener unos efectos, que consideran importantes, de manera que dicha percepción facilita el mantenimiento de la actividad física. Encontrarse ágil, rápido y flexible supone para los participantes observar cambios evidentes en sus cuerpos, así como mantener unas capacidades de adaptación al entorno y todo ello contribuye al mantenimiento de la conducta de AF. Como indican Mullen & Whaley (2010), éste es uno de los factores más importantes a lo largo de la edad e implica que las personas esperan observar dichos cambios en sus capacidades. Por otra parte, la percepción de una capacidad física disminuida, unida a limitaciones funcionales como la disminución del equilibrio, de la agilidad, de la fuerza o de la resistencia, son descritos por Morris, McAuley & Motl (2008), como contribuyentes a que se muestren conductas de menor actividad física y así se pone de manifiesto entre algunos de los participantes.

1.4. La autoestima

La autovaloración positiva de alguno de los participantes se muestra como un aspecto importante en la decisión de realizar AF. En algún caso, la autoestima es el factor previo a la práctica de ejercicio, es decir, es la razón por la que la persona cree que está dispuesta a hacer AF. En otros casos, la pretensión de mejorarla ha sido la que ha motivado a iniciarse en la práctica de ejercicio.

P8RoMaVi: Pero bueno soy muy animosa. Ahora estoy muy bien, vaya (...), soy una persona bastante animosa, entonces... Normalmente estoy muy contenta. / P9ToLlu: el principal motivo [de haber reiniciado el ejercicio después de unos años inactivo] es, quizá buscar un poco... aumentar la autoestima. / P20CarBo: Yo también..., siempre he querido ser..., siempre he intentado ser, y veo que lo voy consiguiendo bastante bien, una filosofía muy optimista de la vida. Es que si no tuviésemos una filosofía optimista yo creo que mi trabajo no lo podría hacer. Ni el ejercicio.

Algunas participantes expresan ciertos sentimientos de baja autoestima, que pueden estar condicionándolas para no realizar AF o para que lo vivan con cierta dificultad.

P10VicMa: La doctora hemos hablado muchas veces y me dice, pero tú has hecho esto, has hecho esto...Pero yo siempre me valoro... muy poco. De hacerlo y de continuarlo y... / P12AFlo: Toda la familia es deportista, pero (...) yo soy muy patosa (...) es que yo soy patosa, me cuesta coordinar las cosas y es que soy patosa. Es que no lo he hecho nunca, ni en el colegio he hecho gimnasia. Saltar a cuerda cuando era pequeña me costaba. No sé ni ir en bicicleta.

Lo expresado en los relatos de los participantes evidencia que los sentimientos de confianza en uno mismo, parecen incrementar la autoestima y éste es un factor importante en el desarrollo de conductas como la práctica de actividad física. Como señalan Whaley & Shrider (2005), la autopercepción que las personas tienen de sí mismas y el sentido que le dan, juega un papel importante en cómo se autovaloran respecto a la capacidad para hacer ejercicio. Por otro lado, la autovaloración negativa de alguna de las mujeres participantes, está en la línea de lo que aportan dichos autores, en el sentido de que las formas de autopercebirse pueden impedir la adopción de la conducta, incluso cuando se aconseja la práctica de ejercicio por razones de salud (Whaley & Shrider, 2005).

1.5. La automotivación

En la mayoría de los participantes, la autodeterminación de seguir activo tiene un efecto importante en el mantenimiento de la conducta. En el discurso de algunos de ellos se advierte la idea de autoexigencia y de motivación intrínseca, que emerge de uno mismo, por convencimiento personal de que es necesario mantenerse activo.

P2CarGu: No me daría de baja porque no me aburro [lo expresa como elemento motivador). Yo he sido una persona que me he adaptado a todo, pruebo, si no me va lo dejo y pruebo otra cosa, pero si me va, yo soy constante, eh!, esto sí. / P3JoMaFe: La motivación, primero ha empezado siendo mía, pero como mi mujer también hace ejercicio y tal, pues lo entiende. Pero de hecho antes de estar con ella yo ya iba al gimnasio también. O sea era yo mismo. / P6MaCa: He ido siempre buscando [las alternativas para seguir realizando actividad] y cuando lo he interrumpido ha sido cuando he tenido a los niños. Es una cosa mía. / P16MaVa: Por mi carácter también, mi carácter es de hacer algo, ejercicio, andar por ahí o irme a la montaña. / P20CarBo: Después..., personalmente, diría..., ya me gusta, me siento bien, porque también un poco relacionado con la manera de ser de las personas, no sé, yo por naturaleza soy una persona como muy disciplinada en las cosas y si yo creo una cosa, allá que voy y ya está. Es lo que he dicho, si tengo que hacer eso por lo que sea, porque tengo unos motivos bien establecidos, lo tengo que hacer y se ha acabado. Por la manera de ser, yo lo he de cumplir. (...) pero lo hago con entusiasmo (...) lo siento así. (..) Este ánimo y este optimismo me pasa con otras cosas de la vida y me ha pasado siempre. / P21JoMu: (...) Pero yo creo que el cuerpo es un..., es un gandul. Se acostumbra fácil a no hacer nada y entonces eso es en lo que no hay que caer. Se tiene uno que obligar también. No te gusta caminar pues a lo mejor te gusta otra clase: natación o la... la cinta. No hay excusa. En ninguna clase de deporte. Es voluntad. Nada más ¡quiero hacerlo!, ¡quiero estar cómodo!, ¡quiero estar ágil!, de las piernas, de los brazos, de la mente, de lo que sea. Que no tenga que depender de otros y estas cosas. Fuerza de voluntad y ya está.

Además, hay participantes con una motivación intrínseca importante que, además consideran que realizar AF en grupo les hace participar de un ambiente agradable,

a la vez que estimulante porque permite observar las situaciones de otras personas y valorar la propia como ventajosa.

P7RaPa: Que estoy muy contenta. Sí, (...) está el ambientillo del grupo, (...) noto que voy más ligera, que hay gente de mi edad que no va tan ligera como yo.

En otros casos, la automotivación proviene de las ganas de superación que se derivan de la realización de la actividad física en grupo, organizada como deporte, en el que hay competición y esto, aparece como un elemento motivador para el mantenimiento de la conducta.

P 23AguEs: Bueno, el hecho de hacer fútbol, la meta principal era ganar partidos y llegar lo más arriba. Y a partir de que dejé el fútbol y comencé con el tema del tenis, el squash y el frontón, es la competitividad con los compañeros (...) Entre yo y el deporte hay en común la competitividad (...) No voy a pasar el rato, voy a competir y los que están conmigo, quiero que también compitan en el momento aquel. Después comemos y punto. Hacemos la tertulia y se acabó. Es un carácter competitivo. Sí, me gusta la competición. Me gusta competir siempre con alguien.

Por otro lado, hay personas en las que la motivación intrínseca aparece después de iniciarse en la AF por necesidades de salud.

P20CarBo: (...) tomo medicación y entonces el endocrino me decía que evidentemente el ejercicio físico es imprescindible. Con la dieta sola no, no porque (...) mi preocupación era..., lo primero que piensas es que..., yo conozco gente diabética que ha acabado ciega. A la hermana de mi abuela le cortaron una pierna. No sé..., todas aquellas cosas que te vienen a la mente y el endocrino me decía..., depende de ti.

Finalmente, en los participantes no activos, pero que lo fueron en el pasado, aparece cierto grado de pérdida de motivación psicológica. Incluso algún participante con poca adherencia a la AF se lamenta de su baja motivación.

P23AguEs: También, psicológicamente yo veo que cada vez pierdo más aquellas ganas de... va venga! Ahora eso ya me cuesta más, pienso que es más psicológico, no me veo, me faltan fuerzas realmente, me falta voluntad de decir: ¡venga va! Supongo que va con la edad, no sé. / P22RaAr: ¡Eh! Que yo me he levantado por la mañana, que yo he hecho de árbitro aquí en el pueblo. Y me levantaba por la mañana a las 7 de la mañana y me iba a la zona deportiva y daba cinco o seis vueltas al campo. Yo solo. Para luego el domingo, tenía que arbitrar un partido, por lo menos estar en forma. Ya hace años. Y luego ya lo dejé. No tengo yo ganas de correr ahora. / P25ATre: Tampoco debía de tener una gran pasión, porque si no, encuentras el tiempo. / P14MaiMo: Yo empecé a hacer deporte por bienestar, porque decías: “tienes que hacer deporte, tienes que adelgazar porque llega el verano”, lo típico. Y luego yo ya iba no por necesidad que mi cuerpo necesitara el ejercicio, sino por diversión, yo me divertía, a mí no me costaba y era un horario malísimo porque no comía o iba recién comida. Me divertía y si yo digo, bueno pues si recuerdas aquello tan bien como te encontrabas, ¿por qué ahora no intentas hacer algo para encontrarte igual como te encontrabas entonces? / P12AFlor: ¿El no ir? Pues a excusas tontas. Noto que me va muy bien. Salgo y digo: no sé por qué no vengo más a menudo, pero luego, pues mira, no sé qué me pasa, que no sé qué, que no sé cuántos. (...) me cuesta más arrancar.

Los testimonios recogidos en esta subcategoría ponen de manifiesto las diversas formas de motivación entre las personas. En los relatos de los participantes activos se pone de manifiesto el convencimiento personal de que la AF es necesaria, aporta bienestar derivado de compartir un ambiente agradable e incluso se argumentan elementos de competitividad. Moreno et al. (2006) señalan que dichos mecanismos de automotivación están relacionados con el goce que la actividad procura o con la autoexigencia derivada de una manera de ser, del propio carácter de las personas. Por su parte, Rodgers et al. (2010) indican que la

motivación intrínseca y la autodeterminación son factores que incrementan la adherencia al ejercicio en personas que ya lo realizan. En algunas de las personas, la disposición para la AF cambia ante algunas situaciones personales relacionadas con su salud. El inicio de la AF es motivada por una necesidad de recuperar la salud (motivación extrínseca), pero luego es mantenida en el tiempo y ello podría estar en relación a la percepción de bienestar o gusto por la actividad (motivación intrínseca). Moreno et al. (2006) indican que se dan casos en que la motivación intrínseca se da con posterioridad a la extrínseca y se muestra la diferencia en ambos momentos, en el sentido de una mayor implicación cuando se genera motivación intrínseca derivada del goce en la actividad o de la necesidad para recuperar la salud.

En cambio, en los relatos de los participantes activos en el pasado, pero que no siguen realizando AF, se distingue cierta pérdida de motivación, de desgana, que no es atribuible a una razón en concreto, que puedan identificar los participantes. Parece ser, como indican Rodgers et al. (2010), que la motivación intrínseca es menor en las personas que no realizan AF o que acaban de iniciarse, incluso cuando, como ocurre con alguno de los participantes, tienen experiencias previas de realización de AF.

1.6. El estado de salud percibido

La percepción de buen estado de salud es un aspecto que aparece en los participantes como un factor que afecta al desarrollo de la conducta de actividad física. Para algunos participantes el estar activos significa el sentirse bien, el percibir que hay coherencia en sus vidas, que consideran que tienen una buena calidad de la misma y que ello se debe, en parte, a que se mantienen en plenas facultades de funcionamiento autónomo.

P2CarGu: Sí. Desde luego que sí eh! Que todas lo debían de hacer, que hay algunas que son más jóvenes que yo, allí en la piscina, y ¡tardan en moverse! Y yo no, eh!, y eso es porque sigo haciéndolo. Yo sí. Nunca he tenido nada, nunca de nada de nada. Yo me hago las revisiones de las mamas, yo me hago las

revisiones de todo..., nada. / P7RaPa: Mi marido y yo siempre hablamos de lo bien que estamos, que suerte hemos tenido de llegar a la edad que tenemos y encontrarnos tan bien como nos encontramos. Y todo está relacionado con el movimiento que tenemos. / P8RoMaVi: Me encuentro muy bien. Lo que pasa es que tengo cosas, todo esto de la prótesis, tengo artrosis, sé que seguramente me tendré que operar de la otra cadera (...) porque yo pensaba que lo necesitaba y por eso lo hago [realizar ejercicio para mantenerse bien] / P10VicMa: A mí la doctora que me lleva (...) hago un tratamiento por depresión (...) me dijo que tenía que hacer, bueno, a parte que tendría que hacer muchas más cosas, como caminar, como todo tipo de cosas, pero que tenía que hacer un deporte, una actividad de estas. Y fue cuando aquí hicieron lo del aquagim y me apunté. Con un poco de reserva porque me daba miedo el agua, pronto me fui acostumbrando. / P14MaiMo: Soy muy vaga. Yo empecé a hacer deporte por bienestar, por necesidad de encontrarme mejor. / P19MerApa: Y entonces ahí se ve que el cuerpo... ahí la menopausia, a los 50. Entonces el cuerpo hizo una reacción. No sé si sería por la menopausia (...) no lo sé. Y ya me dijeron 'la tensión la tienes alta' ... y empecé. / P20CarBo: (...) Por tanto, el convencimiento de que el ejercicio físico es necesario lo he tenido toda la vida, siempre. (...) y después tengo otro motivo, que éste es de..., pero que aún me refuerza más; hace como dos o tres años, casi tres años, me diagnosticaron de diabetes. / P25ATre: Hace unos años. Porque al dejar de fumar me engordé. Entonces, no sé si como consecuencia o no, la presión se me disparó un poco (...) y leí y todos me decían que hacer eso... me lo recomendaron.

En algunos casos, aun reconociendo que la actividad física es importante para la salud, al no percibir malestar o necesidad para mantenerla, no es considerado una práctica suficientemente necesaria.

P11APe: Sí, por salud sí [debería hacer ejercicio]. No, porque pienso, a ver, sí que me iría bien, pero por otro lado pienso: si no lo necesito. No me siento yo mal por no hacer nada. Como bien, los análisis están bien. Pienso: no hace falta. / P15AlfPe: No tiene suficiente peso [la salud], porque de hecho no es caja o faja. Aún no le he visto las orejas al lobo. Pero si hago una vida sanísima yo [lo dice irónicamente]. Pero como no es un enfermedad que se muestre, lo del azúcar, lo

del colesterol, es silencioso, claro no te enteras que eso lo tienes adentro. Si tienes molestias o algo ya haces de decir, oye no! Ojo! que de tanto en tanto me encuentro que no me encuentro bien. Pero como que eso no lo provoca. / P18CrisVe: Pero, ¿te parece que hago poca gimnasia? A las siete me levanto, antes, antes ya estoy vestida. Yo creo que hago gimnasia suficiente. / P22RaAr: No tengo yo ganas de correr ahora. De momento no me ha hecho falta para nada. Yo a veces voy al casal. Voy por la mañana. Voy por la mañana un rato y estoy ahí.

Los indicios seleccionados de las narraciones de los participantes, muestran que los participantes activos, valoran la salud como algo importante en sus vidas, relacionan su propia situación con el hecho de realizar ejercicio y ello les aporta percepciones de bienestar y de logro. Incluso cuando se padece alguna enfermedad, la actividad es percibida como un comportamiento que ayuda a no empeorar o como parte del tratamiento. Se puede interpretar que el mantenerse activos contribuye a las percepciones positivas descritas anteriormente. Como indica Mowad (2004), el estilo de vida promotor de salud, el sentido de coherencia y la autonomía personal, juntos, se relacionan con una mejor calidad de vida en personas mayores, y así lo perciben algunos de los participantes. Mullen & Whaley (2010) señalan que uno de los principales motivos para iniciarse en actividades físicas programadas en personas de más de 25 años son la salud y la funcionalidad y esto ocurre sobre todo en personas mayores. Además, las esperanzas futuras de una persona también pueden motivarla a realizar ejercicio, de forma que, si desea mantenerse sana y ser independiente en edades avanzadas, la AF se le presenta como una opción para lograr ese objetivo (Whaley & Schrider 2005). Aun con todo, en algunos participantes no se establece la relación directa entre el sentido de la salud y la práctica de AF, pero como indica Pender et al. (2011), es un factor constitutivo de la personalidad (junto con los demás factores personales), que puede desarrollar un papel importante en cómo las personas perciben los beneficios de un conducta, las barreras, su autoeficacia y el afecto por una determinada conducta (Pender et al. 2011).

1.7. La disponibilidad de recursos.

La mayoría de los participantes de la presente investigación disponen de los recursos socioeconómicos que les posibilita mantener un estilo de vida activo y lo refieren como algo que se pueden permitir, que les facilita el mantener la actividad física como un hábito que forma parte de su cotidianidad. Algunos de los participantes reconocen que si no fuera así, probablemente no realizarían las actividades que hacen, sobre todo en los casos en los que se acude a un centro deportivo y supone un gasto.

P2CarGu: Bueno, me lo paga mi hijo [el gimnasio] y por eso puedo ir, sino..., no sé. / P4CarRos: El entorno es muy favorable. Está cerca de casa [el gimnasio] y me lo puedo permitir [pagarlo]. / P5EliTor: No hay problema en eso, lo puedo pagar. / P6MaCa: Sí, sí, ahora me lo puedo permitir, aunque si no pudiese, haría otra cosa. / P7RaPa: Eso no es problema, por ahora. / P14MaiMo: El económico sería quizás un inconveniente también, si no me lo pudiera permitir. / P16MaVa: Es gratis, pero si tuviera que pagar lo haría. / P17SerVa: No es muy caro y lo podemos pagar. / P19MerApa: Ahora tengo tiempo. Exactamente. No hay problema. Lo tengo fácil.

En algún caso los participantes valoran como recurso la disposición de tiempo. En este sentido, disponer de él ahora, cuando en el pasado no lo tuvieron porque tenían otras obligaciones, es un aspecto que facilita realizar alguna actividad y, dados otros factores como la salud, eligen realizar AF.

P19MerApa: Ahora tengo tiempo. Exactamente. No hay problema. Lo tengo fácil. Antes no, porque es lo que digo, he criado a los hijos, los nietos pequeños, los padres se ha muerto muy mayores que los he tenido. Que no ha habido tiempo. Ahora es necesario para estar bien. Y ahora estoy más tranquila y aquí estamos...

De los testimonios de los participantes se evidencia que la disponibilidad de recursos es un factor personal que condiciona la práctica de AF, al menos en el tipo de ejercicio que podrían realizar. La clase social y concretamente la disponibilidad de recursos económicos supone, según Wang (2001), una influencia directa en el estilo de vida promotor de la salud, en el sentido de que, no disponer de suficientes recursos económicos impide a las personas mayores mantener un estilo de vida sano. Como se deriva de los relatos de los participantes, su buena situación socioeconómica es un factor que influye positivamente en la práctica de AF, pero consideran que sería más difícil si no dispusieran de dichos recursos. Bopp et al. (2007) indican que las dificultades económicas pueden ser una limitación para la realización de actividad física, sobre todo en las personas cuya única opción aceptable es la asistencia a un centro deportivo. En la misma línea Whaley & Haley (2008) señalan que no disponer de recursos económicos representa una clara dificultad para la realización de AF.

1.8. La actividad física como una actividad culturalmente ajena

Entre algunos participantes no activos se puede observar cierta reticencia a la realización de AF que expresan como algo ajeno a sus prácticas habituales actuales y pasadas.

P24LuGa: En mi familia no ha habido nunca esa tradición, nada más que trabajar. La época nuestra no ha sido de relajamiento, que yo me aburro, que me voy a tomar, un bar... No. Porque hemos estado siempre trabajando. Y es que no hay otra cosa. No. Por eso le digo que yo no lo echo de menos.

Este elemento se enuncia, por parte de una de las participantes, como si se tratara de una actividad que no encaja en lo que entiende que ha de desarrollar en su cotidianeidad. Es vista como un entretenimiento, más que como una necesidad. Este aspecto sugiere que hay implicaciones de aprendizajes, en un marco cultural

determinado en el que la práctica de AF no ha sido una actividad propia (Hulme et al., 2003).

2. Conducta previa de realización de actividad física

La presente categoría expresa el análisis de la información de los entrevistados respecto de las experiencias previas en la realización de actividad física referidas a su inicio en el tiempo y a las sensaciones que han percibido al mantenerse activos o que recuerdan haber percibido si es que no se mantienen activos. De los datos analizados emerge una única subcategoría: *la actividad física como hábito adquirido en etapas anteriores de la vida*.

2.1. La actividad física como hábito adquirido en etapas anteriores de la vida.

Entre los participantes, en los casos en que la práctica de actividad ha sido iniciada durante la juventud y la madurez, se mantiene una conducta de un estilo de vida activo. En el discurso de los participantes se hace referencia a que, al empezar en edades tempranas, se adopta un hábito con el que se tienen compensaciones físicas y de relación que permiten ir ampliando o modificando el tipo de actividades según las situaciones y estados personales. Del mismo modo, cuando una vez adquirido el hábito se prescinde de él por causas ajenas a la propia voluntad, se percibe malestar.

P3 JoMaFe: Prácticamente toda la vida, desde los 18 años, pues más bien gimnasio y luego a partir de los 30 y pico hacía los 10 mil metros, en plan no de competición, sino con amigos y tal, y entonces claro, lo hice durante unos 10 o 15 años, como es un poco duro lo dejé y sigo yendo al gimnasio. (...) y vi que me iba bien. Sí, éramos un grupo que nos levantábamos temprano por la mañana y nos íbamos a Montjuïc a correr. / P6MaCa: Lo he hecho siempre [ejercicio]. Empecé con 12 años a jugar a balonmano, luego corría entre 15 y 20 kilómetros, luego hice natación en (...), luego jugué al frontón. Yo que sé. Cuando lo he dejado porque no he podido con los niños ha sido horroroso no hacer ejercicio. / P7RaPa: Puede que haga 30 años. Sí, mis

hijos eran pequeños. Hacía gimnasia de mantenimiento pero no he parado nunca. Siempre he hecho. / P8RoMaVi: Desde muy joven. / P9ToLlu: Hice actividad física cuando era bastante joven, des de los 15 hasta los 22, 23 años. Básicamente montañismo, marcha, alpinismo y lo dejé absolutamente del todo. Y no volví a hacer nunca más nada. Diría que he tenido una vida absolutamente sedentaria, también debido a mi tipo de trabajo (...) hasta los 50 [lo comenta en tono de lamentación]. Y ahora he vuelto. / P21JoMu: Bueno, yo he jugado a fútbol hasta los cuarenta años. Pero allí en Argentina el alimento prioritario es el fútbol. Normalmente los niños compañeros de colegio siempre, todas las tardes se juntaban a jugar a fútbol y eso es una costumbre que se sigue y se sigue. Y después se casa y se siguen juntando y así éramos ocho o diez matrimonios que nos juntábamos todos los sábados y se jugaba al fútbol. / P23AguEs: yo toda mi vida he jugado a fútbol y entonces cuando me casé y eso, cambié a temas de tenis, squash y frontón... me apunté incluso al gimnasio y a la piscina municipal y hacía 70 largos.(...) cuanto más mayor tiene más riesgos y entonces piensas en un deporte que no reporte muchos riesgos y que te reporte algo de beneficio, como el tenis (...) también el frontón y el squash.

Se observa que, para algunos participantes, la incorporación de actividad física como parte de los hábitos, es vivida como un aprendizaje y una conducta que ya se desarrollaba en el entorno familiar y social, y que por tanto forma parte de la cultura del grupo de origen.

P5EliTor: Siempre he hecho ejercicio. Para mí es lo natural. Mi madre nos enseñó a nadar muy pronto y de muy pequeños en casa se empezó a nadar en el Club Natación Barcelona y a otros clubs. Yo vivía en Barcelona y fui a varios clubs. Mi madre también nadó hasta una semana antes de morirse. Es una cosa que la he vivido toda la vida. / P20CarBo: Si, con más o menos intensidad lo he hecho siempre. Es decir, de jovencita iba a la escuela y la educación física que se hacía antes... no era muy buena, pero yo jugaba a baloncesto, hacía excursionismo, caminaba por la montaña. Esto sí que en la familia era importante.

Iniciarse en la realización de actividad física durante la etapa posterior a la jubilación se presenta como una conducta relacionada con la mayor disponibilidad de tiempo de los participantes.

En el grupo de participantes activos mayores de 65 años se identifica el aumento del tiempo libre, la necesidad de ocupar dicho tiempo y la percepción de la necesidad de mantenerse sanos, como las principales razones del inicio y el mantenimiento de la actividad física y la principal razón de mantener dicha práctica en el tiempo.

P1AnaAr: La gimnasia hará unos diez años, siquiera eran dos días a la semana. Y el baile dos años. / P2Cargu: Desde los 64 años que me retiré. Ahora no me cuesta nada seguir. / P4CarRos: Debe hacer 6 o 7 años. / P10VicMa: Hace tres o cuatro años que hicieron el cursillo y he estado viniendo. / P17SerVa: Llevo por lo menos 6 años, desde que me jubilé. Antes hacía toda la jornada y cuando venía era muy tarde. / P19MerApa: Yo hace muchos años que ando. De cuatro a cinco kilómetros. Cada día. La vuelta a la redonda al pueblo que son tres y medio. Desde que me jubilé. Sí, sí. En cuanto empecé con la menopausia me puse a engordar. /

En todo caso los participantes no activos pero que han realizado actividad física en el pasado tienen una tendencia a reintentarlo, a tener una actitud de disposición, aunque se vive con mucha dificultad.

P13MaMa: Cuando era pequeña, sí, me gustaba el deporte, correr, baloncesto y ahora quisiera hacerlo pero no puedo. / P14MaiMo: De pequeña he hecho mucho ejercicio, pero lo dejé. Hará unos 5 o 6 años, que hacía aerobio y steps. Me divertía, me sentía bien (...) pero no he seguido. / P25ATre: Bueno, básicamente, eso de la operación que estuve unos días que no podía hacer nada y ahora me cuesta retomarlo.

Por otro lado, no haber realizado actividad física en el pasado parece dificultar la adopción de la conducta activa en el presente, aun cuando se pueda percibir la

actividad como beneficiosa e incluso si en alguna ocasión se ha intentado llevar una vida más activa. Los participantes no activos, tanto los más jóvenes como los mayores, tampoco lo fueron en su juventud, o si lo fueron lo abandonaron al inicio de la etapa adulta al disminuir el tiempo libre.

P11APe: No, nunca. Como no es algo de vida o muerte... / P12AFlo: En mi vida no he hecho casi nada, o sea, nada. Ahora voy muy de cuando en cuando, pero no tengo ni constancia, y cuando no es una cosa es otra, lo sigo poquísimo (...) porque yo cuando voy me siento mucho mejor (...) salgo de allí ya no solo físico (...) casi más psicológicos (...) de salir renovada (...) me distraigo muchísimo, salgo contenta, salgo...relajada, y noto que me va bien (...) cuando voy seguido más ágil. / P 15AlfPe: Nos hemos acomodado, al ser jubilados, a quedarnos con menos actividad. / P18CrisVe: No hija, no! Trabajar, trabajar y trabajar. / P24LuGa: No. De deporte no he hecho nunca porque siempre he estado trabajando. Haciendo oficina, haciendo casa, haciendo butifarra y cuidando abuelos. No, no, no. Porque no he tenido tiempo ni lugar y siempre he estado trabajando.

En los relatos de los participantes se pone de manifiesto que haber realizado actividad física en el pasado, sobre todo si ha sido durante la infancia o la juventud, mejora de disposición para mantener o adquirir de nuevo un estilo de vida más activo. Esto está en relación con lo descrito por Suh & Lim (2000), en cuanto que las experiencias previas satisfactorias facilitan la disposición posterior para realizar actividad física en personas mayores sin problemas de salud. De igual modo, dichas condiciones parecen influir positivamente en el desarrollo de la AF como parte de un tratamiento (Shin et al., 2005).

Del discurso de los participantes se deriva que, en los casos en que han realizado AF desde edades tempranas, se ha adquirido un hábito que les dispone favorablemente a mantener la conducta. En este sentido, la conducta previa actúa como influencia directa (Pender et al., 2011). Por otra parte, cuando las personas han experimentado sensaciones agradables en la práctica de ejercicio en el pasado, lo indican como algo que les permite seguir, o algo que añoran. Ello, coincide con

lo que señala Pender et al. (2011) sobre que la conducta previa es constitutiva de los afectos y cogniciones de una conducta específica, de manera que tienen influencia indirecta sobre ella, a través de las percepciones de los beneficios, las barreras, la autoeficacia y el afecto relacionado con la actividad (Pender et al., 2011). Como indican Bandura et al. (1986), las sensaciones positivas o negativas que se tienen durante la realización de la actividad son retenidas en la memoria como información que es recuperada cuando las personas se plantean desarrollar la conducta tiempo más tarde. Esto es expresado por dichos autores como *expectativas de resultados*, refiriéndose a que hay percepciones anteriores positivas que hacen tener una disposición favorable al mantenimiento de la AF (Bandura et al., 1986).

4.1.2. COGNICIONES Y AFECTOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

La presente metacategoría expresa los conocimientos, creencias y aspectos afectivos que intervienen en el desarrollo de la AF como conducta promotora de salud. Está formada por seis categorías: *beneficios percibidos de la AF; barreras percibidas en la AF; eficacia percibida en la AF; afecto relacionado con la AF; compromiso con un plan de AF; demandas inmediatas que compiten con la AF y preferencias*. Del análisis de las narraciones de los participantes se derivan las subcategorías que configuran las anteriores categorías. En el gráfico 2 se muestra la frecuencia de aparición de las unidades de información que acaban configurando cada categoría de la metacategoría *cogniciones y afectos relacionados con la AF*.

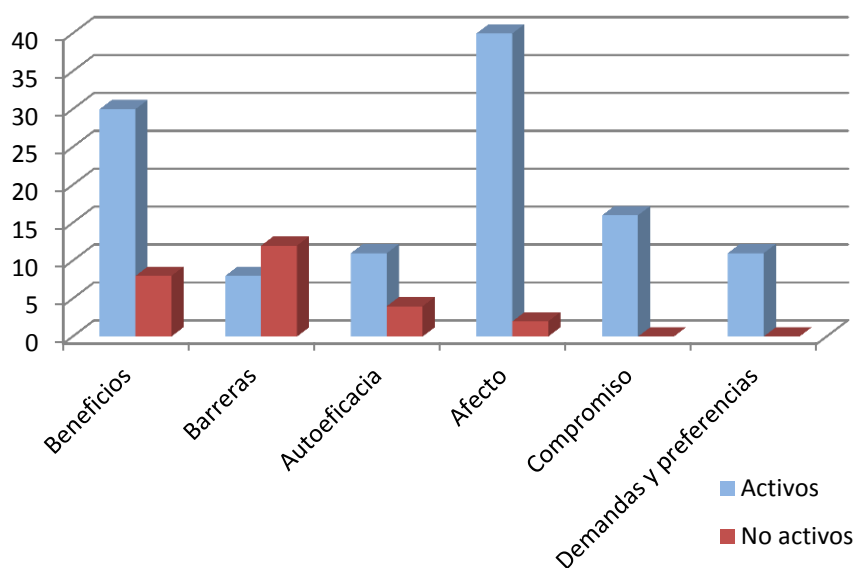


Gráfico 2. Frecuencia de las categorías de la metacategoría: Cogniciones y afectos relacionados con la actividad física.

3. Beneficios percibidos de la actividad física

Esta categoría expresa las creencias que los participantes tienen sobre los beneficios de mantenerse activo. Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o refuerzos que los participantes, activos y no activos, piensan que pueden obtener al realizar AF.

A continuación se desarrollan las tres subcategorías que conforman y explican la categoría *beneficios percibidos de la actividad física* y que son: *las creencias sobre los beneficios físicos de la AF*; *las creencias sobre los beneficios psicológicos de la AF*; *las creencias sobre la AF como posibilidad de relación* (Fig. 4)

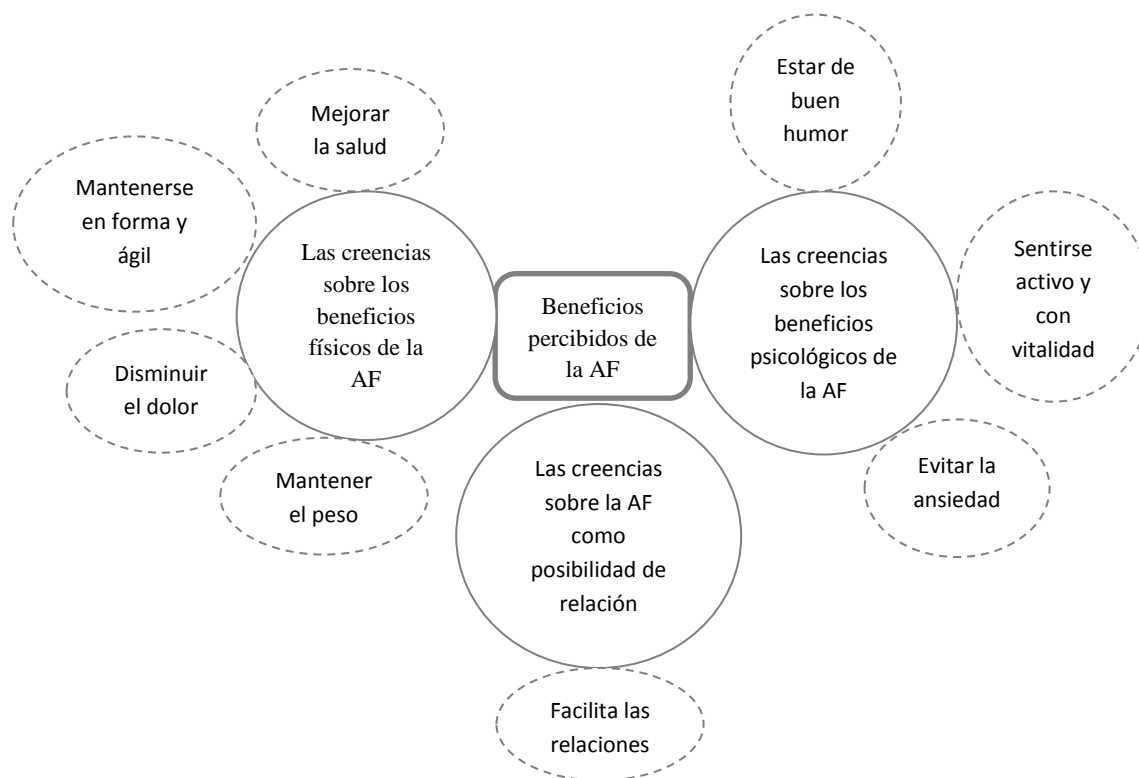


Figura 4. Categoría: Beneficios percibidos de la AF y sus subcategorías

3.1. Las creencias sobre los beneficios físicos de la actividad física

Los participantes expresan de diferentes maneras, los conocimientos que tienen sobre la AF como forma de mantener la salud. La mayoría de las expresiones hacen referencia a la ayuda que ello representa para mantener la funcionalidad del sistema osteomuscular, para conservar los parámetros analíticos dentro de la normalidad y para el mantenimiento del patrón de descanso.

P4CarRos: Porque te anquilosas muchísimo y te desanquilosas haciendo esto. / P5 EliTor: funciona muy bien para todo. Considero que va muy bien para la espalda. / p9ToLlu: Un deporte forma parte de una vida sana y te lo han enseñado a lo mejor de pequeño. / P10VicMa: Que lo tengo que hacer porque sé que me va bien, que me ayuda y porque sé que me conviene hacerlo. / P17SerVa: En cierto modo cuando nos hacen los análisis, la analítica del colesterol, a veces pregunta el médico: ¿Qué actividades hace? Bueno pues yo voy a bailar unas

tres veces por semana y ahora también vamos a caminar cada día. Vamos a caminar una hora cada día. / P21JoMu: Cuando uno hace estas caminatas y particularmente montaña arriba, tiene... pues como más capacidad de aire (...) mientras se puede hay que hacerlo. Te afecta tu salud porque a dormir también claro [ayuda].

La mayoría de los participantes activos creen que realizar AF ayuda a mantener la forma física y la agilidad. Entre los participantes no activos no se expresa este aspecto.

P5EliTor: a partir de los 50 si te dejas un poco, no puede ser y te ayuda a mantenerte en forma. / P23AguEs: Físicamente estabas bien, te encuentras bien, te veías bien, tipo narcisista: que guapo que estoy, que fuerte que estoy. (...) i aparte de esto, te quita mucho estrés, Buscas distracción, salir de la rutina y te sientes mejor, más ligero, respire mejor y en cierta manera es eso. / P4CarRos: pero te da más agilidad y es un bienestar. / P8RoMaVi: Va bien físicamente y me lo noto. Físicamente me encuentro mucho más ágil, cuando hago ejercicio estoy preparada para hacer más cosas. / P16MaVa: (...) en la elasticidad del cuerpo, en mover todas las articulaciones. / P17SerVa: después de las vacaciones como no hemos hecho prácticamente nada y ahora llevamos una semana, en los primeros días se nota como un poquitín de más cansancio en las piernas. Pero no me canso, recupero la forma rápido. (...) pero luego cuando pone el disco el profesor, para nosotros empieza el movimiento, y me encuentro ágil. Me siento más ágil, más ágil, más ligero, no me pesa tanto.

Entre algunas mujeres se expresa el convencimiento de los efectos que la AF tiene sobre la disminución del dolor, ya que lo han experimentado en ellas mismas.

P4CarRos: Yo he venido con lumbalgia y me he ido sin ella [de la piscina]. / P6MaCa: Beneficios en tu salud. Físicamente no te duele tanto ni las piernas, ni la espalda, ni los huesos. No te duele nada, te encuentras mucho más activa. Mantenerte bien a los 45 y a los 50 cuenta muchísimo. / P20CarBo: Esta mañana hablaba con una chica de le escuela que le dolía la espalda y le digo: escucha,

cuando te pase debes ir a la piscina y ¡ves! porque es perfecto, yo estoy convencida. Porque en nuestro trabajo, que estamos delante del ordenador y cosas de estas que afectan a la espalda para que no funcione como debería, y la piscina ayuda mucho en esto. A veces un dolorcito aquí y quizá no haré un ejercicio con el brazo, pero yo sé que haré otro y mañana ya se pasará. Yo creo que el cuerpo te lo pide, es decir, el cuerpo lo necesita.

Algunos participantes muestran tener los conocimientos sobre que la inactividad puede contribuir al aumento de peso. Además expresan una percepción positiva de su propia imagen corporal la cual atribuyen a la realización de AF. En este sentido, saber y comprobar que se puede mantener el peso realizando AF, parece ser motivador para el mantenimiento de la misma.

P6MaCa: Porque eso conlleva una serie de cosas en la salud, los kilos y todo está relacionado. / P7RaPa: En casa estaría mirando la tele y comiendo. Dieta..., ya ves que estoy gorda..., pero estaría más. / p9ToLlu: Una persona que está un poco gorda y consigue reducir grasa, pues... quizá ve los beneficios más inmediatos: más ágil. / P17SerVa: No, yo como normal o lo que yo considero normal que...No me gusta abusar y el peso lo mantengo. Yo creo que cuando estaba trabajando pesaba 2 o 3 kilos más que ahora. Pero ahora me muevo más y se nota.

Todos los participantes no activos expresan tener la información sobre la mayoría de los beneficios para la salud, que reporta el llevar una vida activa, aunque no la practiquen.

P12AFlor: Sé los beneficios que tiene la práctica del ejercicio porque me lo ha dicho mi enfermera (...). Yo ya sé que es sano, mi hijo ha estudiado y es profesor de tenis. / P13MaMa: Me ayudaría en todo, sobre todo (...) físicamente: por mis piernas, por la circulación. / P14MaiMo: Físicamente por lo que es el propio físico. Son buenísimos desde las personas que tienen obesidad del colesterol es bueno hacer ejercicio. (...) y que además que fumo, que tengo que dejar de fumar y que eso me ayudaría, porque me encontraré más sanota. Sé que el deporte es muy bueno, que no hace falta que se diga, yo sé que el deporte es bueno. Yo sé

que necesito beber mucha agua, hacer ejercicio, comer comida sana, para que mi interior, que es como una máquina, funcione. 7 P15AlfPe: Los beneficios de hacer actividad física están informados. (...) la balanza se decanta así [no realiza actividad física], todo y reconociendo que sí, que es conveniente. / P25ATre: Estoy informado de lo que no debo hacer. Esto es lo que leyendo y viendo prospectos de esos que hay por aquí [indica los trípticos informativos] pues veo eso, que es saludable hacer ejercicio.

Como se observa entre los participantes, las creencias sobre los beneficios físicos o las expectativas de resultados positivos por la realización de AF han estado presentes en todos ellos. Esto ocurre tanto entre los activos como entre los no activos. Para los primeros ha sido una condición necesaria para el mantenimiento de la conducta. En esto se coincide con lo que indican Pender et al. (2011), sobre que el conocimiento de lo que depara de positivo una determinada conducta, es una condición necesaria para iniciarla. Además, la adherencia a la actividad es más probable una vez que el ejercicio regular se ha iniciado y se obtienen los beneficios físicos y psicológicos (Bandura et al., 1986).

Para muchas de las participantes activas la creencia de que la AF ayuda a mantenerse en forma es un aspecto que refuerza la conducta. De igual modo, el mantenimiento del peso corporal y del buen aspecto físico es un elemento común que expresan algunas de las mujeres, como razón del mantenimiento de la AF. Huberty et al. (2008) señalan que el conocimiento específico de las ganancias reales en la condición física¹⁰ y en la imagen corporal es muy motivador para muchas mujeres y aumenta su competencia para seguir realizando ejercicio. Percibir beneficios como ver cambios físicos y tener un sentimiento de control son factores que contribuyen al mantenimiento de la actividad física, sobre todo en mujeres adultas de mediana edad (Mullen & Whaley, 2010)

¹⁰ La condición física o forma física es la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin fatigarse, disponer de la energía suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y poder resolver las situaciones imprevistas que requieren un esfuerzo complementario (Nelson et al., 2007)

La mayoría de los participantes activos lo han sido durante muchos años y saben que ello les ha proporcionado un buen estado de salud. Esta constatación a lo largo del tiempo ha actuado como elemento motivador y, como indica Huberty et al. (2008), ha podido ayudar a mantener la adherencia a la actividad y a mejorar la disposición de las personas para participar en programas planificados de AF.

En los participantes no activos, los conocimientos y creencias que expresan tener sobre los beneficios de la AF, no comporta una disposición para su práctica. Como señalan Pender et al. (2011), no son una condición suficiente para iniciarse en la AF. Así, entre los participantes no activos parece no haber el vínculo entre conocer y actuar. Como indica Pate (1995), hay una relación débil entre el conocimiento de los beneficios de la actividad física y la participación en actividades físicas, entre personas que no la realizan. Entre ellos, el conocimiento de los beneficios en la salud, incluso cuando se han experimentado, no constituyen la motivación suficiente para realizar AF. Esto estaría en concordancia con los resultados de autores como Becerra & Díaz (2008), en cuanto que el conocimiento de los beneficios de la AF para la salud, no son un aspecto suficientemente motivador para realizarla. La motivación para realizar AF que mejore la salud puede ser el resultado de otras motivaciones (Becerra & Díaz, 2008). En este sentido, Luciano (1993), indica que las personas interaccionan utilizando frecuentemente el comportamiento verbal, ello permite, entre otros aspectos, aprender formas de actuar, formas de comportarse en situaciones diversas y expresar las experiencias y deseos. Pero en muchas circunstancias, entre las verbalizaciones y la realidad o la práctica, no hay correspondencia. Entre algunos de los participantes, el conocimiento que expresan tener sobre los beneficios de la AF, así como la aceptación de la necesidad de realizarla para mantenerse sanos, no implica la acción. Como señala Luciano (1993), la relación entre el decir y el hacer se crea a partir de contingencias sociales que son las únicas que inicialmente pueden desarrollar correspondencia, porque actúan como refuerzo, aunque posteriormente las correspondencias pasan a ser desarrolladas por el individuo. Algunos participantes activos, se iniciaron a partir del consejo profesional, por cuestiones de salud, por tanto, se dio un condicionamiento previo, que luego se mantuvo porque se dieron contingencias directas derivadas del

propio hacer. Es decir, entre una conducta verbal (el deseo de tener mejor salud) y una conducta practicada (el realizar actividad física) se han dado situaciones sociales que han facilitado que se desarrolle la conducta, pero en un determinado momento, la experiencia vivida de la acción (las buenas sensaciones que reporta la actividad física y el sentimiento de autoeficacia) pueden ser la causa del mantenimiento de la conducta (Luciano, 1993).

3.2. Las creencias sobre los beneficios psicológicos de la actividad física

Cuando las personas del estudio comentan sus creencias y conocimientos sobre los beneficios psicológicos de la AF, saben que les puede ayudar a encontrarse de mejor humor. En algunos casos, esta percepción ha sido experimentada por los participantes, pero en otros, se tiene el conocimiento por haberlo observado en otras personas.

P1AnaAr: Es que en general, es que todo, te encuentras mejor humorada. / P6MaCa: Creo que el deporte te da hasta buen humor. Pero sales con otro ánimo, sales superbién, sales alegre, haces las cosas de diferente manera. / P20CarBo: yo creo que el cuerpo te lo pide y anímicamente es fantástico. / P14MaiMo: Sé por personas cercanas a mí que se encuentran mucho mejor, que son más alegres, que están más contentos, que están más positivos.

Algunos participantes manifiestan la creencia de que mantenerse activo proporciona vitalidad y optimismo ante la vida.

P6MaCa: Parece que no, pero yo creo que el ejercicio es que te da una amplitud de otra serie de cosas ¿no? Yo para mí te da vitalidad, te da vida, te da energía. / P17SerVa: Hemos estado en algún hotel que los demás no salen y nos hemos quedado los dos solos bailando. Te encuentras con mucha vitalidad. / P20CarBo: Por tanto, el tener esta visión optimista de la vida, el ejercicio físico también ayuda a que sea así. Es decir, ahora precisamente es cuando más optimista tenemos que estar, es cuando más tenemos que valorarlo y más hemos de tirar adelante, y las

personas, no es por vanagloriarme ni nada por el estilo, las personas que podemos tener esta visión porque ya la tenemos, hacemos un favor a la gente que viene.

Además, algunos expresan el conocimiento que la AF ayuda a disminuir o controlar la ansiedad o la tensión emocional, aunque no se tenga la experiencia en uno mismo.

P5EliTor: Muchos beneficios, físicos y psíquicos, porque te ayuda a descargar adrenalina, a sentirte mucho mejor. / P20CarBo: Y después, yo pienso que hay una cosa que es verdad, que supongo que he estado convencida siempre, tampoco es un hecho que haya analizado, pero supongo que es así, que va muy bien si tienes alguna ansiedad. Sí, sí, yo creo que ayuda a dejar ir todas estas ansiedades que te oprimen en sentido negativo. / P13MaMa: Me ayudaría en todo, sobre todo..., mental: pienso que me relajo. Me sentiría bien. / P11APe: Sobre todo para lo que tengo yo, que soy muy nerviosa, muy estresada. Estaría más relajada.

Los testimonios recogidos indican que los participantes conocen, en distinta medida, los beneficios psicológicos de la AF, en la mayoría de los casos porque los han experimentado y ello puede estar vinculado con el mantenimiento de la actividad en el tiempo. Como se indicaba anteriormente, la adherencia a la actividad es más probable una vez que el ejercicio regular se ha iniciado y se obtienen los beneficios psicológicos (Bandura et al, 1986), (Becerra & Díaz, 2008). Por otro lado, entre algunas de las personas no activas, se expresa el conocimiento de algunos de los beneficios psicológicos, pero, como ocurría en la anterior subcategoría, ello no es suficiente para tomar la decisión de iniciarse o mantenerse en el desarrollo de la AF. En este sentido, como indican Becerra & Díaz (2008), el saber que se logran aspectos positivos para la vida no es suficiente para emprender la conducta de AF, aunque sí para mantenerla una vez que se ha iniciado.

En todo caso, se observa un mayor conocimiento de los beneficios físicos que de los psicológicos.

3.3. Las creencias sobre la actividad física como posibilidad de relación

Algunos de los participantes activos consideran que las posibilidades de relación a través de la práctica de AF en grupo son un beneficio importante.

P4CarRos: beneficio también el que te puedas relacionar. / P8RoMaVi: Es importante hacer cosas que sean compartidas y que te sirvan como bienestar. / P21JoMu: Una vez que se pasa ese proceso de dejar de trabajar, entonces hay que buscar juntarse con gente que camine, que se mueva.

Mientras que para otros, dicho beneficio, aunque es considerado, no le atribuyen importancia especial.

P5EliTor: No. No, las clases estas que va mucha gente a una hora, siempre el mismo día..., no creo que sea más beneficioso. / P20CrBo: Puede que sea beneficioso para algunas personas, pero yo no le doy mucha importancia. No creo que sea algo tan beneficioso solo por estar en grupo.

Los indicios seleccionados de los relatos de los participantes ponen de manifiesto la creencia de que la realización de AF puede ser una oportunidad para relacionarse con otras personas y que ello, como señala Whaley & Haley (2008), podría ser un elemento que facilitara la realización de AF. En algunos casos se expresa como una opción que se sabe que puede aportar bienestar, aunque otros participantes no creen que ello sea especialmente beneficioso.

4. Barreras percibidas para la actividad física

En esta categoría se recoge la información extraída de los testimonios de los participantes, en cuanto a las creencias y percepciones sobre los factores que pueden contribuir a dificultar o impedir la práctica de AF. A continuación se desarrollan las dos subcategorías emergentes que la configuran: *barreras personales*, *barreras del entorno* (Fig. 5).

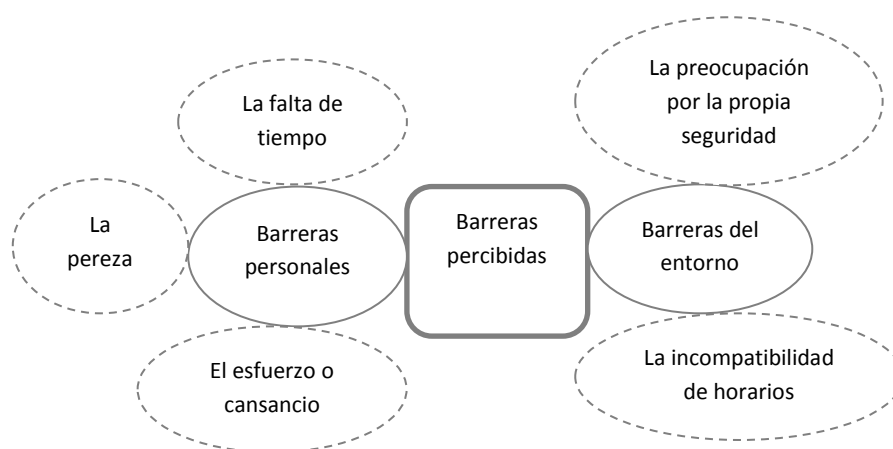


Figura 5. Categoría: Barreras percibidas para la AF y sus subcategorías

4.1. Las percepciones de barreras personales

En el discurso de los participantes, respecto a la percepción de las barreras personales, se pone de manifiesto que la falta de tiempo es uno de los obstáculos para la práctica de AF. Aunque este factor se muestra diferente entre las de personas activas y las no activas. La totalidad de las personas activas ni tan solo lo refieren como una barrera, mientras que entre las no activas es considerado uno de los elementos que dificultan la práctica de AF.

P13MaMa: Y no lo hago por el trabajo. Entonces no tengo tiempo para nada, ni para mí misma. / P14MaiMo: Es importante el tiempo, depende de los trabajos es muy importante el tiempo. En mi caso de hecho, la única opción que me queda es ir yo sola a correr porque a las horas de los gimnasios...A las 9,30 de la

noche a mí no me apetece hacer gimnasia. Bueno no me apetece ni a esa hora ni a otras, porque no tengo tiempo. / P25ATre: Por las dos cosas [no tener tiempo y no considerarlo necesario]. Porque si me sobrara mucho tiempo habría paseado caminado, hecho excursiones...

Para algunos participantes activos, la pereza es otra barrera personal que se expresa como un sentimiento que aparece a menudo, en los momentos antes de hacer ejercicio, pero que no impide su desarrollo.

P3JoMaFe: A veces sí que pensar que me tengo que levantar muy temprano por la mañana, levantarme y empezar a trabajar, me cuesta un pequeño esfuerzo y a veces lo estoy haciendo y pienso: ostras, si con una pastilla, tomándola, quizá tuviera los mismos beneficios me tomaría la pastilla y no iría al gimnasio. Inconveniente, no. Lo único que quizá lo que puedas pensar que es un pelín pesado es la rutina, la obligación que yo mismo me la monto la obligación porque si no quisiera no iría. Es otra vez, vuelve a tocar, venga a levantarse a las 6 que tal y que cual. / P4CarRos: Mira la pereza, pero la supero eh! Hace mucho frío y cuesta muchísimo, pero me obligo. Pienso que me lo pasaré bien. / P7RaPa: En algún momento como ahora me daba pereza venir, hacía mucho frío. Pero después siempre pasa y cuando estoy aquí estoy contenta de haber venido. Esta todo el mundo y me animo. / P8RoMaVi: Porque a veces vienes muy cansada y te da mucha pereza...si no viniera directa del trabajo no lo haría porque debería ir a casa, tendría que volver a salir y no saldría porque me daría pereza. Pero yo no sería de las que van a caminar sola. No me gusta. Aquí me esperan las demás y la monitora. Pues con pereza a veces... lucho contra la pereza. Lo hago igualmente. / P10VicMa: Me da mucha pereza, mucha pereza, pero a la que pongo el pie ya está, es salir. La mayoría de veces es pura pereza. Estaba allá sentada tan bien y con el fuego encendido y eso que te lo ves, que vas pensando y llega la hora y me levanto.

En cambio, en la mayoría de los participantes no activos, la pereza es limitadora del desarrollo de AF.

P11APe: Porque me da pereza, me da pereza. También por comodidad. Porque dices: bueno, sí que es verdad que podría andar. / P14MaiMo: Supongo que no hay demasiados inconvenientes. Me da pereza, es que lo que me gusta hacer me lo han prohibido hacer, el correr me aburre, nadar me aburre. Y aun sabiendo todo esto [los beneficios], pues soy vaga. / P15AlfPe: Inconveniente, yo reconozco que no hay ninguno. La comodidad. Somos, quizá un pelo gandules en eso. Cuando las condiciones de salir a cada lugar habían sido repetidas trescientas veces..., ya no tienes aliciente. (...) No, yo no. Yo he dicho que no porque sé que después no sería constante para hacerlo. Y todo ha sido ir eliminando cosas por comodidad, porque se está bien, ¿para qué hacerlo? / P12AFlo: Lo que pasa es que (...) si no tuviera que desplazarme.... Necesito fuerza de voluntad.

Entre los participantes no activos se expresan las percepciones de esfuerzo o cansancio como barreras para la realización de AF. En algunos casos, incluso la previsión de percibir efectos negativos contribuye a ello. La sensación de fatiga o de cierto impedimento físico, por pequeño que sea, ayuda a reforzar la conducta de inactividad.

P13MaMa: Siento el cansancio, estoy trabajando todo el día. / P14MaiMo: Que haya algún problema físico [como es su caso: algunas molestias leves en las rodillas] ya es algo que influye negativamente. Cuando uno se encuentra mal a nivel psicológico no apetece hacer esto ni nada. Supongo que no hay demasiados inconvenientes, pero en conjunto sí que los son. / P12AFlo: No me gusta caminar deprisa. No me gustaría sentirme cansada o que me encontrara mal.

Por otra parte, estas percepciones de cansancio o esfuerzo, en algunos casos, no son limitadoras para la realización de AF. Los participantes las tienen en algunas ocasiones, pero los beneficios y el hecho de que les gusta lo que hacen, es suficiente motivación para no percibir dichas sensaciones como barreras.

P17SerVa: Si te encontraras cansado lo dejarías o si no vieras que te ayuda y te gusta, el cansancio no lo aguantarías y lo dejarías. / P5EliTor: Sólo que me resfríe o que no me encuentre bien. Incluso si estoy cansada, voy. / P20CarBo: A mí, hay días que me cuesta y estoy cansada y tengo que ir y ufl, pero voy y salgo muy diferente de cómo he entrado. Hay días que señor! Como me pesa! Porque estoy cansada, porque es una semana complicada, más cargada de trabajo... pero no es impedimento, es decir, voy y ya está.

De los relatos seleccionados de los participantes se deriva que, las barreras personales percibidas lo son de forma diferente entre las personas activas y las no activas. La falta de tiempo es uno de los aspectos que sólo expresan los participantes no activos y que, según Bopp et al. (2007), se identifica con mayor frecuencia en personas adultas. Por otra parte, otra de las barreras personales más argumentada es la pereza, que aparece en la mayoría de los participantes, tanto activos como no activos. En este caso, los participantes no activos la expresan como la causa principal de no realizar AF y está considerada otro obstáculo importante (Bopp et al., 2007). Estos autores interpretan la pereza como falta de voluntad y así se puede observar en algunas personas que, aunque reconocen la importancia de mantenerse activas, no influye lo suficiente como para tomar la decisión de incrementar el ejercicio. Algo similar ocurre con las sensaciones de cansancio y esfuerzo, que se constituyen como barreras disuasorias para la realización de AF entre los participantes no activos.

Por el contrario, los participantes activos, aunque reconocen tener pereza y cansancio, son capaces de superarlos, ya sea porque la actividad les gusta, ya sea porque les sienta bien y así, estas barreras, aunque percibidas, no son impedimento para decidir seguir con la AF. Parece que, en estos casos, como indica Velicer et al. (1985), las personas valoran las ventajas y los inconvenientes de la adopción de una conducta y, a través de la anticipación de los beneficios, ponderan las implicaciones y deciden seguir con la actividad (Prochaska et al., 1994). Esto es expresado por los participantes cuando indican que se obligan, que utilizan estrategias como ir directos del trabajo al gimnasio para evitar que la

pereza o el cansancio les afecten. Como indica O'Brien (2003), las personas perciben algunas barreras, pero el superarlas a diario, crea en ellas un sentido de confianza en la superación de las mismas.

En algunos casos, cuando la AF es compartida y dirigida por algún profesional, la pereza o el sobreesfuerzo no tienen el peso como para que los participantes abandonen la actividad, sino al contrario, se convierte en un elemento motivador. Aun percibiendo la pereza como una barrera, se decide seguir con la actividad. Se puede deducir que, como concluyen Hageman, Walker, Pullen, Boeckner & Oberdorfer (2005), el dirigir la actividad física motiva a mantener la conducta, sobre todo entre las personas que perciben más barreras.

4.2. Las percepciones de barreras del entorno

Entre algunas personas no activas se pone de manifiesto la percepción de dificultad para la práctica de AF, que atribuyen a la limitación de horarios de los centros deportivos y al sentimiento de inseguridad si han de poner en marcha otros recursos como caminar.

P12AFlor: Yo creo que si lo tuviera en frente de casa... [el gimnasio], que no tuviera que desplazarme. Tengo que desplazarme y además sólo hay tres horarios y según que horarios ya no puedo ir. / P11APe: Me da un poco de miedo, es bosque, es montaña y piensas: voy a andar un poco. Vivo en una urbanización pequeña, enseguida estás en el bosque. A mí, me da miedo, sinceramente. (...). Yo no tengo coche y... pues igual bajo a Barcelona cuando tengo que bajar, pues dices, es una obligación, pero para ir al gimnasio no.

Los indicios recogidos de los relatos de los participantes evidencian la percepción de barreras relacionadas con el entorno, como son la preocupación por la propia seguridad y la incompatibilidad de horarios. Dichas apreciaciones pueden responder o no a la realidad, es decir, son percepciones que tienen las personas y que son vividas como disuasorias de la práctica de AF. Según señalan Bopp et al.

(2007), la preocupación por la seguridad puede percibirse como una barrera para la actividad. Aunque podría parecer más fácil que hiciesen ejercicio las personas que viven en un entorno rural, también puede ser visto, como ocurre en una de las participantes, con reserva o miedo por la propia seguridad. Whaley & Haley (2008), indica que factores como la poca iluminación del entorno e incluso el temor a encontrarse con animales sueltos, así como la lejanía de lugares donde realizar AF, pueden ser percibidas como barreras importantes del entorno.

5. Autoeficacia percibida en la actividad física

La presente categoría representa la valoración o juicio que los participantes realizan sobre su capacidad de llevar a cabo AF. Son los sentimientos de eficacia y habilidad, que motivan para el desarrollo de ejercicio. A continuación se explican las dos subcategorías que la configuran y que han emergido de los relatos de los participantes: *el reto autoimpuesto* y *la evaluación de la capacidad personal* (Fig. 6).

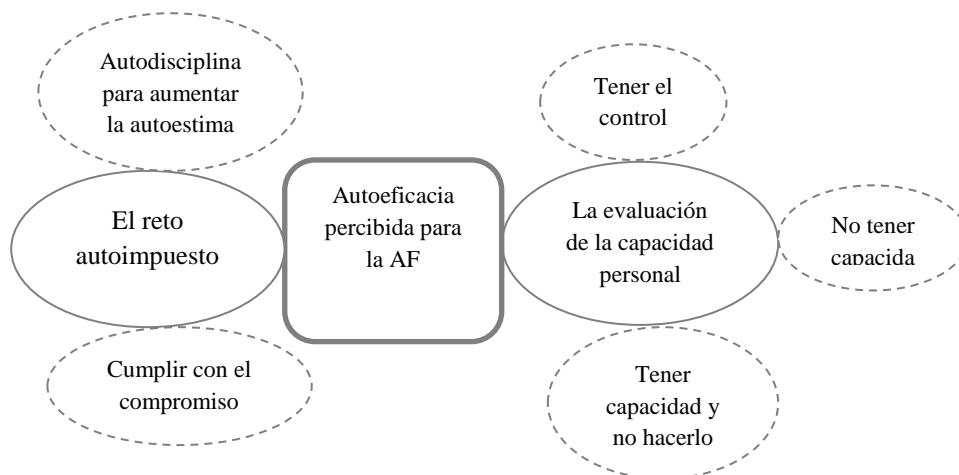


Figura 6. Categoría: Autoeficacia percibida para la AF y sus subcategorías

5.1. El reto autoimpuesto como forma de sentirse capaz

En esta subcategoría se recogen las expresiones, por parte de algunos de los participantes, del deseo de cumplir con los objetivos de sentirse capaz y de aumentar la autoestima. Para ellos, la AF es un reto que les permite mostrar autodisciplina y compromiso. En este sentido, se convierte en una actividad que proporciona satisfacción con uno mismo, a la vez que permite el logro de dichos objetivos.

P9ToLlu: Yo te diría que es más importante para mí el ser capaz de seguir esta, esta..., autodisciplina, que no las cotas concretas de, de, logros que pueda hacer. La valoración es mucho más cognitiva, es lo que te motiva para continuar. Sí totalmente, es lo que te decía al principio. Aumentar la autoestima a través de asumir un reto, porque de hecho, para mí, ya era un reto, después de esta vida tan sedentaria intentar dar un paso desde los tiempos de la juventud, sabiendo que mi salud es buena, que mi cuerpo sé que, con las restricciones de la edad, me acompaña, que me había acompañado antes y me planteé hacer deporte. Yo diría que aquí ha pesado más un... concepto de..., aumentar la autoestima por uno mismo haciendo por sentirse más o menos en forma. El reto de la autodisciplina, también. / P25ATre: Después, que también me siento satisfecho conmigo mismo porque cumplo con un compromiso, compromiso conmigo mismo. Voy cumpliendo con esto [hacer ejercicio]. Y porque hago una cosa que no había hecho nunca y he comenzado al jubilarme. Empiezo una vida nueva y encuentro un aliciente en esto y es fantástico, ¿no?

En el análisis del discurso de algunos de los participantes activos, emerge un elemento que puede interpretarse como la autoimposición de la autoeficacia. Se pone de manifiesto que verse capaz de mantener la AF y autoimponérsela como un reto, ayuda a tener un juicio positivo sobre la propia capacidad personal y, por ende, a mejorar la autoestima. Como indican Pender et al., (2011), las percepciones de habilidad y competencia en un dominio particular, motiva a los individuos a involucrarse en conductas en las que destacan y ello deriva en una mayor percepción de autoeficacia. En el relato de los participantes, se apela a dos

dimensiones personales en interrelación: la cognitiva y la afectiva. Uno de los participantes lo expresa específicamente cuando dice que realiza una valoración cognitiva de la AF que realiza y que es lo que le motiva a continuar. Se necesita tener un juicio positivo de uno mismo y ello se convierte en la causa principal de seguir realizando AF. Como señalan Moreno et al. (2006), tener metas orientadas a la tarea facilita la motivación autodeterminada¹¹ y ésta es importante para el mantenimiento de la conducta de AF.

5.2. La evaluación de la propia capacidad

En las expresiones de los participantes, relacionadas con la percepción de la capacidad personal para la realización de AF, se distinguen juicios de satisfacción por ser capaces de mantenerse activos y en buena situación funcional.

P1AnaAr: Estoy contenta conmigo misma. Estoy contenta con mi cuerpo. Para hacer gimnasia no me encuentro mal nunca. / P2CarGu: (...) y a no estar pensando en otras cosas. Y hay tantas cosas en el mundo, desgraciadamente y piensas, mira bueno, mientras voy aquí...Yo busco todo lo que me va bien. Yo lo hago sola también. Porque yo tengo un carácter que soy muy divertida. Desde luego que sí eh! Que todas lo debían de hacer, que hay algunas que son más jóvenes que yo, allí en la piscina, y ¡tardan en moverse! Y yo no, eh! Yo era una chica muy movida. Yo he sido, siempre he ido muy rápida y claro..., pero he trabajado toda mi vida. Por eso yo creo que me he adaptado. / P3JoMaFe: Sí, porque tengo amigos de mi edad, que claro, que no hacen gimnasia y no están en las condiciones que estoy yo. / P7RaPa: Mis nietas se suben a mi espalda..., se tiran al cuello..., estoy encantada. Mis nueras dicen que cuando tengan mi edad quieren ser como yo. Ni me canso ni nada. Voy allá donde sea.

¹¹El concepto de motivación autodeterminada deriva de la Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan (1985), la cual es un modelo explicativo de la motivación humana. Esta teoría tiene relación con el desarrollo y funcionamiento de la personalidad dentro de los contextos sociales y analiza el grado en que las personas realizan sus acciones al nivel más alto de reflexión y se comprometen en las acciones con un sentido de elección.

En algunos casos, además de percibir capacidad, se expresa cierto sentido de autocontrol, que hace apreciar que se progresa y ello proporciona motivación para mantener los niveles de AF que desarrollan.

P6MaCa: Estás como contenta contigo misma, que te sientes que eres capaz de mantener esa rutina. Sí, porque si no me cuido yo no me va a cuidar nadie, eh! / P5EliTor: Soy muy constante y cuando me propongo una cosa la hago. / P17SerVa: Porque fuimos, nos gustó, lo cojo muy fácil, que tengo facilidad para coger los pasos [de baile]. Entonces claro, si tú ves que vas evolucionando, tú mismo te vas animando. Yo, en particular, me los paso bomba.

En alguna de las participantes, el autocontrol para realizar AF es interpretado como un rasgo de la personalidad que facilita una disposición para mantener la salud y se expresa como generadora de cualidades como la fortaleza, la valentía y el afán de superación. Se llega a considerar que el ejercicio ayuda a reafirmar lo que ya se es.

P20CarBo: El ejercicio físico y caminar era una de las cosas que entraban dentro del tratamiento, a parte de la dieta y la medicación. Si tú tienes un comportamiento disciplinado no pasará nada, me dijo el médico. Pues no se preocupe, que yo en eso no tengo problemas yo soy capaz de hacerlo. Y es así. Como que caminar lo hemos hecho toda la vida [ella y su marido], si yo lo he de hacer y compruebo que va bien hacerlo..., si así lo tengo todo controlado..., pues lo hago. (...) eso me fortalece, yo soy yo, y me viene esta dificultad, que parece que no, pero yo la supero, no pasa nada. Entonces, por una parte te haces más valiente, te hace como más fuerte, de decir: yo tengo entereza y lo quiero superar. Puede que sea la manera de ser, es decir, tú ya eres así antes y el ejercicio físico reafirma todo lo que tú eres. (...) A mí, me da satisfacción el hecho de haber superado una cosa, porque estoy cansada, ¿y qué? Si yo me dejase ir por eso, me haría daño a mí misma y tendría remordimientos, no me sentiría bien. Pero claro, en cosas que tú tienes clarísimas, por ejemplo, en eso del ejercicio yo lo tengo claro, yo lo tengo asumido de esa manera y por tanto, al cumplirlo me siento satisfecha. Yo me he puesto unos objetivos y soy capaz de cumplirlos, quiero cumplirlos. (...) Un día estaba en la cinta y una chica

jovencita me estaba mirando y me giro y le pregunto si quería subir a la cinta y me dice: “no, es que estoy alucinada”. Digo: “¿por qué? Y dice: “por el rato que llevas aquí y como le das”. Yo le dije: “eso es la práctica, no pasa nada y tú también lo harás”.

Otra de las participantes atribuye su sentimiento de capacidad para mantener la conducta de AF al hecho de compartirla con un grupo de personas.

P8RoMaVi: Yo pienso que sí [percepción de capacidad], pero pienso que también lo genera el hecho de hacer una actividad compartida con gente y que es una actividad de conjunto.

Algunas de las participantes no activas expresan cierto pesar por no ser capaces de realizar AF y realizan un juicio negativo de sus capacidades. En cambio, alguna participante indica que no realizar AF no significa que no tenga la capacidad de hacerlo.

P11APe: Estoy desesperada y aburrida, nerviosa y pienso si no estuviera aquí, si estuviera haciendo algo, seguro que este estrés que llevo no lo llevaba. Si estuviera con una actividad estaría pendiente de otras cosas. A lo mejor necesito que sea como una obligación. / P12AFlor: Uf! Mucho [le cuesta valorarse bien. Se autopercebe negativamente en cuanto a su capacidad]. Es que soy patosa (...). Es que no lo he hecho nunca, ni en el colegio he hecho gimnasia. Saltar a cuerda cuando era pequeña me costaba, no sé ni ir en bicicleta. Soy muy patosa. / P14MaiMo: Pero yo sí, yo me considero que puedo organizarme perfectamente y sacar un poco de tiempo para hacer algo de deporte y en cambio no lo hago. Me siento capaz y no lo hago. No tengo una prioridad absoluta.

Los relatos seleccionados ponen de manifiesto las formas de percibir la capacidad para realizar AF y cómo la autoeficacia percibida influye en el desarrollo de la misma. Así, se evidencia entre los participantes que sentirse capaces contribuye a mantenerse activos. Huberty et al. (2008) proponen que una elevada autoeficacia es particularmente importante en la adherencia de las mujeres al ejercicio y así es expresado por la mayoría de las mujeres activas participantes en la investigación. Por su parte Whaley & Schrider (2005), señalan que el incremento en la actividad física se ha relacionado con el aumento de la autoconfianza de los adultos mayores, ayudándoles a mantenerse sanos e independientes. Según estos autores, la forma como las personas se ven a sí mismas, desde las experiencias pasadas hasta la realidad actual, influye sólidamente en sus elecciones para la AF. Este aspecto puede inferirse de los relatos de los participantes ya que, en la medida que comprueban que con la AF se mantienen en forma y con habilidades, ello les motiva para seguir ejercitándose. Como indican Trost et al. (2002) y se observa en los participantes, uno de los principales factores asociados con la adherencia al ejercicio es la autoeficacia física, es decir, el juicio mental positivo sobre la capacidad física de la persona. Además, el efecto motivador de la percepción de autoeficacia entre las personas, es expresado como una de las razones de que mantengan la conducta en el tiempo. En este sentido, se constata lo que indican McAuley et al. (2007), en cuanto que la percepción de autoeficacia es predictiva del mantenimiento de los niveles de actividad física en los adultos mayores y tiene un efecto de larga duración porque contribuye a mantener la motivación.

Otro de los aspectos que se derivan de los indicios seleccionados es el autocontrol, como rasgo del carácter que facilita la disposición para mantener la conducta de AF. Y ello parece influir en el compromiso de mantener la actividad cuando por razones de salud se interpreta como necesario. En este sentido, los hallazgos coinciden con Shin et al. (2006) en que, la autoeficacia percibida en el ejercicio físico, entre mujeres con problemas de salud, es la variable con mayor influencia para comprometerse con un plan de ejercicios pautados. De igual modo, y siguiendo a Downs & Hausenblas (2005), se podría argumentar que la percepción

de control conductual¹² (equiparable, aquí, a la autoeficacia), es un determinante de la conducta de AF.

Otro aspecto resaltable, derivado de las aportaciones de alguna participante, es la influencia que tiene la AF grupal sobre la percepción de autoeficacia. Se podría considerar que se da una autoreafirmación derivada de compartir las experiencias y observar esos sentimientos en otras personas. En este sentido, Fox (2003) aprecia que hay relación entre la realización de ejercicio en grupo y la percepción de autoeficacia. De igual modo, Perry, Rosenfeld & Kendall (2008), indican que la realización de actividad física en grupo mejora la percepción de autoeficacia, aunque señalan que este aspecto sólo se da en mujeres.

Finalmente, como se deriva de los relatos de algunas mujeres participantes, la autovaloración negativa respecto a la capacidad personal para realizar AF, ya sea por una razón que se reconoce o sin saber el porqué, afecta negativamente a su disposición para la práctica de ejercicio y esto, como indican Whaley & Schrider, (2005), juega un papel importante en si iniciarán un programa de ejercicios. De esta manera, aunque por razones de salud una persona haya sido alentada a realizar ejercicio, su propia autopercepción puede impedir que eso ocurra. De hecho, algunas personas pueden verse a sí mismas como incompetentes para la práctica de AF, incluso sin haberlo intentado (Whaley & Schrider, 2005). Según Pender et al. (2011), así como los sentimientos de eficacia y de habilidad favorecen el involucrarse en la conducta prevista, los sentimientos de ineptitud y poca destreza lo dificultan. Ello se pone de manifiesto sólo en las participantes no activas, pero que ven conveniente ejercitarse, las cuales expresan sentimientos de incapacidad y de pesar por ello. Esta percepción es importante, porque en el caso de las participantes, puede ser la razón principal de no iniciarse en la práctica de AF. Como expresan Serrano-Sanchez, Lera-Navarro, Dorado-García, González-

¹² La percepción del control conductual es un constructo teórico derivado de la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1991). Se define como la autovaloración de la capacidad para adoptar una conducta, teniendo presentes los recursos personales y las habilidades para desarrollar dicha conducta. Un resumen de las proposiciones teóricas de esta teoría incluye: a) las personas tienen la intención de participar en una conducta cuando la evalúan positivamente (actitud), creen que las personas significativas desean que la lleven a cabo (norma subjetiva) y perciben que está bajo su control (control conductual percibido); b) una fuerte intención y el control conductual percibido, aumenta la probabilidad de una conducta.

Henriquez& Sanchis-Moysi (2012), la autoeficacia parece ser uno de los factores que más contribuye a explicar la variación de las conductas y por ello debe ser tenido en cuenta para alentar en la realización de AF.

Sin embargo, al intentar comprender el sentido que para los participantes tiene la autoeficacia, se presentan algunas dificultades. Del discurso de algunos de los participantes, se deriva que la autoeficacia puede también ser interpretada como afecto. Es decir, ambas categorías, son difícilmente separables. O bien, que así como el afecto por la AF responde a un mecanismo conductual vinculado a las emociones y construido desde la persona, la autoeficacia parece construirse a partir de aspectos externos y que las personas hacen una valoración cognitiva de los efectos de la AF en ellos, de sus motivaciones y de sus deseos. Los estudios de Moreno & Gil (2003) y Stenner et al. (2011), sugieren que los eventos de la vida y las circunstancias cambiantes, pueden desafiar la capacidad de las personas para ser activos. Estos autores señalan que aspectos como la autoeficacia cabría estudiarlos teniendo muy en cuenta los factores del entorno, que a la luz sus hallazgos, son los que con mayor medida influyen en algunas conductas como la AF.

6. Afecto relacionado con la actividad física

En esta categoría se recoge la información expresada por los participantes en cuanto a los sentimientos o las sensaciones en relación con la AF. A continuación se explican las cinco subcategorías que han emergido de los relatos de los participantes: *sentirse bien físicamente*, *sentirse bien psicológicamente*, *la percepción de mejor rendimiento cognitivo*, *las sensaciones provocadas por el entorno* y *las sensaciones negativas* (Fig. 7). La categoría *afecto relacionado con la AF* se presenta como una categoría central, en tanto que recoge matices muy diversos y se configura como un aspecto de relación entre otras categorías.

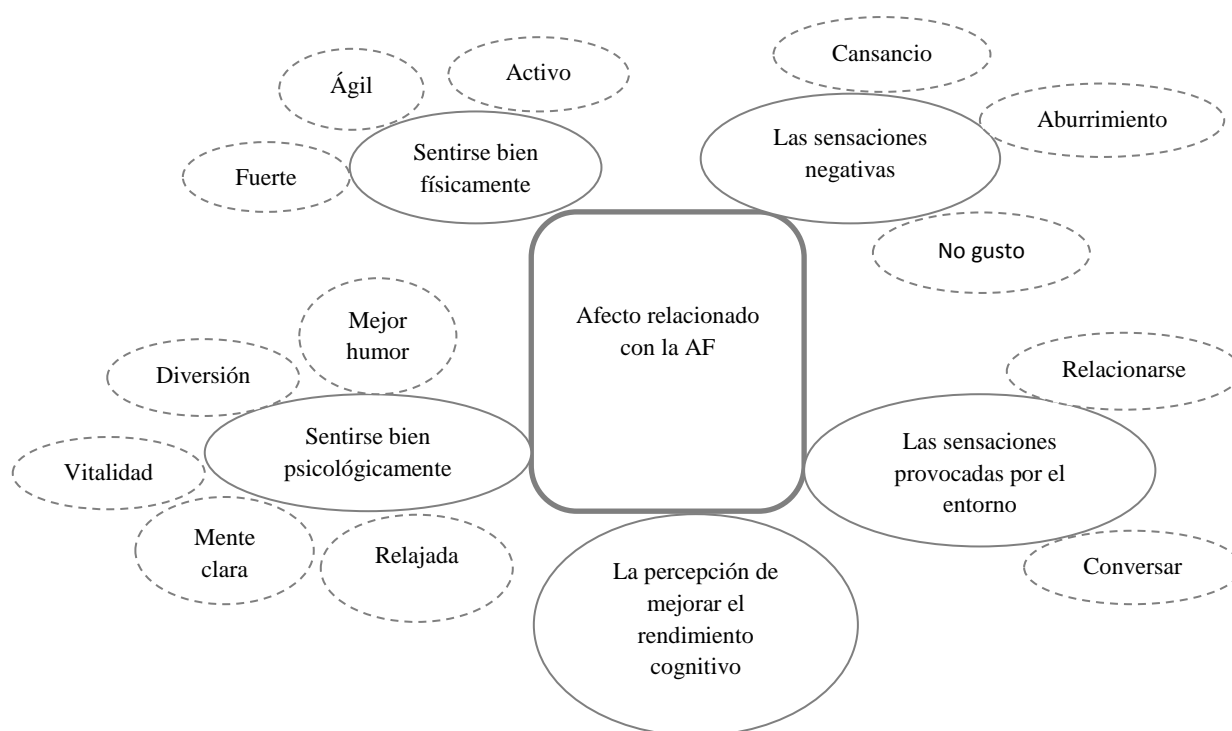


Figura 7. Categoría: Afecto relacionado con la AF y sus subcategorías

6.1. Sentirse bien físicamente

En cuanto a las sensaciones físicas que provoca la AF en los participantes, éstos expresan sentimientos referidos a apreciaciones en su cuerpo y en su funcionalidad física tales como, sentirse activos, ligeros, que mejoran el sueño, ágiles, flexibles y fuertes.

P1AnaAr: Claro que me gusta hacerlo. Me reporta que estoy más activa, me encuentro mejor para todo lo que tenga que hacer después, mi cuerpo me responde bien a todo lo que quiero hacer. / P2CarGu: A mí me gusta mucho, mucho esto. Yo me encuentro estupendamente. El día que no voy me encuentro más pesada [ligera]. / P3JoMaFe: Ganas de hacer cosas, ganas de salir, ganas por ejemplo de hacer actividades, que compañeros míos de mi edad pues ya no tienen ganas de hacer. No tengo problemas para dormir, con el ejercicio. / P4CarRos: A ver, me da agilidad. Yo me siento ágil para la edad que tengo. /

P5EliTor: Cuando salgo de la piscina me siento más flexible, estoy más ágil. Yo aguanto mucho mejor que compañeros de mi edad, aguanto más los cambios horarios, me recupero antes, sí. Me gusta, me hace sentir bien después, me ayuda a mantenerme [en forma]. / P7RaPa: Noto que voy más ligera. Pues noto que me muevo muy bien, estoy muy ágil. No me canso nunca, hago cosas en casa, fuera, llego a la noche tan fresca como una rosa sin estar cansada. No me duele nada y noto que es por hacer gimnasia. / P9ToLlu: Sí, yo creo que físicamente me siento un poquito mejor. Fuerte. / P16MaVa: Me gusta siempre, me noto mejor de todo, vas más ágil, más ligero. / P19MerApa: Sí, ya lo creo. Pues, a ver yo es que me encuentro estupendamente. Porque no me duelen los huesos, no..., estoy bien. Tengo ya una edad claro. / P21JoMu: Yo creo que sí. Miro a lo mejor, gente que es más joven y la veo que está peor, físicamente. Me gusta y es que yo lo veo necesario. A mí como me gusta caminar. Estás más ágil. A medida que uno va teniendo más capacidad de aire, después cuando termina el recorrido se siente el pecho más amplio, como que el aire me entra más fácil. Sí, porque a mí me va bien.

Los participantes que refieren sensaciones físicas positivas, lo expresan como percepciones emocionales satisfactorias aunque referidas a la dimensión física. Es una apreciación física que genera bienestar emocional y que hace que valoren la importancia de mantenerse activos. Como indica Dishman, Sallis & Orenstein (1984), cuando las personas obtienen satisfacción con la realización de ejercicio físico están en disposición de otorgar un sentido a la práctica de actividad física. Este aspecto puede observarse cuando la mayoría de los participantes, referidos en esta subcategoría, establecen relación entre la percepción de bienestar físico y la AF que realizan. El ejercicio tiene un sentido que, de diferentes maneras, explicitan en sus discursos: la mejora o mantenimiento de su bienestar físico.

6.2. Sentirse bien psicológicamente

Esta subcategoría incluye las expresiones de los participantes en cuanto a las sensaciones psicológicas que les induce la AF. Algunas participantes comentan

sentimientos que valoran positivamente, como el mejor humor, el sentirse contenta, joven, animada y con vitalidad.

P1AnaAr: Mejor en todos los sentidos, o sea, estás con más ganas de charlar con la gente, mejor humorada. Como te sientes bien, pues no te importa de encontrarte a quien sea, de hablar de tus problemas. Pero te gusta hablar con la gente, preguntar esto, preguntar sobre su vida, del tiempo. / P2CarGu: Me ayuda a sentirme más contenta. Porque yo tengo un carácter que soy muy divertida. Me divierte muchísimo. Soy feliz. / P3JoMaFe: Hombre, te notas, pues que no te envejeces tanto, que no te haces tan viejo por la edad. Tengo 66, hombre no me siento de 25, ni mucho menos, pero quizá me siento de 40 no de 60. Pero claro cuando sales dices: ha valido la pena. Bueno sí, sí, es una rutina, es una cosa que no me cuesta. / P4CarRos: Pero vienes con mucha pereza y vuelves mucho mejor, más animada. Es importante relacionarme. Te pasa la hora rapidísimo, es muy ameno. Salgo muy bien. / P6MaCa: Luego mentalmente, no sé, ves las cosas de otra manera. Es como si te diese vitalidad. Cuesta mucho el arrancar y venir, pero es como si te diese vitalidad. Luego vas todo el día...Me gusta. / P25ATre: Si tiene algún efecto que no sea psicológico, para mí es secundario, porque me encuentro bien y me encontraba bien antes también. Pero sí, estoy más satisfecho, mi mujer mucho más contenta porque no estoy sentado allá.

Otros participantes resaltan los efectos positivos como la diversión.

P7RaPa: Así vengo aquí e incluso cuando llego a casa tengo más poder de la comida, comería más y ahora no como tanto. Cada día nos divertimos. Me encanta. / P16MaVa: Me gusta que lleve ritmo de baile, es más divertido y te ríes más. Lo pasas mejor. / P17SerVa: Porque fuimos, nos gustó (...). Yo, en particular, me los paso bomba (...). Ahora me va entusiasmando. Y disfrutas, como nos gusta tanto, disfrutamos (...) el estar de buen humor, aunque a veces te enfadas con la pareja porque no hace el paso que debería hacer, pero eso se queda en la sala de baile, y te ríes. Como nos gusta tanto, la semana siguiente volvemos.

Para otros participantes, las principales sensaciones que relacionan con la AF son las de relajación.

P5EliTor: ... más relajada. (...) me siento muy a gusto en la piscina. / P8RoMaVi: Y psíquicamente y socialmente, las dos cosas, el hecho este que te digo que somos un grupo de gente que hacemos la gimnasia pero nos lo pasamos bien, además después aquí charlamos. Sí, sí. Cuando acabo. Bueno y cuando estoy, también [se siente más relajada]. Me gusta mucho, sí [se divierte]. Estás mal y se te va pasando. / P16MaVa: Cuando termina uno de gimnasia siempre está más relajado. / P23AguEs: (...) y después que me lo paso bien, que me relaja, que después salgo de allí, me ducho y me quedo la mar de bien y llego a casa con otro carácter, porque a veces sales del trabajo, aparcas el coche y dices: “ese me ha tocado la pera, aquel me pide lo otro y no sé si lo tendré”, y estas preocupado. Sales, juegas y después de allí, ya está, la semana se ha acabado. Digamos que empiezo el fin de semana muy relajado.

Algunos participantes indican que después de realizar ejercicio, además de encontrarse más relajados, mejoran su estado de ánimo.

P10VicMa: Y entonces ahora mismo estar en el aquagim me encuentro súper bien. Yo vengo aquí mal y salgo bien. Yo he venido mal, con el día negro, negro, negro y salgo..., me relaja, llego a casa de otra manera. Cansada si quiere, pero a gusto, bien, después de la ducha. Te diviertes mucho y me gusta, me gusta y me satisface. / P19MerApa: No sé, yo he encontrado mucho alivio. Sí. Porque... Y ni depresiones ni... Hombre tienes tus días de bajada que... te peleas con un hijo, con tu marido, que lo tirarías todo por la borda, ¿no? Y estos días estoy un poco nerviosa. / P20CarBo: hay un componente claro, que es personal, de convencimiento en el sentido de que me va bien anímicamente. (...) incluso en días que ha habido un determinado problema o que tienes alguna ansiedad o alguna preocupación, pasa. Entonces el ejercicio hace que dejes ir energía [dejas las percepciones negativas], yo lo tengo comprobado, es cierto. (...) El ejercicio ayuda ser optimista y te lo digo porque lo he comprobado, no porque me lo invente, ni sólo por filosofía, sino porque en mí misma lo he comprobado. / P21JoMu: para mantenerse el estado de ánimo bien A mí sí. Si uno está

cabreado en casa, sale a caminar y se le pasa. Hombre claro! Es que si no se queda uno en casa sentado ahí, ¿qué está pensando? Nada más en ver la tele. Eso para mí no sirve. Hombre la tele se puede ver una película, se puede ver algún programa que interese y lo demás es tóxico. Para mí es tóxico, es decir, no me interesa para nada.

En algunos casos, las sensaciones son tan positivas que el no poder realizar AF es vivido con pesadumbre.

P20CarBo: Además el año pasado me tuvieron que hacer una operación en el pie y estuve mes y medio sin ir [al gimnasio]. Me dolía y estuve un tiempo sin ir, después cuando me incorporé al trabajo el médico no me dejaba ir al gimnasio y menos a la piscina. Entonces lo necesitaba [ir al gimnasio], eso me faltaba.

De los relatos de los participantes, respecto de esta subcategoría, se desprende que experimentan un conjunto variado de sensaciones psicológicas que les reportan bienestar. En la mayoría de los casos se aprecia que ello contribuye al desarrollo de la AF como una conducta habitual. Como advierten Lee, Avis & Arthur (2007), hacer evidente los sentimientos positivos de placer y diversión cuando se realiza ejercicio, mejora la motivación y la confianza de las personas ancianas para seguir siendo activos. En este sentido, de las narraciones de los participantes se deriva la idea de que la práctica continuada de AF ha propiciado sentimientos positivos que, a su vez, contribuyen al mantenimiento de la misma. O'Brien (2003) indica que los adultos mayores que han sido habitualmente activos durante sus vidas, disfrutaban manteniéndose activos. Estas percepciones expresadas por los participantes, indicando que les gusta, son sensaciones que, según Pender et al., (2011), permanecen en la memoria y se asocian a subsecuentes pensamientos sobre la AF. Todas estas percepciones y sensaciones, como indican Billings & Hashem (2009), intervienen en el mantenimiento de una salud mental positiva durante la etapa de la vejez. De los indicios seleccionados de las narraciones se puede inferir que la AF contribuye a percibir un estado de bienestar, a mantener el

sentido del humor y a sentir una vida con significado. Todos ellos son componentes que dan un sentido de coherencia a la propia vida, entendido como la capacidad para manejar cualquier situación, es decir, percepción de autoeficacia, que contribuyen a la salud mental de las personas ancianas (Billings & Hashem, 2009).

De los relatos de las mujeres se puede extraer que las sensaciones positivas vinculadas a la realización de AF constituyen una motivación importante para el mantenimiento de la misma. Huberty et al. (2008) señalan que las mujeres comprometidas con el ejercicio muestran una motivación intrínseca para realizarlo, derivada de una expectativa de goce con la realización de la actividad. Los mismos autores indican que disfrutar de cómo el ejercicio mejora la calidad de vida es un factor importante para que las mujeres mantengan la AF. En este sentido, en la mayoría de los participantes se pone en evidencia la relación entre la AF y la mejora de aspectos diferentes de sus vidas. Según se deriva de los relatos de los participantes, en algunos casos, la AF realizada de forma planificada y en grupo contribuye a generar sentimientos positivos. Como plantean Wilson et al. (2006), el desarrollo de ejercicio, en contextos en los que se realiza de forma estructurada, genera sensaciones psicológicas positivas, ya que satisface la necesidad de autonomía, de competencia y otras necesidades psicológicas humanas.

6.3. La percepción de mejorar el rendimiento cognitivo

Para una de las participantes, el movimiento repetido y automatizado, facilita la creatividad mental y la generación de ideas sobre las que ya está pensando.

P20CarBo: Pues a veces, incluso en la piscina, que la gente lo dice, que es bastante aburrida porque siempre es lo mismo, puede que sí, pero a mí el mismo movimiento, de aquí para allá, ahora arriba, ahora abajo, siempre es..., entonces, eso me permite estar por otras cosas. Cuando tienes el movimiento muy estudiado (...) no hace falta que controle nada..., yo haciendo piscinas redacto cartas, invento poesía, preparo trabajos, ¿me entiendes? Y a veces es curioso,

porque hay cosas que no me salen y llego allí y... ¡ya está! Pues vengo a casa y lo escribo y a veces me ha salido sin ni proponérmelo. Puede ser porque estás más relajada, porque no he de estudiar si este brazo lo tengo que poner así, porque es una dinámica que tengo muy establecida e imagino que la piscina me ayuda a relajarme (...) la mente se me va y si tengo una cosa, así entre medio..., pues pienso. Ya sé!, ya está, ya he encontrado la cuestión, ya sé por dónde iré. Vengo y lo escribo. Esto me ha pasado muchas veces.

Otros, lo expresan como una mayor claridad mental para la realización del trabajo.

P5EliTor: ...la mente más clara. Cuando vengo de trabajar voy a la piscina porque he estado toda la noche sin dormir, [trabaja de azafata de vuelo] por ejemplo, pero sé que al día siguiente me siento muy bien, pienso mejor. / P9ToLlu: Los típicos trabajos nuestros son trabajos intelectuales y tener cincuenta cosas en la cabeza a veces no se asume muy bien y sí que he notado que pude ser que voy más suelto. Estar en la oficina con la cabeza más clara.

En sus relatos, los participantes indican una mejor capacidad para el mantenimiento de algunas habilidades mentales como la creatividad, la concentración y la generación de ideas. De sus testimonios se desprende que son conscientes de ello, les gusta y le otorgan importancia debido a que afecta positivamente al desarrollo de su actividad laboral. Esta relación entre AF y la mejora en la función cognitiva la describen Dishman et al. (2006) en términos de efectos positivos en la cognición en general, pero indican mayor incidencia en los procesos que requieren mayor control ejecutivo como son los implicados en la programación, planificación, supervisión y coordinación de tareas. Además, según Gómez-Pinilla et al. (2008), la AF actúa neurológicamente mejorando la capacidad de aprendizaje. Estas capacidades son comentadas por los participantes como algo que les satisface y como indican Arruza et al. (2008), se pone en evidencia la importancia de lo que se ha denominado *unidad funcional* en el campo de las ciencias de la actividad física, en referencia a la interdependencia

entre las percepciones físicas, las cognitivas y las emocionales (Arruza et al., 2008).

6.4. Las sensaciones provocadas por las relaciones

Entre las principales sensaciones positivas, que expresan los participantes que realizan AF en grupo, está la satisfacción por relacionarse y conversar con otras personas.

P4CarRos: Necesitaba relacionarme, es importante para mí. Es muy ameno. / P6MaCA: Me gusta hacer la clase compartida, en el agua, me gusta. / P7RaPa: Estoy muy contenta, porque además está el ambientillo del grupo. / P8RoVi: Somos un grupo que hacemos gimnasia, pero nos lo pasamos bien. Además después charlamos. No sólo es la cosa física, sino que también la psíquica y la social. / P21JoMu: El caminar y juntarse con gente, eso ayuda a la mente porque siempre hay conversaciones, no se encierra uno en sí mismo y a la vez pues va haciendo ejercicio que es bueno para el cuerpo. Por lo menos es mi manera de pensar.

Entre los participantes activos que forman parte de un grupo, se aprecian valoraciones positivas de los sentimientos que les genera la AF. Como señala O'Brien (2003), en personas activas se valora positivamente el apoyo mutuo en la realización de AF, de manera que ello genera sensaciones positivas, que lo son más al expresarlas y compartirlas.

6.5. Las sensaciones negativas

Dos de las participantes no activas refieren que el tipo de actividad que podrían hacer les aburre o les cansa y por ello no les gusta.

P12AFlo: Nadar he ido alguna vez yo sola, pero me aburro. No me gusta caminar deprisa, me canso y además yo paseo a otro ritmo. / P14MaiMo: El correr me aburre, nadar me aburre. Me gusta divertirme cuando hago un

deporte. Yo por ejemplo corriendo lo paso mal, que a lo mejor es por mi estado físico que no es el adecuado. No es una diversión..., no, no me gusta.

De los testimonios de algunas participantes se desprende que algunas actividades se tienen integradas de una determinada manera en las rutinas cotidianas y hacerlo de otro modo no gusta. Además, las sensaciones que pueden generar algunas actividades, no siempre coinciden con las expectativas de las personas, de obtener sentimientos positivos. Esto es lo que ocurre con la sensación de cansancio, que es de esperar al realizar AF, pero que no es vivida de forma placentera por algunas participantes. Parece razonable pensar, como indican Arruza et al. (2008), que la percepción de un estado de forma física inadecuado, puede repercutir en las apreciaciones emocionales negativas que se hacen de la AF. Una vez más, se aprecia la *unidad funcional* entre las percepciones físicas, las cognitivas y las emocionales (Arruza et al., 2008), comentada en la subcategoría *percepción de mejorar el rendimiento cognitivo*.

7. Compromiso con un plan de actividad física

La categoría que se presenta seguidamente, recoge los hallazgos de las aportaciones de los participantes en cuanto a su compromiso o adherencia a la realización de AF¹³.

7.1. El compromiso con realizar actividad física

La mayoría de los participantes activos reconocen un alto nivel de compromiso con la realización de AF.

P1AnaAr: Muy comprometida. / P3JoMaFe: Sí, conmigo mismo. / P4CarRos: Si, es importante. / P7RaPa: Aguantaré mientras que pueda. / P8RoMaVi: Yo sé que ya tengo el tiempo destinado y ya lo hago. / P9ToLlu: Intento ser bastante serio,

¹³ Del análisis de las narraciones ha emergido una única categoría, pero a efectos de claridad de presentación de la información y como ya se ha hecho anteriormente, se indica como subcategoría.

porque no..., como que me conozco y no soy una persona especialmente metódica... eh..., sé que si dejo de cumplir...Intento hacerlo, priorizarlo sobre varias cosas. Mi nivel de compromiso es alto, diría que es alto. / P10VicMa: Sí, sí, de dejarlo no pienso dejarlo. / P16MaVa: No faltó nunca, a no ser que no pueda. / P19MerApa: No [no deja de hacer ejercicio]. Lo tengo como norma. A ver, me gusta. No me da pereza. Por ejemplo, estoy en casa viendo la novela y estás una hora y media... que bien sentada! Ahora..., a la hora y media empiezo "huy que no estoy bien", "me voy a dar una caminata, que me dé el aire". Vengo, hago mis ejercicios y tan ricamente. / P21JoMu: (...) porque yo digo que eso es prioritario para mí, sí.

En algunos casos el compromiso es tal que incluso cuando se debe cumplir con obligaciones, o se tienen otras actividades, no se prescinde de la actividad física, sino que se busca otro momento para mantenerla, aunque ello signifique realizar algún sacrificio como madrugar o renunciar a las otras actividades.

P2CarGu: Si es algún día que tengo que venir, como por ejemplo, hoy no he ido a piscina porque tenía que venir aquí [Centro de Atención Primaria] a las 9..., ese día ya lo pierdo, pero a lo mejor cojo el sábado y me voy, eh! que hay gente más joven que yo que no lo hace, eh! / P6MaCa: Incluso cuando Rubén era un bebé me iba con él al gimnasio, lo aparcaba allí en un rincón y hacía gimnasia. Cuando la profesora decidió plegar (...) dije, a ver, yo me tengo que buscar algo, yo no puedo estar esa hora parada. Sí, el día que no puedo hacerlo, pues me sabe mal. Además es que no te sientes igual. Es una cosa prioritaria, sí, sí. / P17SerVa: Gracias a Dios no nos hemos puesto enfermos. No hemos faltado ningún día. Ahora, la semana que viene me voy a Navarra y le he dicho al profesor: "profesor, no cuente conmigo que me voy, pero en cuanto vengamos volvemos". / P6MaCa: Tú te lo organizas como tú quieras, lo que sí está claro es que el tiempo que dedicas aquí, te lo tienes que quitar de otro sitio, o levantarte antes.

Algunas de las mujeres con mayor compromiso, indican lo importante que para ellas es mantenerse activas para garantizar su salud y su bienestar.

P5EliTor: En los días libres procuro priorizar y para mí la piscina es lo primero. ... la piscina es de las cosas que tengo en la lista para hacer, la primera. He ido cambiando de sitio, buscando siempre mantener la actividad, sí me gusta, es importante para sentirme bien con todo. / P20CarBo: (...) pero sistemáticamente intento ser muy rigurosa en este sentido. (...) Claro, cuando me dijeron que tenía diabetes y que estaba bien, que se podía controlar y que dependía de mí, yo me lo tomé muy en serio.(...) Ah, no. Dejarlo de hacer no, porque evidentemente pesa más todo lo positivo. Es decir, yo de esto estoy tan convencida que nunca dejaré de hacerlo. (...) Es como una obligación. Pero evidentemente, sí que es cierto que todo el mundo establece un orden de preferencias. Es decir, que ahora nos podríamos ir al cine en lugar de ir al gimnasio. Evidentemente que sí que materialmente es posible, pero tengo claro que ha de ser así y que se puede hacer todo.

Los relatos de la mayoría de los participantes activos ponen de manifiesto que el compromiso con la realización de AF es alto, de forma que dicha actividad es concebida como importante. O'Brien (2003) señala que las personas mayores activas, con experiencias previas positivas, planifican la AF y le dan prioridad en su programación diaria y semanal. Este aspecto de prioridad y planificación de la AF como una más de las actividades cotidianas, es un elemento que indican la mayoría de los participantes activos que llevan años con un plan de AF establecido. Shin et al. (2005) identifican un mayor compromiso en el mantenimiento de un plan de ejercicios en personas mayores que iniciaron la actividad en el pasado. Para ellos el mantenimiento de la conducta está vinculado a su actitud perseverante, a la voluntad de mantener la salud y al placer que les proporciona. En este sentido se coincide con Pender et al. (2011), que señalan que cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso con la acción. Incluso en situaciones adversas, indican las mismas autoras, las personas desarrollan estrategias que utilizan en diferentes momentos para mantener la conducta, como en el caso de algún participante que adquiere el compromiso verbal ante un monitor de AF o la de una participante que se recuerda a sí misma que tiene una patología, el control de la

cual lleva bien gracias a la AF que realiza. Además de las estrategias mencionadas, el compromiso con una conducta determinada implica procesos cognitivos como establecer un momento y lugar concreto y decidir si realizarla sólo o en compañía (Pender et al., 2011). Entre los participantes, como se ha visto en la discusión de anteriores subcategorías, estas estrategias se han desarrollado a lo largo del tiempo que han realizado AF. Algunas mujeres expresan su compromiso con la realización de AF como parte de su bienestar personal. Ello está en consonancia con lo que afirman Huberty et al. (2008), respecto que las mujeres cumplidoras o comprometidas con el ejercicio, buscan una alta calidad de vida y dan prioridad a un tiempo específico en su agenda para la actividad física. A su vez, Hardy & Grogan (2009), también señalan como factor que más influye en el compromiso con la realización de AF entre personas mayores, la voluntad de prevenir el declive en la salud, pero además consideran otros factores como el sentirse superior a las generaciones más jóvenes y el gusto por salir a la luz del día. Estos últimos aspectos también son expresados por algunos de los participantes de más edad. Además, de los relatos de muchas de las mujeres participantes se desprende que ellas controlan todo lo relacionado con su conducta de AF y esto, como indican Mullen & Whaley (2010), es un factor que facilita el compromiso, sobre todo en mujeres adultas de mediana edad.

8. Demandas inmediatas que compiten con la AF y preferencias

En la presente categoría se recoge los hallazgos derivados de los relatos de los participantes, en relación con los aspectos que compiten con la decisión de llevar a cabo AF. A continuación se desarrollan las tres subcategorías emergentes que la configuran: *demandas de cuidado a familiares o relaciones*, *demandas de la propia salud* y *preferencias por actividades alternativas* (Fig. 8).

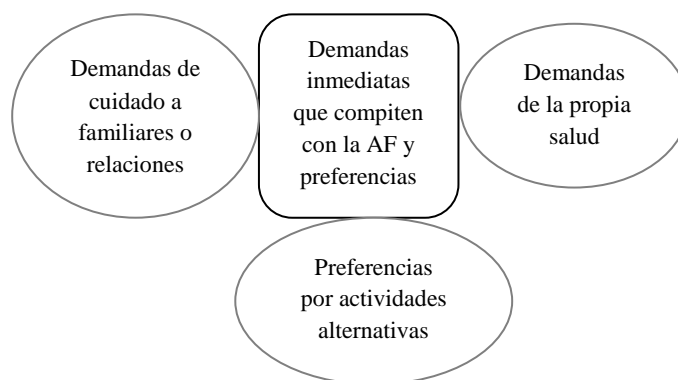


Figura 8. Categoría: Demandas inmediatas que compiten con la AF, preferencias y sus subcategorías

8.1. Demandas de cuidado a familiares o relaciones

Para algunos de los participantes activos, las demandas de cuidado familiar o de personas allegadas, condiciona la realización de AF, en el sentido de modificar su práctica habitual.

P1AnaAr: O tuviera que cuidar a mis nietos o a mis hijos por algún problema que tuvieran... Eso entonces estaría antes que todo. Pero si no, no! / P4CarRos: Si tengo que hacer una cena cuando vienen mis hijos, que no están aquí conmigo. Por fuerzas mayores, muy mayores, eh! Si he de salir fuera para lo que sea. Pero, vaya, haría gimnasia otro día. / P6MaCa: Cuando se te ha puesto un niño malo. / P16MaVa: Cuando cuido de mis nietos, pero me lo combino bien.

Como se pone de manifiesto en los relatos de los participantes activos, las necesidades de cuidados familiares pasa por delante de la realización de la AF, pero ésta, no se deja de hacer, sino que se pospone. Wu & Pender (2002) argumentan en la misma línea, que las responsabilidades familiares representan una demanda que compite con la realización de AF, pero lo hace en el sentido de que pasa a ser una actividad prioritaria, aunque no la única. Como indican Pender et al., (2011) las demandas inmediatas que compiten con el desarrollo de alguna conducta representan una exigencia, en las que los individuos tienen un bajo

control, porque existen contingencias del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. En el caso de los participantes, la conducta de AF sigue manteniéndose de forma habitual, aunque se varía el momento o la frecuencia de realización cuando es necesario.

8.2. Demandas de la propia salud

Algunos participantes expresan que, en situaciones de enfermedad o requerimientos para mantener la salud, la AF pasa a un segundo plano.

P4CaRos: Tendría que ser una razón muy importante. Por salud. / P1AnaAr: Si estuviera mala, entonces pues sí lo tendría que dejar, pero me encuentro bien. / P6MaCa: Cuando te has puesto enferma a 40 de fiebre no puedes venir, cuando te has hecho un esguince. / P16MaVa: Si no estoy bien, pues no voy, pero eso no pasa casi nunca.

En los relatos de los participantes se pone de manifiesto que las demandas de la propia salud, es el principal factor que puede competir con la decisión de llevar a cabo AF. Los indicios ponen de manifiesto que, aun teniendo un alto compromiso con la AF, cuando hay alguna situación excepcional o imprevista, se acaba priorizando esta última, si está relacionada con alguna necesidad personal o familiar. Weinberg & Gould (2010) indican que la situación personal de salud es el principal factor que puede interferir en la práctica de AF, en un momento concreto, en personas que habitualmente la realizan con asiduidad.

8.3. Preferencia por actividades alternativas

Algunos participantes hacen explícita su preferencia por la AF delante de cualquier otra actividad.

P1AnaAr: No hay nada que me interese más. / P3JoMaFa: Primero voy al gimnasio y procuro aplazar esta cosa para después del gimnasio. / P8RoMaVi: Depende de lo que sea. Hay veces que me lo salto, eh! Sinceramente, depende de lo que sea me lo salto. Sí, si. No daría la vida..., pero lo hago otro día. / P16MaVa: Es lo que más me gusta. También leer o la cocina, pero la gimnasia más.

En relación con las preferencias, los participantes activos indican que no tienen ninguna actividad que compita con la de realizar ejercicio. Entre los participantes no activos no se expresa nada al respecto. Según Pender et al. (2012), el grado de resistencia a preferencias que se presentan como contrapuestas, depende de la habilidad que tengan las personas para autorregularse. En el caso de los participantes, por tratarse de la conducta de AF, que mantienen como hábito, parece que muestran una alta capacidad de autorregulación, ya que no dejan de realizar ejercicio, sino que compaginan las diversas opciones, aun cuando puedan aparecer tentaciones. Como describen Velicer et al. (1998) las personas pueden experimentar cierta tentación o necesidad intensa de realizar una conducta contraria a lo que sería aconsejable, sobre todo cuando están en contextos en los que hay factores asociados a dicha conducta o situaciones que les afectan emocionalmente. El desarrollo de determinados comportamientos puede verse alterado cuando aparecen tentaciones y éstas son predictivas del abandono de conductas saludables (Velicer et al., 1998), lo cual, puede ocurrir incluso en el contexto del ejercicio físico (Hausenblas et al., 2001). Pero en el caso de la AF y en referencia a los testimonios de los participantes activos, no parece que dichas tentaciones impidan de forma permanente la realización de ejercicio. De los hallazgos puede inferirse que, aspectos vinculados al gusto por la actividad, el conocimiento de los beneficios y la percepción de autoeficacia para la realización de AF, pueden contrarrestar lo que Velicer et al. (1998) señalan como situaciones tentadoras para abandonar una conducta sana y que precisamente serían: el afecto negativo o distrés emocional, las situaciones sociales tentadoras y el anhelo de otras conductas (Velicer et al., 1998).

4.1.3. FACTORES CONTEXTUALES

La metacategoría *factores contextuales* recoge los hallazgos obtenidos de los testimonios de los participantes, en relación con los factores del contexto personal y social, que condicionan la conducta de AF. En ella se engloban dos categorías: las *influencias interpersonales* y las *influencias situacionales*. En el gráfico 3 se muestra la frecuencia de aparición de cada subcategoría que las configuran.

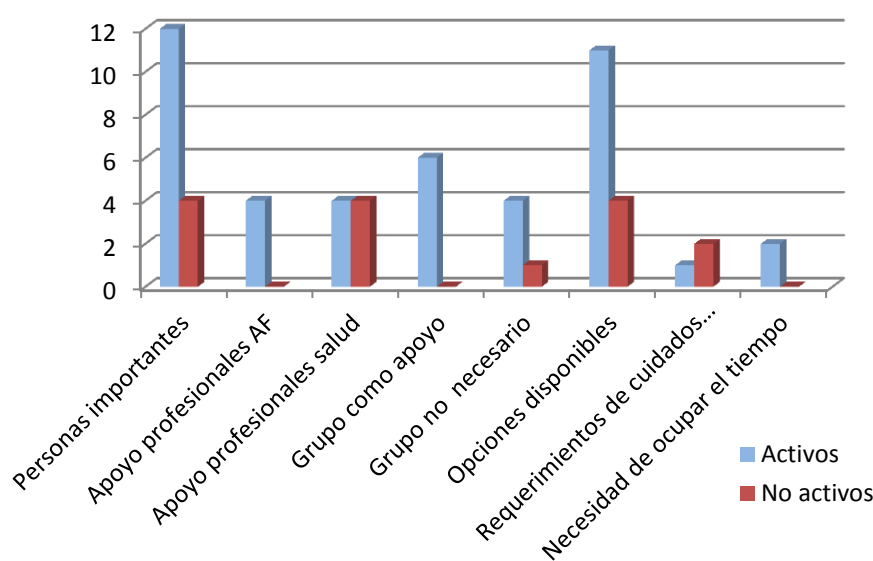


Gráfico 3. Frecuencia de las subcategorías de la metacategoría: Factores contextuales.

9. Influencias interpersonales

En la categoría que se presenta seguidamente, se recogen y analizan los testimonios de los participantes, en relación con las influencias interpersonales que condicionan la realización de AF. A continuación se desarrollan las tres subcategorías que han emergido de sus relatos: *las expectativas de las personas importantes*, *el apoyo profesional* y *el grupo como modelo y apoyo* (Fig 9).

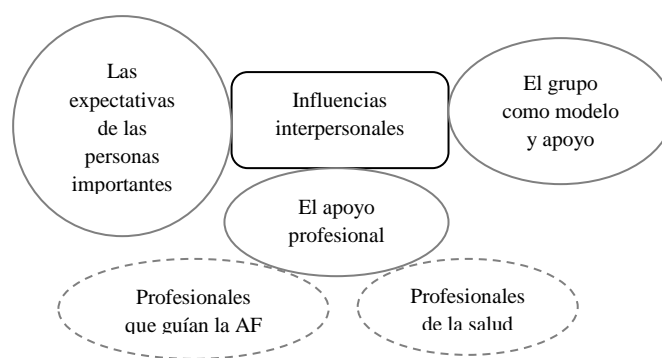


Figura 9. Categoría: Influencias interpersonales y sus subcategorías

9.1. Las expectativas de las personas importantes

Para una gran parte de los participantes activos, la opinión o las apreciaciones de sus personas allegadas, tiene una incidencia positiva sobre el mantenimiento de su AF. Entre las personas de más edad, las expectativas de sus hijos, parejas y otros familiares son expresadas como aspectos que contribuyen al desarrollo de la AF.

P2CarG: Mi hijo me dijo: mamá tienes que hacer algo, porque no te puedes quedar. / P3JoMaFe: Pero como mi mujer también hace ejercicio y tal, pues lo entiende. / P4CarRos: Mi marido no me anima porque dice que con caminar ya es suficiente, pero mis hijos sí que me lo dicen, que no lo deje./ P7RaP: Me dice: "no lo dejes eso" [su hijo]. Ve que me va tan bien, que hago la cena y cenamos los dos y que estoy contenta. Encantados, me animan: "mama no lo dejes eso". / P8RoMaVi: Mi marido hace mucho ejercicio. / P9ToLlu: Los chicos están muy contentos de que su padre les explique aventuras de lo que hace en la bicicleta. Porque el hecho de que me escuchen, el hecho de que estén contentos de que... y se cachondeen de que vaya con mis mallas aquí, arriba y abajo, pues a mí también... ahora que lo pienso, esto no lo había dicho nunca y ¿ves? está bien [se da cuenta de que el decirlo le motiva a continuar] / P16MaVa: Como mi mujer empezó a hacer gimnasia, pues ya me apunté yo también y ahora el que animo soy yo. / P17SerVa: Pues ese [un sobrino] es el que me calentó. Me dijo: "apúntate, que yo me he apuntado con mi mujer y lo pasamos muy bien" (...) mayormente fue porque ella [su esposa] iba antes de que yo dejara de trabajar, una vez o dos días a la semana, iba sola, a bailes de línea y cuando dejé de

trabajar me iba con ella a otro sitio donde se empezaba a hacer baile en pareja y no encontramos con los amigos./ (P19MerApa) Sí, sí. Algunas tardes viene mi marido conmigo (...) no me pone dificultades./ P21JoMo: Ya lo hemos hablado con la mujer (...) el día que se jubile es una cosa que lo tenemos hablado.

El grupo de participantes más joven iniciaron la práctica de ejercicio durante la juventud, influidos por los amigos y la familia

P5EliTor: Mi madre nos enseñó a nadar muy pronto y de muy pequeños. Mi madre también nadó hasta una semana antes de morir. Es una cosa que la he vivido toda la vida./ P3JoMaF:) (...) en plan no de competición, sino con amigos y tal, y entonces claro, lo hice durante unos 10 o 15 años, como es un poco duro lo dejé y sigo yendo al gimnasio. (...) y vi que me iba bien. Sí, éramos un grupo que nos levantábamos temprano por la mañana y nos íbamos a Montjuïc a correr. / P9ToLlu: La actividad física que llevaba a cabo no era tanto un querer el deporte por el deporte en sí, sino una experiencia muy interesante. Encontrarse con los amigos de la montaña, intentar asumir una serie de retos. Decir: a ver cuántos 3 mil harás este verano..., más que no un enfoque hacia el deporte.

En el caso de los participantes no activos la influencia familiar para la práctica de ejercicio durante la infancia y la juventud fue inexistente. En algunos casos dicha influencia familiar se da en la actualidad, pero parece ser insuficiente como para alentar a la práctica de ejercicio. En algunos casos incluso se ha mostrado como contraproducente o desalentadora.

P11APe: Tengo una sobrina que tiene una academia de baile y siempre me dice: “tía vente”, que lo tengo fácil, pero me da pereza. Me dicen: “madre por qué te quedas aquí, no te aburras, pues baja”. / P12AFlor: En la familia son deportistas. Si yo me apunté a un gimnasio por mi hijo, pero ahora... no./ P13MaMa: Si mi hermana me lo dijo que me apuntara a natación. No, no puedo. / P14MaiMo: Sí, tengo muchas personas a mí alrededor. Yo sé que lo hacen con toda la buena voluntad del mundo, pero a mí, me han llegado a agobiar. En mí

entorno más inmediato, porque son tres deportistas y me explican que es beneficioso. Los envidio, pero ahí se queda.

Los indicios seleccionados de los relatos ponen de manifiesto que para algunas de las personas mayores, el halago de sus hijos parece ser un elemento que les hace sentir valorados por lo que hacen y están orgullosos de ello. O'Brien (2003) señala el papel esencial que desarrolla el apoyo familiar y los amigos en el mantenimiento de la AF en personas mayores activas. Entre los participantes activos el apoyo familiar se percibe como algo que motiva a seguir y como un refuerzo que hace valorar positivamente la propia capacidad. Callaghan (2005) indica que dichos sentimientos de habilidad para el autocuidado y percepción de autoeficacia en el desarrollo de conductas saludables, se dan más en las personas que reciben apoyo familiar, de la pareja y de los hijos.

Como se desprende de los relatos de algunos participantes activos, la influencia familiar y de amigos se ha ejercido desde la infancia y la juventud. Ello es expresado como vivencias que motivaron la disposición para la práctica de AF. En este sentido, Whaley & Shrider (2005) afirman que el apoyo social que representan las personas significativas, mejora la autopercepción, sobre todo en el momento de iniciarse en un programa de ejercicios. Además, para algunos de los participantes el tener amigos que realizan AF puede ser visto como un ejemplo a seguir. En esta misma línea Booth, Owen, Bauman, Clavisi & Leslie (2000) y Whaley & Haley (2008), indican que las personas mayores con amigos que practican con regularidad actividad física están mayormente dispuestos a realizarla ellos también.

Uno de los participantes expresa que tomar conciencia del apoyo familiar y expresarlo, puede ayudarle a mantener su compromiso con la AF. Facilitar la expresión de esos sentimientos podría contribuir a reforzar la conducta. Como observan Lee et al. (2007), cuando las personas interpretan su progreso, por ellas mismas o con el apoyo de los demás, de forma que ponen de relieve su capacidad

y esfuerzo para hacer ejercicio, mejoran su autoeficacia y su confianza en la continuación de dicho comportamiento.

A la luz de algunos de los testimonios, también cabe contemplar que el estímulo de personas allegadas, puede no tener influencia en el desarrollo de la AF, o incluso ser un aspecto desmotivador del mismo. Entre los hallazgos obtenidos de los participantes, en lo que respecta a esta subcategoría, se ha identificado un *caso negativo* en el proceso de análisis inductivo, es decir, una de las participantes expresa en su narración, una percepción contraria a lo que la mayoría de los participantes comentan. En referencia a la influencia de la familia, lo que para los demás es un apoyo que motiva al AF, para ella es un “agobio” que contribuye a desmotivarla para ser más activa. Costanzo & Walker (2008), en su estudio realizado con mujeres de mediana edad sobre la influencia del apoyo interpersonal en el incremento de la AF, concluyeron que un mayor apoyo familiar estaba asociado a una disminución de la actividad física (Constanzo & Walker, 2008). Por su parte, McNeil, Wyrwich, Browson, Clark & Kreuter (2006) encontraron que participar en la AF para obtener la aceptación de la pareja o debido a la presión social, puede infundir sentimientos de tensión y estrés, ya que la motivación proviene del deseo de ganar la aprobación de otros y no del placer derivado de la actividad por sí misma. En este sentido, el apoyo interpersonal influye de forma negativa en factores personales como la motivación y ello se puede traducir, como es el caso de la participante mencionada, en una menor disposición para la práctica de AF.

9.2. El apoyo profesional

En esta subcategoría han emergido dos especificaciones de la misma: el apoyo de los profesionales que guían la AF (monitores, entrenadores) y el apoyo de los profesionales de la salud.

El apoyo de los profesionales que guían la AF

Para la mayoría de los participantes que realizan AF en grupo, el profesional que les guía y orienta es considerado como un elemento clave en el mantenimiento de la misma, incluso como informadores sobre la AF y la salud.

P4CarRos: La monitora influye en que “da caña”, te ayuda, te anima. Sí, sí. Si fuera un muermo, seguro que no vendríamos, eh! / P7RaPa: Cada día esta chica nos hace una cosa nueva y me lo paso muy bien, mucho. Hace un buen ambientillo entre el grupo. / P8RoMaVi: Yo pienso que también tienen que ver las personas que lo llevan, que sepan lo que hacen. / P16MaVa: Las monitoras de gimnasia son personas preparadas y eso nos ayuda mucho. (...) te ayuda a seguir porque estás como solo y aburrido, en cambio si tienes una monitora... / P19MerApa: una profesora que viene hora y media cada día. Sí, eso es perfecto. Y ahora cuando me vengo aquí, al invierno a Barcelona, como me sé la tabla, pues yo me doy mi caminata, descanso un poquito y después hago yo mis movimientos.

En algún caso, entre participantes no activos, incluso se considera que podría ser motivador.

P12AFlor: Me apunté al Casal y hago ordenador... Eso como son tres días a la semana y es un cursillo corto, no falto ningún día (...) Eso ya sé que lo tengo ocupado. Pero ir al gimnasio, como se puede ir todos los días, por tu cuenta, un día por otro... No lo hago y es lo que digo: si fuera que me obligara alguien, que te dice cómo hacerlo.

Como se deriva de los relatos de los participantes, los profesionales que desarrollan las sesiones de AF tienen influencia en el mantenimiento de la misma. Para algunas de las mujeres, la ayuda y el ánimo, infundido por parte de los profesionales que orientan el ejercicio, constituyen elementos motivadores que, como señalan Whaley & Shrider (2005) actúan como retroalimentación positiva, y más cuando se hace ver que el ejercicio es valioso y beneficioso. Dicho refuerzo mejora la autopercepción de una persona para desarrollar un programa de ejercicios (Whaley & Shrider, 2005). De las narraciones de las participantes, que

desarrollan actividades grupales dirigidas, se desprende la importancia que otorgan a que dicha actividad sea amena, variada y que les proporcione diversión. Sin dejar de lado la exigencia de que el profesional demuestre saber lo que hace. Por todo ello, como argumentan Estabrooks et al. (2004), el liderazgo profesional juega un papel decisivo en las actitudes y la adherencia hacia la actividad física grupal, en adultos ancianos, siempre que se den algunas condiciones. Así, el profesional ha de ser percibido como competente y cualificado, que es sensible a las necesidades de cada miembro del grupo, que da ánimo, que las actividades son variadas y que facilita la integración grupal (Estabrooks et al., 2004). Este último aspecto, también es considerado por las mujeres participantes que realizan AF grupal. Así, para ellas el grupo se convierte en apoyo, ayudando a establecer vínculos interpersonales que sirven de automotivación colectiva para el compromiso con la AF, cuando la profesional que les guía facilita su cohesión. Es decir, además del apoyo emocional se valora como positivo el apoyo instrumental. En este sentido, Trost et al. (2002) indican que los programas de ejercicios rutinarios guiados por profesionales ayudan a construir redes de apoyo social que mejoran el compromiso con el ejercicio. También Lee et al. (2007) señalan que ese apoyo profesional mejora la percepción de autoeficacia en personas ancianas y esto, a su vez, contribuye a que se perciban los beneficios que se obtienen. Por último, de los indicios seleccionados se puede inferir que el profesional que dirige la AF propicia el desarrollo de conductas de mayor autonomía, de forma que, aun en ausencia del profesional, se es capaz de continuar con la actividad. Huberty et al. (2008) indican que la influencia de los profesionales que orientan el ejercicio, empoderando a las mujeres en cuanto a que pueden tener éxito en su desarrollo, es de vital importancia para que se mantengan en el cumplimiento de la actividad.

El apoyo de los profesionales de la salud

Para algunos participantes el consejo dado por la enfermera o el médico ha tenido incidencia en el inicio de la actividad física, sobre todo en las personas más mayores que tienen problemas leves de salud, pero que pueden afectar su funcionalidad o problemas que requieren del ejercicio para su correcto control.

P2CarGu: Me lo dijo el médico, por mi edad tenía que hacerlo si quería seguir bien [prescripción para mantener la funcionalidad]. / P10VicMa: A mí la doctora que me lleva me dijo que tenía que caminar, hacer un deporte, una actividad de estas. / P19MerApa: Me dijeron: “tienes que andar porque así te evitarás azúcar y cosas complicaciones”. Porque tomo una pastilla, la del colesterol, pero es que como tengo la tensión alta, para que no... / P20CarBo: El endocrino me dijo que el ejercicio es imprescindible (...) dijo que este tipo de diabetes se puede controlar, que todo depende de mí. Claro, yo, si me dicen eso, es lo peor y lo mejor que me pueden decir. No se preocupe, que yo no tengo problemas, me dice que haga eso, pues lo hago.

En otros casos las indicaciones de los profesionales sanitarios no influyen lo suficiente como para que se inicie la conducta, aunque se reconoce que si en vez de consejo fuera algo más prescriptivo, quizá motivaría más.

P13MaMa: Me dijo la doctora que caminara una hora, pero... / P15AlfPe: Olvidas la batallita de la Lola [enfermera]: “que tenéis que caminar, con la mañana no es suficiente, por la tarde tenéis que continuar caminando”. / P11APe: Más de una vez la doctora me ha dicho: “Ana apúntate a la piscina o a yoga, a lo que sea”, pero nunca lo he hecho. Si la doctora me dijera: “Ana tienes que hacerlo, o la enfermera”. / P18CrisVe: Sí, algunas veces sí que me dice [la doctora]: “¿Por qué no hace esto o lo otro?” Pero le digo lo mismo: si no es imprescindible...

Los testimonios de los participantes indican que, en algunos casos, la AF se ha iniciado a partir del consejo profesional, con la finalidad de mantener un buen estado funcional al llegar a la edad de la vejez. O'Brien (2003) señala el papel esencial que desarrollan los profesionales de la salud, en el mantenimiento de la AF en personas mayores activas. Además, dicha ayuda puede contribuir al desarrollo de conductas de un estilo de vida más activo. De igual manera, los adultos más jóvenes, que reciben consejo por los profesionales de la atención primaria mejoran y mantienen sus conductas de actividad física (Eden et al., 2002). Otra cosa parece ocurrir entre los participantes no activos, de los relatos de los cuales se desprende que, el mero consejo, no parece motivar lo suficiente como para ejercitarse. Según se recoge en los indicios seleccionados, es necesario

que el profesional prescriba la AF. En este sentido, como indican Costanzo & Walker (2008), las intervenciones enfermeras, de apoyo o consejo conductual, incrementan el soporte familiar y de amigos, lo cual, a su vez, incrementa la autoeficacia y, con ello, la actividad física en mujeres ancianas, cuando se encuentran en una etapa de contemplación o preparación para su realización. Lee et al. (2007) señalan que ayudar a las personas a interpretar su progreso de forma que se pongan de relieve su capacidad y esfuerzo para hacer ejercicio, apoya la autoeficacia de las personas y su confianza en la continuación de ese comportamiento. En esta misma línea argumentan Grandes et al. (2009) y Grandes et al. (2011), cuando indican que los pacientes que reciben el consejo como una prescripción médica incrementan su nivel de actividad física, al menos durante los seis meses siguientes, aunque luego hay un descenso a partir de los doce meses. En todo caso, si se repite la prescripción de actividad física, se mantiene el efecto a largo plazo (Grandes et al., 2011).

9.3. El grupo como modelo y apoyo

Para la mayoría de los participantes activos, que realizan la actividad en grupo, ésta constituye una experiencia satisfactoria que, además, valoran como un aspecto motivador para el mantenimiento de la misma.

PIAnaAr: la gimnasia la hago con un grupo. / P4CaRos: Vine aquí y necesitaba relacionarme. Esta fue la primera razón. / P8RoMaVi: Yo no soy muy gimnasta ni de muy de eso. Lo que pasa es que comenzamos un grupo de gente de aquí a ir juntas. / P6MaCa: Yo recuerdo una chica que vino al colegio a buscar nenas que quisieran jugar y bueno, pues aquello de que te gusta cómo te tratan y tal y empecé a jugar por eso. Vas conociendo gente que está metida en el footing, que hacíamos montaña. / P9ToLlu: El hecho de estar haciendo una actividad en grupo, eso me motiva mucho. Al no encontrarte solo y verte mano a mano con otras personas como tú que también están sudando, que también están haciendo, pues a mí me motiva mucho. No ha sido nunca un... voy a buscar amigos voy a buscar un grupo o voy a buscar relaciones sociales y por eso hago deporte, pero una vez lo haces y una vez ya estás en la rutina, pues te encuentras estas

pequeñas perlas que de alguna forma pues, también te ayudan y complementan. / P16MaVa: como somos quince o veinte personas, te animas más. Francamente, motiva, yo lo veo mejor. / P17SerVa: Nos vamos cada domingo también a bailar. Nosotros tenemos un grupo más o menos. Es necesario para bailar.

En algunos casos, formar parte de un grupo no influye e incluso puede ser un elemento desmotivador, porque no se quiere establecer nuevas relaciones y por ello evitan realizar AF en grupo.

P5EliTor: No, a mí siempre el deporte me ha gustado hacerlo por mi cuenta, no soy de deporte de equipo. Yo tengo que ir por libre. No las clases estas que va mucha gente a una hora, siempre el mismo día..., no. / P10ViMar: Pero yo, ya te digo una necesidad muy grande de ampliar las relaciones, no, no. están por lo menos un cuarto de hora, explicamos un chiste, algunas hablan, bueno algunas tonterías. Y yo prefiero llegar más pronto a casa y preparo el asunto. / P14MaiMo: Pero es muy superficial, lo que puedas conocer a esa gente en un gimnasio. No, no veo nada, no percibo nada positivo. / P19MerApa: No. Porque yo comprendo que no ando yo a mi ritmo. Te paras, te... [interrupciones de otras personas] Y en el pueblo yo salgo sola. Tengo yo un recorrido y además me va muy bien porque es camino de tierra. /

P20CrBo: No, no es un objetivo. Yo cuento conmigo misma y lo que me favorece a mí. Yo siempre lo he hecho y me ha gustado hacerlo a título individual. A veces me ha llegado a molestar.

De los indicios seleccionados de las narraciones de los participantes se deriva que una de las posibles razones para iniciarse en la AF es la voluntad de establecer relaciones con otras personas. Por ello muchas de las participantes optan por realizar actividades en grupo. En este sentido Lees, Clark, Nigg & Newman (2005) argumentan que el apoyo social que proporciona el grupo alienta a iniciarse y mantener la actividad física, sobre todo en mujeres. Según los relatos de alguna de las mujeres, se puede inferir que, aunque no se esté especialmente

motivada por la AF, es decir, aunque la motivación intrínseca es baja, el grupo se convierte en una motivación extrínseca de gran poder para el inicio de la AF. A todas ellas les proporciona sensaciones de bienestar y de control de parte de su tiempo libre. Esto ocurre sobre todo en el grupo de mujeres participantes de mayor edad y ello podría estar en la línea de lo que argumenta Wang (2001), en cuanto que el apoyo social parece no tener un efecto directo en el estilo de vida promotor de salud en personas de mediana edad, pero sí parece que, utilizado como estrategia en mujeres mayores, puede empoderarlas para emplear conductas que promuevan un estilo de vida sano. Además, el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar en las personas mayores. (Wang, 2001). También Perry et al. (2008) señalan la importancia que en las mujeres tiene el formar parte de un grupo, para mantener el compromiso con la actividad física, aunque según dichas autoras, no ocurre lo mismo entre hombres. De los relatos de los hombres participantes se deriva que para ellos la realización de AF en grupo, no es considerada como importante, por lo general. Aun así, de alguno de los indicios seleccionados se puede inferir que la experiencia de la actividad grupal, todo y no ser buscada, cuando se da, puede tornarse un elemento que motiva para mantener la conducta, bien sea porque agrada, bien porque se dan ciertos elementos de competición. Así, este factor de competitividad es un elemento de motivación extrínseca, que genera el grupo, aunque sea a nivel de percepción personal. McNeill et al. (2006) indican que dicha motivación extrínseca puede mejorar la autoeficacia y esta, a su vez, a aumentar la motivación intrínseca.

10. Influencias situacionales

En la presente categoría se recogen y analizan los testimonios de los participantes, en relación con las influencias situacionales que condicionan la realización de AF. A continuación se desarrollan las tres subcategorías que han emergido de sus relatos: *las opciones disponibles, la necesidad de ocupar el tiempo y los requerimientos de cuidados familiares* (Fig. 10).

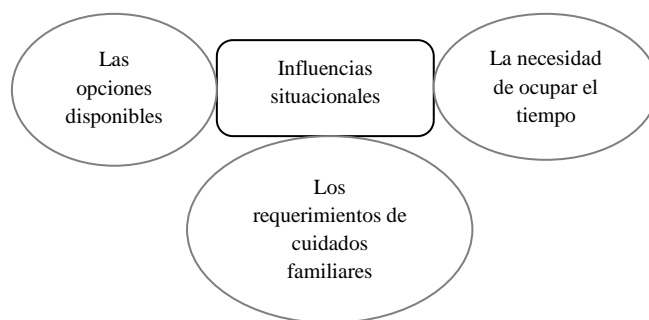


Figura 10. Categoría: Influencias situacionales y sus subcategorías

10.1. Las opciones disponibles

Para la mayoría de los participantes activos los recursos disponibles son adecuados para mantener la AF de forma habitual. La proximidad de zonas o de centros para la práctica de AF, los horarios de las actividades organizadas y el precio, destacan como los aspectos más comentados.

P1AnaAr: Tengo cerca el gimnasio. No tengo que coger medios de transporte. Voy por mi propio pie. / P2Car: Tengo varios horarios. / P4CarRos: El entorno te es favorable. Está cerca de casa. Me lo puedo permitir sí. / P5EliTor: Los horarios de la piscina no son un problema y el coste tampoco. / P7RaPa: Me van bien estos horarios. El entorno también lo facilita. / P8RoMaVi: Me lo puedo permitir y no hay problema para venir. / P16MaVa: Bueno, te adaptas a los horarios que hay. Otra cosa es el precio, pero el centro es del Ayuntamiento y está subvencionado, nos lo podemos pagar. / P16MaVa: lo hago por el Ayuntamiento. Ahora mismo es gratis y si tuviera que pagarlo no sería igual, pero lo pagaría. El gimnasio lo tengo cerca, pero también he ido a uno que estaba lejos. / P17SerVa: En el casal está todo subvencionado. Allí no se paga nada. Pero como de momento es prácticamente por aquí en el barrio, en el municipio. Pues tampoco tienes que coger transporte. Vamos bien. / P19MerApa: Empecé yo de mayor a andar y tenemos tres días de gimnasia cada día en el pueblo, en el hogar de los ancianos. / P20CarBo: Hay horarios de mañana y de tarde y como lo que hago depende de mí, voy cuando quiero. / P21JoMu:

Tenemos el paseo aquí que da la vuelta (...) son cuatro kilómetros justos los que hay. (...) y está la montaña que también hay caminos.

Para algunas personas no activas, la dificultad de acceso a los recursos puede ser una limitación para realizar AF. En algunos casos la limitación situacional es la dificultad derivada de los horarios de trabajo, que no son fijos y ello dificulta la planificación de la AF. En otros casos las opciones son poco atractivas para motivar lo suficiente.

P12AFlor: Los lugares para hacerlo no están cercanos y me da miedo ir sola / P13MaMa: Entonces ella no quiere dejarme. Yo necesito hacer ejercicio porque me he subido de peso. No hago ejercicio, no hago nada, estoy sentada [lo relata con expresión de resignación y rabia porque se siente atrapada por su jefa]. / P14MaiMo: Donde yo vivo es un pueblo hay unos horarios muy reducidos en el gimnasio y yo hago un horario de tienda. No hay mucho margen de tiempo para dejar mi trabajo e irme al gimnasio. / P15AlfPe: ... al jubilarme (...) nos acostumbramos a quedarnos en casa. (...) pero caminar como ya lo tenemos todo visto alrededor de Barcelona ¡Pero si hemos ido trescientas veces! (...) ir a la plaza Catalunya, ya no tiene aliciente. Como que no es ¡o lo haces o al agujero!..., entonces dices, bah, que bien que se está en casa.

De las narraciones de los participantes se puede extraer que todos los activos disponen de los recursos necesarios para iniciar y mantener la conducta de AF. Cada persona se adapta a los horarios disponibles y elige el tipo de actividad según su capacidad económica. Algunos participantes van a gimnasio privados, en los cuales la cuota de socio es más elevada. Otros acuden a instalaciones municipales donde el precio es más asequible. Todos ellos valoran como elemento importante la accesibilidad de los gimnasios, el que estén cerca de sus domicilios. McNeill et al. (2006), indican que a mayor calidad y facilidades del entorno, mayor motivación para la práctica de AF. De igual modo, Serrano-Sanchez et al. (2012) indican que uno de los factores del entorno que más influye en la disposición para la AF, y así se deriva de lo expresado por los participantes, es

disponer de un formato organizado para la realización de la misma. Este contexto social, en el que se dispone de centros deportivos o actividades organizadas, tiene un impacto positivo sobre el nivel de AF tanto en hombres como en mujeres (Serrano-Sanchez, et al., 2012).

Sin embargo, también parece quedar en evidencia que las dificultades de acceso o la poca disponibilidad de alternativas, son un inconveniente que expresan las personas no activas. Ello parece ser un elemento desmotivador para la AF. En este sentido, Morris et al. (2008) argumentan que el entorno donde viven las personas y la realización de actividad física están relacionados, de manera que se realiza menos ejercicio cuando se percibe un entorno poco facilitador para ello, ya sea porque no se dispone de espacios reservados, por ejemplo para caminar, parques y centros deportivos, o porque el barrio en el que se vive no proporcione un mínimo de seguridad (tráfico, iluminación) McNeill et al. (2006). De algunos de los indicios seleccionados se deriva dicho aspecto, ya que para alguna mujer, la percepción de inseguridad contribuye a desmotivar para la realización de AF. Además, como señalan Whaley & Haley (2008) y puede interpretarse de las narraciones de los participantes, una de las limitaciones expresadas por las personas es la falta de programas de actividades comunitarias accesibles, que sean variadas y que respondan a las expectativas personales.

Los condicionantes descritos, afectan al desarrollo de una conducta activa en cuanto que intervienen en el grado de motivación intrínseca (el gusto por la actividad en sí misma) para realizar AF. De manera que si las personas perciben un entorno poco facilitador, se sienten menos motivadas. Pero parece no influir tanto en la motivación extrínseca, es decir, si el motivo por el que se realiza AF está vinculado a una recomendación profesional o a una necesidad percibida, la calidad del entorno no parece afectar negativamente al desarrollo de AF (McNeill et al., 2006). Este último aspecto es comentado por alguno de los participantes, para quien las limitaciones del entorno, no lo serían si viera la necesidad perentoria de incrementar su AF.

10.2. Requerimientos de cuidados familiares

Para algún participante, la situación de vida personal puede obligarlo a no mantener una conducta de AF, aunque en el pasado fuera así. La situación se expresa como falta de tiempo y como falta de ánimo para realizar actividades que anteriormente se desarrollaban.

P23AguEs: Me gusta, lo que pasa es que tengo a los padres ahora con 91 años los dos, mi suegro que está en la última fase de un cáncer también, y vamos un poco de bólido. Llegas tarde y hundido y... la piscina (...) si no lo coges con ganas y empuje pues no. Es lo que yo hacía antes, lo hacía mucho y estaba bien, pero bueno...Sí, si me gustaría hacer un poco más [de actividad física], pero evidentemente tengo los inconvenientes de la edad de los padres y suegros. Esta es mi situación actual. Llegas y no hacen más que quejarse, que si le duele aquí... y sales con todo lo tuyo y con lo de los otros. No tienes aquella cosa de... que puede ser que sea bueno, que descargarías [haciendo ejercicio], pero puede más lo otro.

Para una de las mujeres, el cuidado de los nietos es vivido como una obligación que se está dispuesto a realizar de buen grado. Aunque dicha obligación implica la renuncia a realizar AF, debido a la falta de tiempo.

P18CrisVe: Es más importante ayudar a mis hijos que hacer eso. Ya me llegará el tiempo, ¿no? Cuando tenga mis nietos ya grandes (...) pues un día vamos a un lado, otro a otro y eso lo hacemos cuando podemos. Cuando no podemos, se va mi marido solo. (...) Yo necesito esas horas que tengo para descansar. Entonces yo cojo cuando llevo los niños al colegio (...) Cuando tú te levantas todos los días a las siete de la mañana (...) al mediodía descanso. (...) Entonces claro, pues me iría a la piscina. Diría pues bueno ahora me voy a la piscina, un poquito de gimnasia. Así que yo que sé. Yo he llegado a la conclusión de que tiene que ser así.

Para otra de las participantes, el tiempo dedicado al cuidado de familiares es compartido y ello permite el mantenimiento del ejercicio como una actividad cotidiana.

P20CarBo: Tal como lo tenemos montado hay tiempo para todo, pero a nivel familiar a veces se tienen obligaciones. En nuestro caso mi madre necesita de nuestra atención, pero nos lo combinamos [con su marido]. (...) Está integrado, es como hacer de comer, es una obligación que tienes. (...) por tanto, dentro de nuestra vida está integrado e incluso en tiempo de vacaciones nos lo combinamos.

A la luz de los relatos, la situación de vida de algunos de los participantes puede ser interpretada como una influencia situacional negativa para el desarrollo de AF. No es vivida como una barrera, sino que es una circunstancia del entorno, que realmente obliga a dejar en un segundo plano la realización de AF, aunque se considere que es necesaria e incluso deseada. Aunque como señala Pender (1996), la percepción de falta de control sobre los factores del entorno, como el tiempo, pueden convertirse en una barrera interna para el cambio de conducta, es decir, para el inicio de la AF, en el caso de los participantes del presente estudio. La falta de tiempo es la razón más prevalente para estilos de vida inactivos, aunque lo es tanto para las personas sedentarias como para las que realizan actividad con asiduidad, sin embargo, estos últimos la consideran un inconveniente franqueable (Stutts, 2002).

Así, a la vista de los hallazgos se puede interpretar que, cuando se realiza AF de forma habitual y se debe atender a familiares, se buscan estrategias que faciliten compaginar ambas actividades, como el compartir la responsabilidad del cuidado familiar. En este sentido, Weinberg & Gould (2010) describen que, así como la obligación de cuidar de familiares dependientes impide desarrollar el mismo nivel de AF que se tenía anteriormente o dificulta el realizarlo, la disposición de ayuda, favorece el mantenimiento de la actividad.

10.3. La necesidad de ocupar el tiempo

Algunos de los hombres participantes indican que la principal razón por la que empezaron a realizar ejercicio es la necesidad de ocupar una parte de su tiempo.

P9ToLlu: El condicionante social que me ha motivado para hacer deporte es porque yo llevo tres años viviendo en otro sitio entre semana. El cambio de residencia lo ha favorecido [que ha comportado estar solo entre semana y eso le ha motivado para hacer alguna actividad]. Bueno intentas buscar alguna actividad que antes, pues no la buscabas porque ya te venía muy forzado del día a día entre semana. / P16MaVa: Cuando me jubilé, pues necesité buscar algo. Entonces, a través del Ayuntamiento me informaron de la gimnasia y llevo ya nueve años.

Como se ha visto, de las narraciones de los participantes recogidas en las tres subcategorías descritas, se identifican los principales condicionantes para la AF derivados de las circunstancias situacionales de sus vidas. En las dos primeras se recogen aspectos que han sido encontrados en otros estudios sobre el tema. Sin embargo el aspecto recogido en la presente subcategoría parece no ser común a otros estudios que abordan los condicionantes sociales de la AF. Como se deriva de la narración del participante, la situación de necesidad de ocupar el tiempo libre, se convierte en una motivación situacional que facilita el iniciarse en el ejercicio. La situación de la posjubilación, también se expresa como favorecedora de la adopción de la AF como práctica habitual, con la intención de ocupar el tiempo que antes ocupaba el trabajo. En todo caso, como indican Serrano-Sanchez et al. (2012), los factores situacionales parecen ser los que más contribuyen a explicar la variación en las conductas de AF.

4.2. RELACIONES ENTRE LAS METACATEGORÍAS: *Características individuales y experiencias; Cogniciones y afectos relacionados con la AF; Factores contextuales.* DISCUSIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL MPS.

A continuación se presenta la discusión derivada del análisis de las relaciones entre las categorías que emergen de las narraciones de los participantes de la presente investigación y las descritas en el MPS (Pender et al., 2011). Se hace referencia a las categorías que configuran las tres metacategorías comentadas hasta ahora: a) *características individuales y experiencias*, b) *cogniciones y afectos relacionados con la AF*, c) *factores contextuales* y a las relaciones entre ellas. En primer lugar se realiza la discusión sobre las relaciones entre sí de las categorías de la metacategoría b (por ser la de mayor complejidad y con la cual se establecen relaciones con la a y la c). En segundo lugar, se realiza la discusión y análisis comparativo entre las metacategorías a, b y c. Dichas relaciones se presentan esquematizadas con detalle en la Figura 11.

CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES

AF COMO HÁBITO ADQUIRIDO CON ANTERIORIDAD

CONDUCTA PREVIA

EDAD

PESO

CAPACIDAD FÍSICA

AUTOESTIMA

AUTOMOTIVACIÓN

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

DISPOSICIÓN DE RECURSOS

ACTIVIDAD AJENA CULTURALMENTE

FACTORES PERSONALES

COGNICIONES Y AFECTOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA AF

CREENCIAS SOBRE LOS BENEFICIOS FÍSICOS DE LA AF

- MEJORAR LA SALUD
- MANTENERSE EN FORMA Y ÁGIL
- DISMINUIR EL DOLOR
- MANTENER EL PESO

CREENCIAS SOBRE LOS BENEFICIOS PSICOLÓGICOS DE LA AF

- ESTAR DE BUEN HUMOR
- SENTIRSE ACTIVO, Y CON VITALIDAD
- EVITAR LA ANSIEDA

CREENCIAS SOBRE LA AF COMO POSIBILIDAD DE RELACIÓN

BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA AF

BARRERAS PERSONALES

- FALTA DE TIEMPO
- PEREZA
- ESFUERZO O CANSANCIO

BARRERAS DEL ENTORNO

- PREOCUPACIÓN POR LA PROPIA SEGURIDAD
- INCOMPATIBILIDAD DE HORARIOS

AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA LA AF

RETO AUTOIMPUUESTO

EVALUACIÓN DE LA PROPIA CAPACIDAD

- ACTIVO
- ÁGIL
- FUERTE

- MEJOR HUMOR
- DIVERSIÓN
- VITALIDAD
- MENTE CLARA
- RELAJO

AFECTO RELACIONADO CON LA AF

SENTIRSE BIEN FÍSICAMENTE

SENTIRSE BIEN PSICOLÓGICAMENTE

PERCEPCIÓN DE MEJORAR EL RENDIMIENTO COGNITIVO

SENSACIONES PROVOCADAS POR EL ENTORNO

SENSACIONES NEGATIVAS

- RELACIONARSE
- CONVERSAR

- CANSANCIO
- ABURRIMIENTO

COMPROMISO CON REALIZAR AF

DEMANDAS INMEDIATAS QUE COMPITEN I PREFERENCIAS

DEMANDAS DE CUIDADOS A FAMILIARES O RELACIONES

DEMANDAS DE LA PROPIA SALUD

PREFERENCIA POR ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

FACTORES CONTEXTUALES

EL APOYO PROFESIONAL

EL GRUPO COMO MODELO Y APOYO

EXPECTATIVAS DE PERSONAS IMPORTANTES

INFLUENCIAS INTERPERSONALES

INFLUENCIAS INTERPERSONALES

OPCIONES DISPONIBLES

CUIDADOS FAMILIARES

NECESIDAD DE OCUPAR EL TIEMPO

CONDUCTA DE AF

Figura 11. Esquema de las metacategorías, categorías, subcategorías

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del análisis de las relaciones entre las categorías pertenecientes a la metacategoría *Cogniciones y afectos relacionados con la AF* se extrae que, en las personas activas, cuanto mayor es el afecto por la AF, mejor valoración de autoeficacia hacen los participantes y menor percepción de barreras, sobre todo las relacionadas con el entorno. Las barreras personales pueden ser identificadas por los participantes activos, pero los sentimientos de autoeficacia contribuyen a que no tengan un impacto en el desarrollo de la AF. Por el contrario, algunos de los participantes no activos expresan poco gusto por la realización de AF, ciertos sentimientos de poca eficacia y se indican mayores dificultades o barreras, tanto personales como del entorno. En este sentido, los hallazgos obtenidos de los participantes están en consonancia con lo que se describe en el MPS (Pender, et al., 2011).

Por otro lado, de dichos hallazgos se puede inferir un aspecto que no se describe en el MPS, como es la relación entre los beneficios percibidos y el afecto relacionado con la conducta específica de AF. Ambos tienen elementos en común y así se evidencia en las subcategorías que emergen de las narraciones de los participantes. El conocimiento y las creencias sobre los beneficios, que indican los participantes, derivan de lo observado en otros y de lo experimentado por ellos mismos como sensaciones agradables y positivas. Así, aunque en la categoría *beneficios percibidos*, se recogen los aspectos cognitivos de la valoración que hacen las personas respecto de una conducta determinada, en el caso de la conducta específica de AF, dichos beneficios están vinculados a las percepciones emocionales positivas, es decir, al afecto relacionado con la actividad. Esta relación directa entre ambos no es indicada en el MPS (Pender, et al., 2011), pero ha emergido con claridad en los relatos de los participantes.

El análisis de las relaciones entre la categoría *compromiso con la AF* y la categoría *demandas inmediatas que compiten con la conducta y preferencias*, aporta, de nuevo, información que contrasta con el MPS. A la vista de los hallazgos obtenidos y en referencia específica a la AF, existe una relación entre ellas, aspecto que no se indica en el MPS (Pender et al., 2011). Para todos los participantes activos, que indican un grado alto de compromiso con la realización

de ejercicio, la aparición de elementos que puedan limitarlo y las preferencias por otras actividades, no impiden que se mantengan en el desarrollo de AF como un comportamiento más de su estilo de vida. Es decir, el alto grado de compromiso a la AF, facilita que encuentren la forma de continuarla, aunque aparezcan obligaciones o tentaciones que la dificulten. Por otro lado, ambas categorías, en el MPS son contemplados como factores externos al conjunto de cogniciones y afectos de las conductas, pero en el caso de la presente investigación, derivado de los hallazgos obtenidos de los participantes, se interpreta que ambas categorías forman parte de los conocimientos y emociones que tienen las personas. La inclusión de ambas dentro de la metacategoría *cogniciones y afectos relacionados con la AF*, se justifica en tanto que se ha mostrado relación entre ellas y el resto de categorías pertenecientes a la misma metacategoría. Así, el compromiso con realizar AF, está influido por el conocimiento de los beneficios de la AF, la percepción de barreras, la autoeficacia percibida en el desarrollo de ejercicio y el grado de gusto por el mismo. Finalmente el compromiso con la realización de AF influye, a su vez, en las formas como se perciben y como se responde a las demandas inmediatas en competencia con la AF y a las preferencias contrapuestas. De tal manera que, cuando hay un fuerte compromiso, estas últimas, aunque existiendo, son percibidas como superables y se mantiene la conducta de AF. Este aspecto, como ya se ha indicado, se observa como diferencial respecto del MPS (Pender et al., 2011).

A continuación se desarrolla la discusión de las relaciones entre las tres metacategorías, a partir del análisis de las relaciones emergidas entre las categorías.

Respecto de la categoría *conducta previa de AF*, los hallazgos evidencian su relación con la categoría *beneficios percibidos*, en el sentido que los participantes, tanto activos como no activos, tienen los conocimientos y creencias sobre los aspectos positivos que conlleva la realización de ejercicio, bien por haberlo vivenciado directamente con anterioridad, bien por el conocimiento derivado de la experiencia de otros. Además, la categoría *conducta previa de AF* está relacionada con las categorías *barreras percibidas*, *autoeficacia percibida* i *afecto*

relacionado con la AF. El haber realizado AF en el pasado, entre los participantes activos, contribuye a un mayor afecto por el ejercicio (influye positivamente en la generación de buenas sensaciones), a una mayor percepción de autoeficacia y a una minimización de las barreras. En los participantes no activos, pero que lo fueron en el pasado, se evidencian las mismas relaciones, es decir, recuerdan haberse sentido bien, capaces y no percibir barreras. Mientras que no haber tenido una conducta previa de AF condiciona negativamente, en la disposición para iniciarla, en los participantes no activos. Estos resultados están en consonancia con lo descrito en el MPS (Pender et al., 2011).

Respecto de la categoría *factores personales*, se puede inferir que, los participantes activos, con factores personales favorecedores del mantenimiento de la AF (buena capacidad física, buena percepción del estado de salud, automotivación y autoestima adecuadas, buena situación socioeconómica), expresan gusto o goce con la AF, perciben un alto nivel de autoeficacia y valoran como insignificantes las barreras que se puedan presentar.

Por el contrario, entre los participantes no activos con factores personales que dificultan la práctica de AF (poca capacidad física, poca automotivación y autoestima y poca importancia otorgada a la relación entre ejercicio y salud) no se pronuncian en cuanto al gusto por la actividad, perciben peor autoeficacia y mayores barreras. Estos resultados están de acuerdo con lo descrito en el MPS (Pender et al., 2011).

Aunque, a la luz de los hallazgos de la presente investigación hay una excepción. En lo referente a la relación entre la categoría *factores personales* y la categoría *beneficios percibidos de la AF*, no se puede derivar que los factores personales influyan en la percepción de los beneficios, al menos directamente, ya que todos los participantes expresan el conocimiento y la creencia de los beneficios de la AF para la salud, al margen de sus características personales. Por tanto, no se puede inferir que haya relación directa entre ambas categorías, relación que sí se indica el MPS (Pender, et al., 2011). Dicha relación podría ser indirecta, ya que, como se ha señalado, los factores personales sí que influyen en la percepción de

autoeficacia y afecto relacionado con la AF y estos, se han mostrado, a la luz de los relatos de los participantes, relacionado con los beneficios percibidos.

Otro aspecto diferencial entre los hallazgos obtenidos de los relatos de los participantes y el MPS es que, una percepción positiva de autoeficacia podría cambiar algunos aspectos de los factores personales psicológicos en el sentido de tornarlos más positivos (mayor automotivación, mejor autoestima). En el MPS no se establece esta última relación de reciprocidad entre los factores personales y la autoeficacia. Así, se puede inferir que la relación entre la categoría *factores personales* y la categoría *autoeficacia* es de reciprocidad, al menos en referencia a la subcategoría *factores personales psicológicos*.

En lo referente a las influencias interpersonales y las influencias situacionales, en el MPS son consideradas conocimientos o creencias que afectan la decisión de desarrollar una conducta. Como tales, están incluidas dentro de la metacategoría de *conocimientos y afectos relacionados con la AF*. Pero en la presente tesis, a la luz de los hallazgos, están consideradas como factores del entorno de las personas, que pueden afectar a las cogniciones y a las creencias, pero que no lo son ellas mismas. Ambas categorías, *influencias interpersonales* e *influencias situacionales*, emergen como pertenecientes a una metacategoría diferente nombrada como *factores contextuales*, que cabe interpretar en otro sentido. Las influencias interpersonales y situacionales se han revelado como componentes del sistema relacional y social de las personas, que afectan a algunas de las cogniciones, afectos y factores personales de los participantes. Es decir, que las categorías que configuran la metacategoría *factores contextuales*, inciden en algunas de las categorías que configuran las metacategorías *cogniciones y afectos relacionados con la AF*, y *características y experiencias individuales*.

Así, se puede interpretar que las influencias interpersonales y situacionales de los participantes, condicionan la conducta de AF, influyendo en los factores personales psicológicos, específicamente en la motivación intrínseca y extrínseca, a través de su influencia en la autoeficacia y en el afecto. Este último aspecto no está descrito en el MPS y se ha mostrado con claridad en la presente investigación, por lo que se refiere a la AF como conducta promotora de la salud.

El estatus que adquieren ambos factores, en el conjunto de condicionantes de la conducta y el sistema relacional identificado entre ellos, cabe interpretarlos, también, a partir de los referentes teóricos del *análisis funcional de la conducta*. Según esta perspectiva, los componentes comportamentales humanos, como las creencias y las actitudes, se desarrollan en un contexto y cumplen una función (Hayes & Brownstein, 1986), pero no son las causas últimas de las conductas (Moreno y Gil, 2003). Por el contrario, hay fenómenos ambientales mediadores del comportamiento humano, como por ejemplo, las circunstancias sociales e individuales, que intervienen en el desarrollo de las mismas. Entre los participantes, el conocimiento de los beneficios de la AF, no implica la motivación directa para la realización de la misma, sino que se dan otras condiciones que la han posibilitado, como el contexto facilitador para el ejercicio, el apoyo de familia, la orientación de los profesionales y la necesidad de establecer relaciones. Todos estos elementos han contribuido a que se iniciara la AF, se apreciara gusto por la misma, a que a partir de ello, se percibiera autoeficacia y, finalmente, motivación para mantenerla. En esta línea argumentativa, Moreno & Gil (2003) y Stenner et al. (2011) sugieren que los enfoques de causa-efecto planteados por la teoría sociocognitiva, sean complementados con enfoques de desafío-respuesta, en los que los eventos de la vida y las circunstancias cambiantes pueden desafiar la capacidad de las personas para realizar una conducta, y comprender los mecanismos por los que las personas responden a dichos desafíos. Por lo que se deriva de los resultados de la presente investigación, las influencia interpersonales y las influencias situacionales adquieren un estatus de independencia respecto de las Cogniciones y Afectos y se convierten en factores específicos importantes, como condicionantes de la conducta de AF.

CAPÍTULO 5.
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5**CONCLUSIONES**

En la presente investigación se plantean dos objetivos generales:

- Aportar evidencia sobre los factores que condicionan la adopción y el mantenimiento de la actividad física (AF) como conducta promotora de la salud, en adultos entre 45 y 75 años de un área urbana.
- Ampliar y corroborar las proposiciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, mediante el análisis de la percepción de los condicionantes de la realización de AF.

Los resultados demuestran que ambos objetivos han sido alcanzados. Por un lado, se ponen en evidencia los factores que condicionan la realización de AF y las formas cómo tienen lugar los complejos procesos, que motivan a las personas, adultas y mayores, a desarrollar conductas dirigidas a mantener la salud. Por otro, se corrobora el MPS como marco referencial para explorar los factores mencionados y sus relaciones.

5.1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS

- Los factores personales biológicos afectan la capacidad y disposición para realizar AF, aunque lo hacen de forma diferente entre las personas activas y las no activas. Los factores personales psicológicos condicionan la realización de ejercicio, de manera que si son positivos predisponen al mantenimiento de la AF, en personas activas. Si son percibidos negativamente por las personas no

activas, generan sentimientos de incapacidad y no se percibe la salud como consecuencia de la práctica de ejercicio. La práctica de AF está influenciada por factores sociales, como la disponibilidad de recursos y por factores culturales, de forma que puede ser vista, por las personas de mayor edad, como una práctica culturalmente ajena.

- Las conductas previas de realización de AF, ya sea en la infancia, la juventud o tras la jubilación, si se han percibido como experiencias positivas, se llegan a consolidar como un hábito de vida. Por el contrario, las experiencias anteriores negativas, constituyen un elemento desmotivador para la realización de ejercicio.

5.2. COGNICIONES Y AFECTOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Las creencias y conocimientos sobre los beneficios físicos, psicológicos y sociales de la práctica de AF, aun estando presentes en todas las personas, entre las no activas, no es suficientemente motivador para la realización de AF.
- La percepción de barreras para la práctica de AF condiciona su realización en las personas no activas. Mientras que en personas activas no influye en la decisión de mantener la conducta.
- La percepción positiva de autoeficacia tiene un efecto motivador para mantener la AF como una conducta habitual. Mientras que las percepciones negativas sobre la autoeficacia intervienen limitando la disposición a la práctica de AF, en las personas no activas.
- El afecto o percepciones emocionales positivas durante la realización de AF y después de la misma, contribuyen a una autopercepción de salud física y

mental positiva y son a las que se le atribuye mayor valor motivacional, para el mantenimiento de la actividad. La AF puede ocasionar sensaciones negativas, que dificultan el mantenimiento de la misma. La categoría *afecto relacionado con la AF* se presenta como una categoría central, en tanto que recoge matices muy diversos y se configura como un aspecto de relación entre otras categorías.

- El compromiso con la AF es un aspecto común en todas las personas activas y ausente en todas las no activas. En las primeras, el compromiso se genera de forma plenamente consciente, porque existen expectativas de mejorar la salud y la calidad de vida.
- Las demandas inmediatas y las preferencias contrapuestas, como factores que intervienen justo antes de desarrollar la conducta de AF y que pueden impedirla, aun dándose, no afectan negativamente a la realización de la misma, en las personas activas. Éstas, buscan las formas de compaginar el ejercicio con las obligaciones. Además, no hay preferencias alternativas que sean tentadoras para el abandono del ejercicio.
- En diferencia con el MPS, en la presente investigación se establece una relación de reciprocidad entre las metacategorías características y experiencias individuales y cogniciones y afectos específicos de la AF. En esta última, se incluyen dos categorías que eran consideradas independientes en el MPS: el compromiso con la AF y las demandas inmediatas que compiten con la AF y preferencias.

5.3. FACTORES CONTEXTUALES

- El apoyo familiar y de amigos, contribuye a percibir mayor nivel de autoeficacia y esto, a su vez, a mantener la motivación por seguir con la

actividad. Por otro lado, las expectativas de las personas importantes es un aspecto de presión social, que infunde tensión emocional, lo cual contribuye a desmotivar en la realización de AF.

- Los profesionales de la AF contribuyen a que las personas mejoren su autopercepción, a establecer vínculos interpersonales entre los miembros del grupo y a la automotivación colectiva. Todo ello aumenta la autoconfianza de las personas, la autonomía y contribuye a una mejor apreciación de los beneficios de la AF.
- El consejo frecuente de los profesionales de la salud influye en las conductas de AF, en las personas con problemas leves de salud, con factores de riesgo y en las personas más mayores motivadas para mantener un buen estado funcional.
- La realización de AF en grupo es un elemento facilitador para el inicio y el mantenimiento de la misma. El deseo de establecer relaciones personales y de mantenerlas actúa como un factor de motivación extrínseca, que se da, sobre todo, entre las mujeres de mayor edad. La AF en grupo no tiene el mismo interés para los hombres, a no ser que se den elementos de competición o que la única opción para realizar ejercicio sea la práctica de algún deporte.
- El contexto social que facilita el desarrollo de AF motiva para la adquisición de estilos de vida más activos.
- Los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto una tercera metacategoría, los factores contextuales, que en el MPS se presentan incluidos en otra metacategoría. Dichos factores son de gran relevancia en el desarrollo de un estilo de vida activo, ya que afectan directamente a las cogniciones y afectos de la conducta y, a través de éstos, a las características y experiencias individuales de las personas, en el desarrollo de la AF como conducta promotora de la salud.

CAPÍTULO 6.
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

CAPÍTULO 6

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En este apartado, se presentan algunas de las implicaciones que puede tener la presente investigación en la atención enfermera a las personas, familias y comunidad, en la investigación en cuidados y en la formación enfermera.

6.1. IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN ENFERMERA A LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDAD

Considerando el impacto que el mantenimiento de una vida activa tiene en el desarrollo de un envejecimiento satisfactorio, se defiende la conveniencia de orientar los cuidados enfermeros hacia la promoción de la AF, en las diversas etapas del ciclo vital.

Tal como se deriva de los resultados de la investigación, iniciar y mantener una conducta de AF es garantía de incorporarla como hábito. El inicio de la misma en edades tempranas, se advierte como facilitador de mantenerla en el futuro. Pero también puede ser incorporada a la cotidianeidad de las personas adultas y mayores. Para ello, parece adquirir importancia el apoyo que las enfermeras de Atención Primaria pueden ofrecer a través del consejo y prescripción de la misma. Los hallazgos de la presente tesis sugieren que un enfoque de cuidados dirigido a las personas, de forma individual, es una opción necesaria, pero también se advierte la importancia de orientar a las familias, como grupo en el que se genera el hábito del

ejercicio. Además, no es menos apreciable la influencia que las personas mayores pueden tener, sobre sus propias familias (hijos/as y nietos/as) como modelos de vida activa y buen envejecer. Por todo ello, la práctica enfermera orientada a promover un enfoque positivo de la salud, en el que se promueva el autocuidado, requiere de incorporar en ella, modelos como el MPS, con un enfoque integrador de las diversas dimensiones humanas, en el que se tienen en consideración la complejidad de los factores, personales y del entorno, que condicionan la salud.

El MPS ayuda a comprender los principales determinantes de las conductas de salud, como base del consejo conductual para promover estilos de vida saludables. En ese sentido, facilita la valoración enfermera de dichos factores, ayudando a identificar cuán dispuesta está una persona para realizar ejercicio, cuáles son sus dificultades y permitiendo decidir qué tipo de intervenciones son las más apropiadas para promover la AF. De acuerdo con Pender et al. (2011), las enfermeras pueden ayudar a las personas a desarrollar un historial de percepciones positivas con determinadas conductas, focalizando los beneficios de las mismas, enseñándoles cómo salvar los obstáculos y consiguiendo mayores niveles de eficacia y afectos a través del desempeño de experiencias positivas y exitosas. El propio profesional enfermero constituye un elemento contextual, es decir, participa del entorno social de las personas y ello, como se deriva de los resultados de la investigación, le convierte en un recurso. Esto significa que la práctica enfermera debe orientarse, aún más, hacia la educación para la salud, empleando modelos en los que prime el enfoque ecológico, orientados a que las personas sepan, quieran y puedan comportarse de forma saludable, mediante el desarrollo de capacidades y a través de la reflexión, la motivación, la actitud crítica, la autoestima, la autonomía y la creatividad.

Por otra parte, se considera necesario un enfoque de los programas de promoción y prevención más allá de lo individual, dirigidos hacia el medio físico y social. Las desigualdades en salud, derivadas de los condicionantes económicos y educativos, sobre todo en las personas mayores, deben ser interpretadas como limitaciones para la adopción de conductas saludables. En este sentido, se requiere que las enfermeras

añadan a la orientación de los cuidados individuales, una visión sobre dichos factores y las formas de minimizar su impacto, como condicionantes del desarrollo de estilos de vida activos. Promover la AF, dentro del entorno social, requiere crear y fortalecer las redes de apoyo a las personas mayores, desarrollando estrategias que faciliten a las personas y familias, su incorporación como una práctica factible, en el entorno donde viven. Las iniciativas de creación de caminos, parques y otros recursos para la práctica de ejercicio, desarrolladas por algunos municipios, en colaboración con la Secretaria General de l'Esport i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, son un ejemplo de estrategias para promover el desarrollo de la AF en la comunidad.

6.2. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

El éxito limitado de algunas teorías, para asegurar cambios a largo plazo en las conductas de salud, precisa de explorar nuevos modelos, propuestos desde la disciplina enfermera, que orienten los cuidados dirigidos a facilitar cambios en los individuos y en la comunidad. Aunque diversos autores indican la buena capacidad predictiva del MPS, también señalan que es preciso realizar estudios complementarios sobre los constructos teóricos del mismo. Los factores que condicionan la adquisición y el mantenimiento de la conducta de AF han sido suficientemente explorados, pero se advierte la falta de estudios que, como en la presente investigación, los analicen en conjunto. Se considera que es necesario el análisis del MPS, en mayor profundidad, con la finalidad de probar y refinar sus proposiciones teóricas. Por ello se recomienda investigación adicional en las áreas siguientes:

- Diseños de estudios cualitativos para profundizar en la comprensión de los factores condicionantes de la AF como conducta promotora de salud.
- Estrategias de aplicación del modelo en la práctica clínica.

- Evaluación del impacto del modelo en la generación de cambios de comportamientos, individuales y comunitarios, en materia de AF.
- Formación de estudiantes y de profesionales, para la adquisición de competencias transversales y específicas en educación para la salud y promoción de la AF.

Por otra parte, las áreas específicas de estudio propuestas, cabe encuadrarlas en el marco más general de la promoción de la salud del modelo salutogénico y pueden contribuir al desarrollo del mismo, desde la perspectiva enfermera.

Finalmente, se considera que incrementando el trabajo en equipo entre las redes de servicios sociales a la población, los servicios sanitarios y los/las investigadores/as de las universidades, se presenta una gran oportunidad de mejorar la salud y el bienestar de las personas. En este sentido, metodologías de investigación cualitativa, como la investigación-acción participativa, pueden resultar apropiadas para la consecución de dicho objetivo.

6.3. IMPLICACIONES PARA LA FORMACIÓN ENFERMERA

La formación continuada de los profesionales, en la promoción del ejercicio, es de vital importancia. Se sabe que a mayor formación de las enfermeras y enfermeros, mejor nivel de salud y calidad de vida de las personas a las que cuidan. Desde hace unos años, el Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES) tiene como una de sus líneas de actuación, la formación de enfermeras y médicos de Atención Primaria, en los conocimientos y habilidades para el consejo y la prescripción de la AF. Desde el 2007 hasta la actualidad se han formado un número importante de profesionales y ello ha contribuido a que el sedentarismo en Catalunya, en personas de 56-74 años, disminuya en un 34% (ESCA, 2011).

Se considera que los hallazgos de la presente tesis pueden contribuir a dotar de mayor contenido enfermero, algunas de las propuestas formativas que ya se están

desarrollando. Ello facilitaría la incorporación en la práctica enfermera de Atención Primaria, de modelos propios, específicos de la promoción de la salud, como el MPS de Pender. La influencia de los profesionales de la salud, en el desarrollo de conductas de AF, es uno de los aspectos que se pone de relieve en la presente investigación.

Además, se considera de especial relevancia la formación de los estudiantes del Grado de Enfermería, en este ámbito de los cuidados. Los hallazgos de la presente investigación ponen de relieve, la necesidad de potenciar la formación en relación a la promoción de la salud y la educación para la salud. Aspectos, que ya se consideran en todos los planes de estudio, pero que deben incorporar contenidos y estrategias para que los estudiantes mejoren el aprendizaje de conceptos, habilidades y actitudes, para la promoción de estilos de vida de mayor AF. En la medida que los estudiantes desarrollen dichos aprendizajes durante la etapa educativa universitaria, construirán una visión enfermera, que es totalmente necesaria para el presente y futuro de su aportación a la salud de la población. De esta manera, pueden estar en mejor disposición para motivar a las personas a adoptar comportamientos saludables y colaborar con ellas en el cambio de los aspectos sociales perjudiciales para su salud y calidad de vida.

En este sentido, no se es ajena a la evidencia de que las prácticas educativas de las profesoras y los profesores universitarios, determinan, en gran medida, los resultados en el aprendizaje de los estudiantes. A partir de la práctica docente y de la experiencia en la realización de la presente investigación, se intuye la conveniencia de utilizar algunos enfoques educativos que faciliten lo comentado anteriormente. Así, por coherencia con los planteamientos actuales de la educación para la salud y los enfoques de la salud positiva, se consideran de gran interés formativo las estrategias de investigación-acción participativa. Éstas, constituyen, a la vez que un método de investigación en la práctica docente, una estrategia formativa para los estudiantes, en sí misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, M.H., Bowden, A.G., Humphrey, D.S., & McAdams, L.B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Journal of Rural Nursing and health Care*, 1(1), 28-40.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decision Process*, 50, 179-211.
- Améry, J. (2001). *Revuelta y resignación. Acerca del envejecer*. Valencia: Pre-textos.
- Amezcuca, M., Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423-436.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Aparicio, V.A.; Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576. Retrieved from <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Arruza, J. A., Arribas, S., Montes, L. G. De, Irazusta, S., Romero, S., & Cecchini, J. A., (2008). Repercusiones de la duración de la actividad físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8 (30), 171-183. Retrieved from <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm>

- Artaud, F., Dugravot, A., Singh-Manoux, A., Tzourio, C., & Elbaz, A. (2013). Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study. *BMJ*, *347*, 1–15. doi:10.1136/bmj.f4240
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, *31*, 143-164.
- Batty, G. D. & Lee, IM. (2002). Physical activity for preventing strokes. *British Medical Journal*, *325*(7360), 350-1.
- Becerra, M. M., & Díaz, L. P. (2008). Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. *Avances en Enfermería*, *26*(2), 43-50.
- Belhadj, H., Touré, A. (2008). Gender equality and the right to health. *The lancet*, *372*, 2008-2009.
- Belsky, J.K. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Ediciones Grijalbo S. A.
- Benson, H. (1996). *Timeless headline: The power and biology of belief*. New York: Scribner.

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–57. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972429>
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. Londres: Routledge.
- Billings, J., & Hashem, F. (2009). *Literature Review. Salutogenesis and the promotion of positive mental health in older people. EU Thematic conference “Mental Health and well-being in older people. Making it happen*. Madrid: European Commission Directorate-General for health and consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf.
- Blair, S.N. (1998). Physical activity patterns associated with cardiorespiratory fitness and reduced mortality: The Aerobics Center Longitudinal Study. *Am J Public Health*, 88, 1807-1813.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Gordon, N. F., & Paffenbarger, R. S. (1992). ¿Cuánta Actividad Física es Buena para la Salud? *Annual Reviews Public Health*, 13, 99-126.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bonafont, A. (1997). El cuidar y los ancianos. *Gerokomos*, 7(20), 49-59.
- Bobbio, N. (1997). *De senectute y otros escritos biográficos*. Madrid: Taurus.

- Booth, M. L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O., & Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive medicine, 31*, 15-22.
- Bopp, M., Lattimore, D., Wilcox, S., Laken, M., McClorin, L., Swinton, R., ... Bryant, D. (2007). Understanding physical activity participation in members of an African American church: a qualitative study. *Health Education Research, 22*(6), 815–826. doi:10.1093/her/cyl149
- Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Educación, 23*(1), 102–109.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Buck, C. (1996). Después de Lalonde: La creación de la Salud. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Investigación en Enfermería* (3a ed.). Madrid: Elsevier.
- Butler, R.N., Davis, R., Lewis, C.B., Nelson, M.E., & Strauss, E. (1998). Physical Fitness: benefits of exercise for the older patient. *Geriatrics, 53*(46), 49-52, 61-62.
- Calderón, C., & Fernández de Sanmamed, M.J. (2008). Investigación cualitativa en atención primaria. En A. Martín Zurro, & J.F. Cano Pérez (eds.), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (6a ed.) (pp. 211-240). Barcelona: Elsevier.

- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169–178. doi:10.1207/s15327655jchn2203_4
- Callaghan, D. (2006). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults. *Journal of Holistic Nursing*, 24(3), 178–185. doi:10.1177/0898010106289854
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.
- Codina, O., Elosua, R., & Marrugat, J. (1999). Actividad física y arteriosclerosis. Efectos de la actividad física sobre la oxidación lipídica, la hemostasia y la función endotelial. *Med Clin*, 112, 508-515.
- Colomer, C., & Dardet, C.A. (2000). *Promocion de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Córdoba, R., Camarellas, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J. I., ... Cabezas, C. (2014). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*, 46 (4):16-23. Retrieved from http://www.papps.org/upload/file/PAPPS_2014.pdf
- Corella, D., Ortega-Azorín, C., Sorlí, J. V, Covas, M. I., Carrasco, P., Salas-Salvadó, J., ... Estruch, R. (2012). Statistical and biological gene-lifestyle interactions of MC4R and FTO with diet and physical activity on obesity: new effects on alcohol consumption. *PloS One*, 7(12), e52344. doi:10.1371/journal.pone.0052344
- Costanzo, C., & Walker, S. N. (2008). Incorporating self-efficacy and interpersonal support in an intervention to increase physical activity in older women. *Women & Health*, 47(4), 91–108. doi:10.1080/03630240802100747

- Crabtree, B.F., & Miller, W.L. (eds.). (1992). *Doing qualitative research*. London: Sage.
- Dahlgren, G., & Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
- DeFina, L.F., Willis, B. L., Radford, N. B., Gao, A. Leonard, D. Haskell, W.L.,... Weiner, M. F. (2013). The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 158(3):162-168.
- De Gracia, & M., Marcó, M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12,(2):285-292.
- Denton, M., Prus, S., & Walters V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58(12), 2585-2600.
- Denzin, N.K. (1989). *The research Art: A theoretical introduction to sociological methods* (3a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks. California: Sage.
- Dishman, R. K., Vandenberg, R. J., Molt, R. W., & Nigg, C.R. (2010). Using constructs of the transtheoretical model to predict classes of change in regular physical activity: a multi-ethnic longitudinal cohort study. *Annals of Behavior Medicine*, 40(2):150-163.

- Dishman, R. K. (1986). Mental health. En V. Seefeldt (ed.), *Physical activity and well-being* (pp. 303-341). Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation & Dance.
- Dishman, R. K., Berthoud, H.-R., Booth, F. W., Cotman, C. W., Edgerton, V. R., Fleshner, M. R., ... Zigmond, M. J. (2006). Neurobiology of exercise. *Obesity*, *14*(3), 345–56. doi:10.1038/oby.2006.46
- Dishman, R. K., Sallis, J. F., & Orenstein, D. R. (1984). The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Reports*, *100*(2), 158–71. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1424729&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Doblhammer, G., Hoffmann, R., Muth, E., Wstphal, C., & Kruse, A. (2009). A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions. *Demographic Research*, *20*(5), 37-64. DOI: 10.4054/DemRes.2009.20.5
- Downie, R.S., Tannahill, C., & Tannahill (2000). *A health promotion. Models and values*. Oxford: University Press.
- Downs, D., & Hausenblas, H. (2005). The theories of reasoned action and planned behavior applied to exercise: A meta-analytic update. *Journal of Physical Activity and Health*, *2*, 76–97.
- Dunn, A.L., Andersen, R.E., & Jakicic, J.M. (1998). Lifestyle physical interventions. History, short- and long-term effects, and recommendations. *Am J Prev Med*, *15*, 398-412.

- Duvivier, B. M., Schaper, N. C., Bremers, M. A., van Crombrugge, G., Menheere, P. P., Kars, M., & Savalberg, H. H. (2013). Minimal intensity physical activity (standing and walking) of longer duration improves insulin action and plasma lipids more than shorter periods of moderate to vigorous exercise (cycling) in sedentary subjects when energy expenditure is comparable. *Plos One*, 8(2), 1-8.
- Eden, K. B., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., Pender, N. J., & Teutsch, S.M. (2002). Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), 208-215.
- Enquesta de salut de Catalunya 2006. Retrieved from www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf
- Enquesta de Salut de Catalunya 2011. Retrieved from www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf
- Encuesta Social Europea 2006. Retrieved from www.upf.edu/ess/datos/tercera-ed.html
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), 376-81.
- Erlandson, D.A., Harris, E. L., Skipper, B. L., & Allen, S.D. (1993). *Realizando indagación naturalista: Una guía de métodos*. Newbury Park, CA: Sage.
- Estabrooks, P. A., Munroe, K. J., Fox, E. H., Gyurcsik, N. C., Hill, J. L., Lyon, R., ... Shannon, V. R. (2004). Leadership in physical activity groups for older adults: a qualitative analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 12(3), 232-245.

- Estrategia NAOS. (2005). Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Europop 2010. Eurostat. European Commission. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.
- Eyler, A. A., Baker, E., Cromer, L., King, A. C., Brownson, R. C., & Donatelle, R. J. (1998). Physical activity and minority women: a qualitative study. *Health Education & Behavior, 25*(5), 640–652.
- Farías, L. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa, *4*(March), 1–14.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis an evaluation of nursing models and theories* (2a ed.). Philadelphia: FA Davis .
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J., & García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad» *Revista Española de Geriatria Y Gerontología, 40*(2), 92–103. doi:10.1016/S0211-139X(05)74834-4
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.

- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *TheScientificWorldJournal*, 5, 767–76. doi:10.1100/tsw.2005.89
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2a ed.) Madrid: Morata.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3A), 411–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15468581>
- Fox, L.D., & Estabrooks, P.A. (2003). The feasibility fo physical activity programs offered in conjunction with congregate meals for frail older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, SO12.
- Galan, S., Teran, Y., Gutiérrez, S.O., & Velázquez, G.P. (2009). El ABC de los diseños de investigación: un acercamiento práctico. *Desarrollo Científico Enferm*, 7(9), 404-10.
- García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Press.
- Gómez-Pinilla, F., Vaynman, S., & Ying, Z. (2008). Brain-derived neurotrophic factor functions as a metabotrophin to mediate the effects of exercise on cognition. *European Journal of Neuroscience*, 28(11), 2278-2287. doi:10.1111/j.1460-9568.2008.06524.x.

- Grandes, G., Sanchez, A., Ortega Sanchez-Pinilla, R., Torcal, J., Montoya, I., Lizarraga, K., & Serra, J. (2009). Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *ArchIntMed*, *169*(7), 694–701.
- Grandes, G., Sanchez, A., Montoya, I., Ortega Sanchez-Pinilla, R., & Torcal, J. (2011). Two-year longitudinal analysis of a cluster randomized trial of physical activity promotion by general practitioners. *PloS One*, *6*(3), e18363. doi:10.1371/journal.pone.0018363
- Green, L., & Kreuter, M.V. (1999). *Health promotion and a framework for planning*. In *health promotion planning* (3a ed.). Boston: McGraw hill.
- Guba. E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.). *Handbook of qualitative research*. (pp. 105-117). Thousand Oaks. California: Sage.
- Hageman, P. A., Walker, S. N., Pullen, C. H., Boeckner, L. S., & Oberdorfer, M. K. (2005). Physical activity and fitness among midlife and older rural women. *Journal of Aging and Physical Activity*, *13*(3), 327–342.
- Hardy, S., & Grogan, S. (2009). Preventing disability through exercise: investigating older adults' influences and motivations to engage in physical activity. *Journal of Health Psychology*, *14*(7), 1036–46. doi:10.1177/1359105309342298
- Haskell, W. L., Lee, I.-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *39*, 1423–1434. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185649

- Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, a. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine, 30*(1), 17–25. doi:10.1006/pmed.1999.0597
- Hausenblas, H. A., Nigg, C. R., Dannecker, E. A., Symons, D. A., Ellis, S.R., & Fallon, E. A. (2001). A missing piece of the transtheoretical model applied to exercise: Development and validation of the temptation to not exercise scale. *Psychology and Health, 16*, 381-390.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst, 1*, 175-190.
- Hayflick, L. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology, 33*(1), 176-187.
- Henderson, K. A., & Ainsworth, B. E. (2003). A synthesis of perceptions about physical activity among older african american and american indian women. *American Journal of Public Health, 93*(2), 313-317.
- Hernán, M. (2012). *Actius per a la salut i salutogènesi: emergents en Salut Pública*. Càtedra de Promoció de la saut. bepSalut. Retrieved from <http://www.udg.edu/catedres/PromociodelaSalut/Butlleti/Reculldarticles/tabid/18712/Article/491/language/ca-ES/Actius-per-a-la-Salut-i-Salutogenesi-emergents-en-Salut-Publica.aspx>
- Herring, M. P., Connor, P. J. O., & Dishman, R. K. (2010). The Effect of exercise training on anxiety symptoms among patients. *Arch Intern Med, 170*(4), 321–331.

- Hu, F. B., Sigal, R. J., Rich-Edwards, J. W., Colditz, G. A., Solomon, C. G., Willett, W. C., ... Manson, J. E. (1999). Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women. A Prospective Study. *JAMA*, 282, 1433-39.
- Hu, F. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Liu, S., Solomon, C. G., ... Willett, W. C. (2001). Diet and lifestyle and risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New Engl J Med*, 345, 790-7.
- Huang, S. J., Hung, W. C., Chang, M., & Chang, J. (2009). The effect of an internet-based, stage-matched message intervention on young Taiwanese women's physical activity. *J Health Communication*, 14(3), 210-227.
- Huberty, J. L., Ransdell, L. B., Sidman, C., Flohr, J. A., Shultz, B., Grosshans, O., & Durrant, L. (2008). Explaining long-term exercise adherence in women who complete a structured exercise program. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 79(3), 374-384. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18816949>
- Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., McGowan, M. G., Nelson, J. D., & Pratt, E. N. (2003). Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 244-254.
- IMSERSO. (2011). *Libro Blanco del envejecimiento Activo*. Retrieved from <http://www.imsersomayores.csic.es>
- INE. (2008). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- INE. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>

- Jeune, B., & Bronnum-Hanesen, H. (2008). Trends in health expectancy at age 65 for various health indicators, 1987-2005, Denmark. *European Journal of Ageing*, 5, 279-285. doi 10.1007/s10433-008-0100-x
- Jiménez, M. G., Martínez, P., & Miró, E. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185–202.
- Kuhala, U. M., Kaprio, J., Sarna, S., & Koskenvuo, M. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality. The Finnish Twin Cohort. *JAMA*, 279, 440-444.
- Kubitz, K. A., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., & Han, M. (1996). The effects of acute and chronic exercise on sleep. A meta-analytic review. *Sports Medicine*, 21, 277-9.
- Laaksonen, D. E., Lindström, J., Lakka, T.A., Erikson, J.G., Niskanen, L., Wikström, K., ... Uusitupa, M. (2005). Physical activity in the prevention of Type 2 diabetes. The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes*, 54, 158-165.
- Labonté, R., & Litte, S. (1992). Determinants of health: empowering strategies for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 719-726.
- Lacasse, Y., Wong, E., Guyatt, G. H., King, D., Cook, D. J., & Goldstein, R. S. (1996). *Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet*; 348, 1115-9.
- Lacey, A. (2008). El proceso de investigación. En K. Gerrish, y A. Lacey (eds.), *Investigación en Enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.

- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD Health working papers.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Ottawa.
- Lee, L. L., Avis, M., & Arthur, A. (2007). The role of self-efficacy in older people's decisions to initiate and maintain regular walking as exercise: Findings from a qualitative study. *Preventive Medicine*, 45(1), 62–65. doi:10.1016/j.ypmed.2007.04.011
- Lees, F. D., Clark, P. G., Nigg, C. R., & Newman, P. (2005). Barriers to exercise behavior among older adults: A focus group study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13, 23-33.
- Lehr, U. (2002). Procesos de envejecimiento: la necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 29-39.
- Li, T. Y., Rana, J. S., Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A.,...Hu, F. B. (2006). Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. *Circulation*, 113, 499-506. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.574087
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). A salutogenic approach to tackling health inequalities. En A. Morgan, E. Ziglio, y M. Davies (eds.), *Health Assets in a Global Context* (pp. 17-39). doi:10.1007/978-1-4419-5921-8
- López, J. (2004). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. IMSERSO.

- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351–374.
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., & Hogan, M. M. (1997). Test of the Health Promotion Model as a Casual Model of Construction Workers' Use of hearing Protection. *Research in Nursing and Health*, 20(3), 183-194.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–57. doi:10.3200/JRLP.139.5.439-457
- Manini, T. M., Everhart, J. E., Patel, K. V., Schoeller, D. A., Colbert, L. H., Visser, M., ...Harris, T. B. (2006). Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *JAMA*, 296(2), 171-9. [PubMed: 16835422]
- Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Abrams, D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11(6), 386–395.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. *Clinical Medicine (London, England)*, 6(6), 559–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17228555>
- Marqués, F., Cabezas, C., Camarelles, F., Córdoba, R., Gómez, J., Muñoz, E., ...Robledo, T. (2009). *Recomendaciones sobre el estilo de vida. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Retrieved from http://www.papps.org/upload/file/08_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf.
- Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6a ed.). Barcelona: Elsevier.

- Marshall, S.J., & Biddle, S.J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 229–246.
- McAuley, E., Morris, K., Motl, R., Hu, L., Konopack, J., & Elazsky, S. (2007). Long term follow up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology*, 23, 375-380.
- McClure, J. B., Ludman, E. J., Grothaus, L., Pabiniak, C., & Richards, J. (2009). Impact of a brief motivational smoking cessation intervention: The get PHIT randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 116-123.
- McKnight, J.L. (2002). Two tools for well-being: Health systems. En M. Minkler, (ed.), *Community organizing and community building for health* (pp. 20-29). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- McNeill, L. H., Wyrwich, K. W., Browson, R. C., Clark, E. M., & Kreuter, M. W. (2006). Individual, social environmental, and physical environmental influences on physical activity among black and white adults: a structural equation analysis. *Annals of Behavior Medicine*, 31(1), 36-44.
- Mercado, F.J., Gastaldo, D., & Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Minkler, M., Schauffer, H., & Clements-Nolle, K. (2000). Health promotion for older Americans in the 21st century. *American Journal of Health Promotion*, 14, 371-379.

- Minkler M. Health promotion at the dawn of the 21st century: Challenges and dilema. In Jamner MS & Stokols D (Eds.), *Promoting human wellness* (pp. 349-377). Berkeley: University of California Press; 2000.
- Minkler, M., Walerstein, N.B., & Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (eds.), *Health behavior and health education theory, research and practice* (pp. 279-311). San Francisco: Jossey Bass.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de psicología*, 14(1), 13-25.
- Moreno. E., & Gil, J. (2003). El modelo de creencias de la salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Moreno. E., Gil, J., & Blanco, J. L. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 99-110.
- Mori, K., Suzuki, H., Wang, D. H., Takaki, J., Takigawa, T., & Ogino, K. (2009). Relationship of psychological factors with physical activity stage of change in prime-and middle-aged Japanese. *Acta Medica Okayama*, 63 (2), 97-104.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología*, 20, 1-14. Retrieved from [Http//hdl.Handle.net/10481/7253](http://hdl.handle.net/10481/7253)
- Morris, K. S., McAuley, E., & Motl, R. W. (2008). Self-efficacy and environmental correlates of physical activity among older women and women with multiple sclerosis. *Health Education Research*, 23(4), 744-52. doi:10.1093/her/cym067

- Mowad, (2004). Correlates of quality of life in elder adult veterans. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 293-306.
- Mullen, S. P., & Whaley, D. E. (2010). Age, gender, and fitness club membership: factors related to initial involvement and sustained participation. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 8, 24-35.
- Mutrie, N., & Crawford, F. (2010). Promotion of cycling and health. *British Medical Journal*, 341, c5405. doi:10.1136/bmj.c5405
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., ... 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*, 116(9), 1091-1105. doi:10.1161/CIRCULATIONhA.107.18560
- Neri, A., & Cachioni, M. (1999). *Velhice bem-sucedida e educação*. En A. Neri, G. Debert. *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus (p. 113-140).
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B.J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Nigg, C. R., Geller, K. S., Horwath, C. C., Wertin, K. K., & Dishman, R. K. (2011). A research agenda to examine the efficacy and relevance of the Transtheoretical model for physical activity behavior. *Psychology Sport Exercise*, 12(1), 7-12.
- Noar, S. M., Chabot, M., & Zimmerman, R. S. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change.Considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46(3), 275-280.

- Northern Ireland Physical Activity Strategy Implementation Group (NIPAIG). (1998). *Physical activity. An investment in public health. The Northern Ireland physical activity strategy action plan 1998-2002*. Ireland: Health Promotion Agency.
- Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1(1), 113–27. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16963461>
- O'Brien, S. (2003). A Self-Referent Thinking Model: How Older Adults May Talk Themselves Out of Being Physically Active. *Health Promotion Practice*, 4(4), 439–448. doi:10.1177/1524839903255417
- O'Donnell, M. P. (2009). The science of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), iv.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Retrieved from <http://www.who.org>
- Organización Mundial de la Salud. (1974). Enfermería y salud de la comunidad. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_558_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. International Agency for Research on Cancer. (2001). *Cancer Prevention Series. Physical Activity Body Weight, and Cancer*.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Retrieved from <http://www.who.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *VI Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado (2005)*. Retrieved from <http://www.who.org>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (2008). *La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2008/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *VII Conferencia Mundial de Promoción de Salud. La llamada a la acción de Nairobi*. Retrieved from <http://www.who.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Retrieved from <http://www.who.org>
- Pate, R. P. (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 276(5), 402-407.
- Patton MQ. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Pender, N. J, Walker, S.N., & Sechrist, K.R. (1990). *The Health Promotion Model: refinement and validation*. Final report to the National Center for Nursing Research. National Institutes of Health (Grant n° NR01121) Dekalb, IL: Northern Illinois University Press.

- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in nursing practice* (3a ed.). Stamford, CT: Appleton y Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4a ed.). Upper Saddle River, NJ: PrenticeHall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in nursing practice* (6a ed.). New Jersey: Pearsons.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Perry, C. K., Rosenfeld, A. G., & Kendall, J. (2008). Rural women walking for health. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), 295–316; discussion 317–24. doi:10.1177/0193945907303036
- Petrella, R. J., & Lattanzio, C.N. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Canadian Family Physicians*, 48, 72-80.
- Phelan, S., Wing, R. R., Loria, C. M., Kim, Y., & Lewis, C. E. (2012). Prevalence and predictors of wight-loss maintenance in a bi-racial cohort: results from the CARDIA study. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 546-554. doi:10.1016/j.amepre.2010.08.008.
- Pierce, E. F., & Pate, D.W. (1994). Mood alterations in older adults following acute exercise. *Perceptual and Motor Skills*, 79(1), 191-194.
- Pla d'Activitat física, esport i salut. (PAFES). Retrieved from <http://pafes.cat/es/>

- Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS). (2007). Retrieved from <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&RD&>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a ed.). México: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Porta, M., Hernández, I. (2007) ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención. *EIDON*, 24, 6-11.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ... Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8168470>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K.E. (1996). The transtheoretical model and stages of change. En F. Glanz, F. Marcus Lewis, & B. K. Rimer (eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (pp. 60-84). San Francisco: Mossy-Bass.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

- Prochaska, J. J., & Prochaska, J. O. (2011). A review of multiple health behavior change interventions for primary prevention. *American Journal of lifestyle medicine, 5*, 208-221.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega M. P., & Hernández, M. T. (2009). Aportes para un conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo, 11*, 47-56.
- Rhodes, R.E., Plotnikoff, R.C., & Courneya, K.S. (2008) Predicting the physical activity intention-behavior profiles of adopters and maintainers using three social cognition models. *Annals of Behavioral Medicine, 36*(3), 244-252.
- Ribera, J. M., & Gil, P. (2002). *Función mental y en vejecimiento*. Madrid: Editores Médicos
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., & Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública, 85*, 129-139.
- Robbins, L. B., Pender, N. J., Ronis, D. L., Kazanis, A. S., & Pis, M. B. (2004). Physical activity, self-efficacy, and perceived exertion among adolescents. *Research in Nursing & Health, 27*(6), 435–446. doi:10.1002/nur.20042
- Rodgers, W. M., Hall, C. R., Duncan, L. R., Pearson, E., & Milne, M. I. (2010). Becoming a regular exerciser: Examining change in behavioural regulations among exercise initiates. *Psychology of Sport and Exercise, 11*(5), 378–386. doi:10.1016/j.psychsport.2010.04.007
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology, 19*(6), 593-604.

- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *A.J.P.H.*, 50(3), 295-302.
- Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ruiz, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa* (4ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sagardui-Villamor, J., Guallar-Castillón, P., García-Ferruelo, M., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986-1999. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(8), 1028–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16127108>
- Salinas, F., Cocca, A., Mohamed, K., & Viciano, J. (2010). Actividad física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores. *Retos. Nuevas tendencias en Educación física, Deporte y Recreación*, 17, 126-129.
- Sanchez, M. (2009). Intergeneracionalidad y envejecimiento activo de las personas mayores (pp 295-311). En *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Madrid: Imsero.
- Sarrado, J. J., Clèries, X., Ferrer, M., & Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 235–244. doi:10.1016/S0213-9111(04)71838-5
- Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. *Research in Nursing & Health*, 10(6), 357–365.

- Sentí, M., Masià, R., Pena, A., Elosua, R., Aubó, C., Bosch, M., ... & Marrugat, J. (1998). Determinantes antropométricos y dietéticos de la concentración sérica del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad en un estudio de base poblacional. *Estudi REGICOR. Revista Española de Cardiología*, *51*, 979-987.
- Serrano-Sanchez, J. A., Lera-Navarro, A., Dorado-García, C., González-Henriquez, J. J., & Sanchis-Moysi, J. (2012). Contribution of individual and environmental factors to physical activity level among Spanish adults. *PloS One*, *7*(6), e38693. doi:10.1371/journal.pone.0038693
- Shin, Y., Yun, S., Pender, N. J., & Jang, H. (2005). Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease. *Research in Nursing & Health*, *28*(2), 117–125. doi:10.1002/nur.20060
- Shin, Y. H., Hur, H. K., Pender, N. J., Jang, H. J., & Kim, M. S. (2006). Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(1), 3–10. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.10.008
- Sicilia, A., Águila, C., Muyor, J. M., Orta, A., & Moreno, J. A. (2009). Perfiles motivacionales de los usuarios decentros deportivos municipales. *Anales de psicología*, *25*(1), 160-168.
- Shock, N. W. (1984). Normal human aging: The Baltimores longitudinal study of aging. National Institute of Health. Publication 84-2450. Retrieved from http://www.irp.nia.nih.gov/blsahistory/blsa_1984/blsa-1984.pdf

- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004). Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian Journal of Psychology, 45*(3), 215-221.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and “active ageing”: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 467–77. doi:10.1177/1359105310384298
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Stutts, W. C. (2002). Physical activity determinants in adults. Perceived benefits, barriers, and self efficacy. *American Association of Occupational Health Nurses Journal, 50*(11), 499–507.
- Suh, G., & Lim, N. Y. (2000). Determinant factors of exercise behaviors in patients with arthritis. *Journal of Rheumatology Health, 7*, 102-130.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health-Psychology, 19*, 487-495.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Topping, A. (2008). El espectro continuo cuantitativo-cualitativo. En K. Gerrish & A. Lacey (eds.), *Investigación en enfermería* (pp. 157-172). Madrid: McGraw Hill.

- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(12), 1996–2001.
doi:10.1249/01.MSS.0000038974.76900.92
- U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 137, 205–207.
- USDHHS (2008). Physical activity guidelines for Americans. Washington DC: USDHHS, 2008.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Velasco, J.A., Cosín, J., Maroto, J. M. Muñiz, J., Casanovas, J. A., Plaza, I., & Abadal, L. T. (2000). Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 53(8), 1095-1120.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Velicer, W. F., Prochaska, J.O., Rossi, J., & DiClemente, C. C. (1996). A criterion measurement model for addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 21, 555-584.
- Velicer, W. F., Prochaska, J.O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.

- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13(1), 78-93.
- Walker, A. (2008). Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe. *Journal of Aging and Social Policy*, 21(1), 75-93.
- Wang, H. H. (2001). A comparison of two models of health-promoting lifestyle in rural elderly taiwanese women. *Public Health Nursing*, 18(3), 204-211.
- Whaley, D. E., & Shrider, A. F. (2005). The Process of Adult Exercise Adherence: Self-Perceptions and Competence. *The Sport Psychologist*, 19, 148–163.
- Whaley, D. E., & Haley, P. P. (2008). Creating community, assessing need: preparing for a community physical activity intervention. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 79(2), 245–55.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664048>
- Weinberg, R.S., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Panamericana.
- Wilson, P. M., Longley, K., Muon, S., Rodgers, W., & Murray, T. C. (2006). Examining the contributions of perceived psychological need satisfaction to well-being in exercise. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11(3-4), 243-64.
- Wing, R. (1999). Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medical Science Sports Exercise*, 31(11), 47-52.
- Wu, T. Y., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: an application of the health promotion model. *Research in Nursing & Health*, 25(1), 25–36. doi:10.1002/nur.10021

Zaider, V., & Olivia A. (2005). Paradigmas de investigación en Enfermería.

Ciencia y Enfermería, 11(1), 17-24.

Zunft, H. J., Friebe, D., Seppelt, B., Widhalm, K., Remaut de Winter, A.M., & Vaz de Almeida, M. D. (1999). Perceived benefits and barriers to physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2, 153-160.

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL PARTICIPANTE

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL PARTICIPANTE

Estudio:

Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas de 45 a 75 años. Una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender.

Presentación:

El estudio para el cual solicitamos su colaboración forma parte de la Tesis Doctoral que está realizando Victoria Morín Fraile, en el programa de doctorado en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona. El objetivo del trabajo es analizar cómo perciben las personas los factores que condicionan el que lleven a cabo, o no, actividad física de forma regular.

Los resultados de este estudio ayudaran a conocer mejor su apreciación sobre el tema y en consecuencia ayudaran a plantear mejores estrategias para la promoción de la actividad física.

Para participar en este proyecto:

Si usted decide libremente ofrecernos sus opiniones y formar parte del estudio, la persona responsable del mismo le explicará exactamente que se hará:

1. Usted será invitado/a a explicarnos sus opiniones en una entrevista personalizada que puede durar entre 30 y 60 minutos. Sus datos serán anónimos y confidenciales por completo.
2. Le pedimos la firma del documento de participación por dos razones: dejar constancia de que participa de forma voluntaria y asegurar que los datos del estudio son el reflejo de sus opiniones.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello tenga ninguna consecuencia. Si no desea formar parte de este estudio no tiene porqué explicar la razón.

¿Es su participación confidencial?

Naturalmente, estamos obligados a mantener el secreto profesional y trataremos todos los datos de manera confidencial.

Su nombre no constará en ningún documento del estudio.

La persona responsable del es:

Victoria Morín Fraile (vmorin@parcdesalutmar.cat)

Titular de la Investigación

Doctorat en Ciències Infermeres

Universitat de Barcelona

Consentimiento informado del participante.

Nº asignado en el estudio: _____

Fecha de nacimiento: _____ (día/mes/año)

Me han informado sobre el estudio: **Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas de 45 a 75 años Una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender**, que realiza Victoria Morín Fraile como Tesis Doctoral del Doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona.

Acepto participar en este estudio:

Nombre, apellidos
y firma: _____

Escriba su nombre, apellidos y firma de puño y letra

Fecha:

Firma de la responsable del estudio:

Muchas gracias por su colaboración y el tiempo que le ha dedicado a este Estudio. Usted ha contribuido con su interés y dedicación a la mejora de la calidad de los cuidados que ofrecen los/las enfermeros/as.

El original del presente documento de consentimiento queda en poder de la persona responsable del estudio y usted puede solicitar una copia.

ANEXO 2. GUIÓN DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Características y experiencias individuales

1. Conducta previa relacionada

Experiencias previas positivas: autoeficacia percibida, beneficios, afecto relacionado con la actividad.

Experiencias previas negativas: barreras

- a. ¿Ha realizado actividad física durante más de dos años alguna vez?
- b. ¿Le gustó realizar actividad física? ¿Por qué?
- c. ¿Qué beneficios percibió?
- d. ¿Qué barreras o impedimentos tuvo?

2. Factores personales

Factores biológicos: edad, género, índice de masa corporal, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.

Factores psicológicos: autoestima, automotivación, estado de salud percibido.

Factores socioculturales: raza, etnia, aculturación, educación, estatus socioeconómico.

- a. ¿Cree que su edad influye en su disposición para hacer ejercicio? ¿Cómo?
- b. ¿Considera que su peso y talla influyen en su disposición para hacer ejercicio? ¿Cómo?
- c. ¿Considera que su fuerza física, agilidad y equilibrio influyen en su disposición para hacer ejercicio? ¿Cómo?
- d. ¿Cree que el concepto que usted tiene de usted mismo/a es una razón para decidir hacer ejercicio? ¿Por qué?
- e. ¿Piensa que su capacidad de automotivarse tiene que ver con que realice o no ejercicio? ¿Por qué?
- f. ¿Cómo diría que es su estado de salud actual? ¿Se siente sano/a? ¿Aunque padezca alguna enfermedad diría que su salud es buena? ¿Por qué?
- g. ¿Cree que el grupo cultural del que es usted influye en que haga o no ejercicio?
- h. ¿Considera que su formación ha contribuido a que realice o no ejercicio?
- i. ¿Piensa que su situación socioeconómica es un factor que condiciona que haga ejercicio? ¿Cómo?

Cogniciones y afectos específicos de la conducta

3. Beneficios percibidos de acción

Expectativas/anticipación de los beneficios (intrínsecos y extrínsecos) que puede tener la actividad física por haberlos experimentado anteriormente o por haberlos observado en otras personas.

Importancia que da la persona a los beneficios intrínsecos y extrínsecos y en qué sentido.

¿Cree que realizar ejercicio ayuda a los aspectos siguientes? ¿Por qué? ¿Cómo?

- a. Sentirse relajado/a y sentir bienestar
- b. Sentirse con menos tensión y estrés
- c. Sentirse más feliz y contento/a
- d. Sentirse más sano mentalmente
- e. Aumenta el estado mental de alerta
- f. Mejora el autoconcepto, ayuda a gustarse más
- g. Previene enfermedades cardiovasculares
- h. Aumentar la fuerza muscular y la flexibilidad
- i. Aumenta la resistencia física
- j. Disminuye la fatiga
- k. Permite hacer actividades normales sin cansarse
- l. Hace sentir sensación de logro personal
- m. Facilita el contacto con amigos
- n. Ayuda a conocer gente nueva
- o. Facilita la aceptación de los demás
- p. Aumentar el nivel de forma física
- q. Ayuda a dormir mejor
- r. Alarga la vida
- s. Ayuda a mejorar la calidad del trabajo
- t. Mejora el aspecto físico
- u. Es un buen entretenimiento
- v. ¿Qué otros beneficios tiene o podría tener para usted realizar ejercicio?

4. Barreras percibidas de acción

Percepción de imposibilidad, de dificultad para realizar actividad física.

¿Los siguientes aspectos son o pueden ser un impedimento para que realice ejercicio? ¿De qué manera?

- a. No tener tiempo o restar tiempo de las relaciones y responsabilidades familiares
- b. Sentirse cansado al hacer ejercicio
- c. No tener lugares apropiados cercanos
- d. Los horarios no ser apropiados
- e. Sentir vergüenza de hacer ejercicio
- f. Ser muy caro
- g. No sentirse apoyado por la familia y amigos
- h. No percibir la necesidad
- i. No sentirse bien
- j. No gustar hacer ejercicio

- k. No sentirse capaz
- l. ¿Qué otros impedimentos o dificultades tiene o podría tener para realizar ejercicio?

5. Autoeficacia percibida

Juicio de la capacidad personal de llevar a cabo la actividad física. Sentimientos de eficacia y habilidades que motivan para realizar actividad física. Percepción de mayor eficacia cuanto mayor es el afecto relacionado con la actividad física. Mayor autoeficacia percibida aumenta el compromiso para realizar actividad física. Menor percepción de barreras cuanto mayor es la autoeficacia percibida.

¿Está dispuesto/a a realizar actividad física incluso cuando?:

- a. Está cansado/a
- b. Tiene otras cosas que se quiere hacer
- c. Realiza la actividad en soledad
- d. Ha tenido un mal día
- e. Se ha sentido perezoso/a
- f. No se considera muy bueno/a haciendo ejercicio
- g. Ha sentido molestias de hacer ejercicio el día anterior
- h. No está de humor
- i. ¿Cómo se valora a sí mismo/a sobre su capacidad personal de llevar a cabo actividad física? ¿Por qué?
- j. ¿Tiene algún sentimiento o habilidades que le hagan sentirse eficaz y motivado para realizar actividad física? ¿Cuáles?
- k. ¿Percibe que cuanto más le gusta hacer ejercicio más eficaz o capaz se siente para seguir haciéndolo? ¿Por qué?
- l. ¿Considera que cuanto más eficaz se siente mayor es su compromiso en hacer ejercicio? ¿Por qué?
- m. ¿Cree que cuanto más eficaz se siente menos impedimentos ve en realizar ejercicio? ¿Por qué?

6. Afecto (emociones) relacionado con la actividad

Percepciones afectivas/emocionales positivas o negativas (relacionadas con el ejercicio; relacionadas con uno mismo; relacionadas con el contexto) que se sienten antes, durante o después de la actividad física y que motivan que se repita o se mantenga la realización de actividad física a largo plazo.

Percepción positiva de afecto relacionado con la actividad cuanto mayor es la autoeficacia percibida.

- a. ¿Se divierte realizando actividad física? ¿Por qué?
- b. ¿Siente alegría antes, durante o después de realizar ejercicio? Describa sus sensaciones.

- c. ¿Percibe sensación de calma durante o después del ejercicio físico? ¿Con que relaciona esa sensación?
- d. Antes, durante o después de realizar ejercicio ¿siente ansiedad o tristeza? ¿Por qué cree que tiene esos sentimientos?
- e. ¿Tiene sensación de desagrado o disgusto por el ejercicio? ¿Por qué?
- f. ¿Qué otras sensaciones emocionales percibe antes, durante o después del ejercicio?
- g. ¿El sentirse eficaz para realizar ejercicio hace que tenga una mayor sensación de gusto por el ejercicio?

7. Influencias interpersonales

Expectativas que las personas más importantes tienen sobre que se realice actividad física.

Apoyo social instrumental y emocional.

Influencia indirecta a partir de la observación de otros que están comprometidos con la realización actividad física.

- a. ¿Cree que su familia o pareja considera importante que usted haga ejercicio? ¿Por qué?
- b. ¿Le anima su familia, pareja, amigos, o profesionales sanitarios para que mantenga una actividad física adecuada? ¿Cómo?
- c. ¿Considera que hay normas sociales o costumbres que le influyen para hacer ejercicio? ¿Cómo?
- d. ¿Cree que algunas personas que realizan ejercicio son modelos para usted y influyen en su decisión de hacer ejercicio? ¿Por qué? ¿Cómo?

8. Influencias situacionales

Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que pueden facilitar o impedir adoptar la conducta de realizar actividad física.

- a. ¿Cree que su entorno es favorable para que realice ejercicio? ¿Por qué?
- b. ¿Considera que todo y haber recursos sociales para que usted haga ejercicio (gimnasio, parques, caminos para pasear) no son los recursos que usted necesitaría para hacer ejercicio? ¿Por qué?
- c. ¿Considera que las modas o modelos estéticos de su entorno personal influyen en que usted haga ejercicio? ¿Cómo?
- d. ¿Cree que hay algunos factores de su situación personal que influyen en que haga o no ejercicio? ¿Cuáles?

9. Compromiso con un plan de acción

Compromiso de realizar actividad física en un momento y lugar determinado, solo/a o con alguna otra persona.

Identificación de estrategias definitivas para iniciar, realizar y reforzar el desarrollo de la actividad física.

- a. ¿Planifica usted un horario semanal específico para realizar ejercicio? ¿Por qué?
- b. ¿Establece algún acuerdo para hacer ejercicio, como por ejemplo asistir a un gimnasio, quedar con un grupo de personas., etc.? ¿Por qué?
- c. ¿Considerar el ejercicio algo muy importante en su vida? ¿Por qué?
- d. ¿Explica a otras personas el compromiso que tiene usted con el ejercicio? ¿Por qué?
- e. ¿Anima usted a su familia o a sus amigos a realizar ejercicio? ¿Por qué? ¿Cómo?

10. Demandas inmediatas que compiten y preferencias contrapuestas.

Demandas alternativas (justo antes de realizar actividad física cuando se había decidido hacerlo) sobre las que se tiene bajo control por condicionantes del entorno.

Preferencias contrapuestas (justo antes de realizar actividad física cuando se había decidido hacerlo) sobre las que se tiene un control relativamente alto.

- a. ¿Tiene alguna responsabilidad que no pueda eludir y que impidiera que realizara ejercicio cuando ya había decidido hacerlo? ¿De qué tipo?
- b. ¿Alguna vez decide en el último momento no hacer ejercicio y dedicar el tiempo a realizar otra actividad que prefiere? ¿Cuándo? ¿Por qué?



COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per M^a Victoria Morín Fraile, doctoranda en el Departament de Fonaments D'infermeria Fonamental i Medicoquirurgica de l'Escola Universitària d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada **"PERCEPCIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS DE 45 A 75 AÑOS"**, dirigida per la Dra. Pilar Torres Egea, aquesta Comissió, per acord de data 4 de juliol de 2013, va aprobar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 4 de juliol de 2013.





UNIVERSITAT DE BARCELONA



Oficina de Gestió
de la Recerca



Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica
de la Universitat de Barcelona