UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Hábitos Saludables de Práctica de Actividad Físico Deportiva en la Población de Mayores de la Región de Murcia. Promoción y Apoyo al Programa Nacional de Envejecimiento Activo

D. Ricardo José Ibáñez Pérez

2015

U N I V E R S I D A D D E M U R C I A

FACULTAD DE CIENCIAS DEL DEPORTE

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

HÁBITOS SALUDABLES DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA EN LA POBLACIÓN DE MAYORES DE LA REGIÓN DE MURCIA. PROMOCIÓN Y APOYO AL PROGRAMA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Doctorando: D. Ricardo José Ibáñez Pérez

Directores:

Dr. Prof. D. Arturo Díaz Suárez
(Universidad de Murcia)
Dr. Prof. D. Francisco Martín Martínez González
(Universidad Politécnica de Cartagena)

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA

D. Arturo Díaz Suárez, Doctor por la Universidad de Murcia y Profesor Titular del Departamento de Actividad Física y Deporte de la Universidad de Murcia.

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Hábitos Saludables De Práctica De Actividad Físico Deportiva En La Población De Mayores De La Región De Murcia. Promoción Y Apoyo Al Programa Nacional De Envejecimiento Activo", realizada por D. Ricardo José Ibáñez Pérez, bajo la correspondiente dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 21 de septiembre de 2015.

Fdo. Arturo Díaz Suárez.

Universidad Politécnica de Cartagena

D. Francisco Martín Martínez González, Doctor por la Universidad Politécnica de Cartagena y Profesor Titular del Departamento de Matemática Aplicada y Estadística de la Universidad Politécnica de Cartagena.

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Hábitos Saludables De Práctica De Actividad Físico Deportiva En La Población De Mayores De La Región De Murcia. Promoción Y Apoyo Al Programa Nacional De Envejecimiento Activo", realizada por D. Ricardo José Ibáñez Pérez, bajo la correspondiente dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Cartagena, a 21 de septiembre de 2015.

Fdo. Francisco Martín Martínez González.

Sobre la Felicidad….

El verdadero secreto de la felicidad consiste en exigir mucho de sí mismo y muy poco de los otros.

Albert Guinon (1863-1923).

El secreto de la felicidad no es hacer siempre lo que se quiere sino querer siempre lo que se hace.

Leon Tolstoi (1828-1910).

El hombre feliz es el que vive objetivamente, el que es libre en sus afectos y tiene amplios intereses, el que se asegura la felicidad por medio de estos intereses y afectos que, a su vez, le convierten a él en objeto de interés y el afecto de otros muchos.

Bertrand Russell (1872-1970).

La felicidad consiste, principalmente, en conformarse con la suerte; es querer ser lo que uno es.

Erasmo de Rotterdam (1469-1536).

Nadie puede ser feliz si no se aprecia a sí mismo.

Jean Jacques Rousseau (1712-1778.

El aparentar felicidad, no es decir que la tienes. Debes tenerla como yo y gozarla cada día.

Ricardo Ibáñez (1964).

Agradecimientos:

- *A los Doctores "**Arturo Díaz Suarez**" y "**Francisco Martín Martínez González**", que sin sus consejos y conocimientos, me hubiese sido imposible realizar esta investigación.*

- *A mi mujer "**Conchi**", por todo el tiempo que he dejado de pasar con ella y que sin su ayuda y cariño, jamás habría podido realizar.*

- *A mis hijos, "**Ricardo**" y "**Alejandro**", que me han dado una razón y un motivo para dedicar tanto tiempo a este trabajo.*

- *A "**Salvador Angosto**" (Salvica), que me enseñó a trabajar con el SPSS, y a aprender y comprender las interminables y complejas etapas del proceso analítico de datos.*

- *A "**Caridad Pascual de Riquelme**", Directora del IMAS de Cartagena, por su ayuda en las relaciones sociales y protocolo.*

- *A "**Rodri**", por toda la ayuda en el trabajo de campo y el cuestionario.*

- *Al grupo de investigación de la Universidad de Murcia "**Ingesport**", por la colaboración y apoyo en este trabajo de investigación.*

- *Al "**IMAS**" de la Región de Murcia y los directores de los centros del IMAS de Archena, Alcantarilla, Caravaca de la Cruz, Cartagena, Cieza, La Unión, Lorca, Mazarrón, Molina de Segura, Murcia, Roldán, San Javier, Torres de Cotillas y Yecla, por darme todas las facilidades necesarias para desarrollar las encuestas y su aportación como expertos para la validación del cuestionario.*

- *A la "**Universidad de Mayores**" de la Universidad Politécnica de Cartagena que me ayudaron enfocar el camino de esta tesis doctoral.*

- *Al "**Servicio de Promoción Deportiva**" de la Universidad Politécnica de Cartagena.*

"Questus somnium meum vitae finem".

(Conseguir un sueño, mi objetivo en la vida).

Nota:

En esta investigación debe entenderse que el empleo del masculino, con referencia a toda persona física, implica también al femenino, salvo disposición contraria específica.

Gracias.

índice

1

Índice:

1.- Índice……...……...…..…… **3**

2.- Introducción…….….. **9**

3.- Marco teórico…….…… **15**

3.1.- Esperanza de vida en Europa……. **15**

3.1.1.- Estructura de la población y el envejecimiento en Europa.. **19**

3.2.- Esperanza de vida en España…….. **24**

3.3.- Actividad física, ejercicio físico y deporte…… **34**

3.4.- Hábitos saludables y estilos de vida…….. **41**

3.4.1.- Relación entre practica de actividad física deportiva y salud en mayores…….…... **42**

3.4.2.- La calidad de vida…… **46**

3.4.3.- La percepción de la calidad de vida…… **53**

3.4.4.- La autoestima…….. **54**

3.4.5.- El envejecimiento activo……. **57**

3.4.6.- La imagen corporal…….…… **67**

3.5.- Beneficios de la práctica A.F.D. para la salud en personas mayores. **71**

3.5.1.- Factores determinantes en la práctica de actividad física deportiva: Beneficios psicológicos……. **77**

3.5.2.- Factores determinantes en la práctica de actividad física deportiva: Beneficios fisiológicos…….…….. **79**

4.- Antecedentes de la investigación…..…….. **83**

4.1.- El Año 2.012, como año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional…… **83**

4.2.- El libro blanco del envejecimiento en España……. **84**

4.3.- La Universidad de mayores de la Universidad Politécnica de Cartagena y el aula senior de la Universidad de Murcia……..... **87**

4.4.- El IMAS. (El Instituto Murciano de Acción Social)…….. **91**

4.4.1.- Centros del IMAS de la Región de Murcia……. **92**

4.4.2.- Centros sociales del IMAS de la Región de Murcia…… **95**

4.4.3.- Servicios de los centros de día del IMAS……. **95**

4.5.- Investigaciones sobre las personas mayores…….. **97**

4.5.1.- Investigaciones en personas mayores de la Región de Murcia…..... **102**

5.- Marco experimental……..……..…… **105**

5.1.- Planteamiento de la investigación…….. **105**

5.2.- Objetivos generales y específicos de la investigación…… **106**

5.3.- Metodología para el diseño de la investigación.……. **107**

5.4.- Instrumentos para la recogida de datos: El cuestionario……. **108**

5.4.1.- Clasificación del cuestionario……. **109**

5.4.2.- Fases del proceso de confección y validación del cuestionario..... **111**

5.4.3.- Limitaciones, riesgos y cautelas asociadas a los cuestionario……. **112**

5.5.- Elaboración del cuestionario. Diseño y variables…….. **113**

5.5.1.- Validez y fiabilidad de cuestionario…… **113**

5.5.1.1.- La validez…… **113**

5.5.1.2.- La confiablidad……... **114**

5.5.1.3.- La objetividad……. **115**

5.5.1.4.- Relación entre validez y confiabilidad…… **116**

5.5.1.5.- El análisis factorial…….. **117**

5.5.1.6.- El análisis factorial exploratorio….…… **117**

5.5.1.7.- El análisis factorial confirmatorio……... **119**

5.5.1.8.- Fiabilidad (Test-retest y coeficientes de consistencia interna)……... **120**

6.- Metodología…… **125**

6.1.- Metodología empleada para la muestra……. **125**

6.2.- Descripción de la población y muestra del estudio…… **125**

6.3.- Descripción de la muestra del estudio piloto de la validez del constructo…….. **128**

6.4.- Procedimiento para la toma de datos……. **132**

6.5.- Procedimiento para el desarrollo de la investigación. El Instrumento…..…….. **135**

6.6.- Análisis de datos…… **138**

6.7.- Resultados de la validación……..……. **139**

6.7.1.- Análisis de la validez del contenido……..…….. **139**

6.7.2.- Validez discriminante de la escala de hábitos saludables…. **141**

6.7.3.- Análisis factorial exploratorio de la escala de factores de hábitos Saludables……..…… **141**

6.7.4.- Análisis factorial confirmatorio de la escala de factores de hábitos Saludables……..…… **144**

6.7.5.- Análisis de la fiabilidad de la escala de factores de hábitos saludables…… **146**

6.7.6.- Análisis de la consistencia interna de las dimensiones de la escala de factores de hábitos saludables……..…… **146**

6.7.7.- Análisis de la fiabilidad compuesta y análisis de la varianza extractada de la escala de hábitos saludables……..……. **149**

7.- Resultados de la muestra…….…… **153**

8.- Discusión……. **167**

9.- Reflexiones finales…..……. **173**

9.1.- Conclusiones……. **173**

9.2.- Limitaciones encontradas…….. **175**

9.3.- Prospectiva de futuro…… **176**

10.- Bibliografía……..……... **181**

11.- Índice de abreviatura y siglas…….……. **219**

12.- Índice de tablas…….. **223**

13.- Índice de ilustraciones……..……... **227**

14.- Anexos……..……... **233**

01.- Normativa de la Universidad de mayores de la Universidad Politécnica de Cartagena del curso 2014-2015….…….…. **235**

02.- Normativa del aula senior de la Universidad de Murcia 2014-2015…….……..…… **243**

03.- Población residente por grupos de edad y comunidades autónomas a 1 de Enero de 2014……..…… **251**

04.- Cifras oficiales de población de los municipios españoles: revisión del padrón municipal…….…… **255**

05.- Carta al Concejal de Servicios Sociales de Excmo. Ayuntamiento de Cartagena……...……...……... **259**

06.- Carta al Director General de personas mayores de la Consejería de Servicios Sociales de la Región de Murcia……...…….…. **263**

07.- Carta a los jueces expertos……..…….…… **267**

08.- Relación de jueces expertos……..……..……. **271**

09.- Organigrama del Instituto Murciano de Acción Social……. **275**

10.- Resultados del número de encuestas realizadas por centros y número de centros del IMAS (2015)…..…… **279**

11.- Tabla para el cálculo de encuestas a realiza en cada centro y determinar el número de la muestra……..……. **283**

12.- Referencias de las estadísticas de población de la Región de Murcia, de las personas inscritas en los centros del IMAS, y de las personas que realizan actividad física en dichos centros……... **287**

13.- Estadísticas asociadas al número de prácticas de actividad física del IMAS. Por tipos de modalidades de actividad física……..... **291**

14.- Estadísticas de número de modalidades deportivas ofertadas por los centros del IMAS, en el periodo 2014-2015……... **295**

15.- Decreto Nº 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los estatutos del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)…….. **299**

16.- Relación de centros de día propios del Instituyo Murciano de Acción Social…….…… **319**

17.- Datos y direcciones postales de los centros del IMAS..……. **323**

18.- Información de horarios y lugar de celebración de las actividades deportivas de los centros del IMAS, objeto del estudio……..... **327**

19.- Fecha de la primera visita para la toma de datos de los centros del IMAS, objeto del estudio……..……..……... **331**

20.- Número de trabajadores de los 17 centros del IMAS de la Región de Murcia, trabajadores externos y trabajadores en actividad física y salud…….……... **335**

21.- Relación de fotos de los edificios que el IMAS tiene distribuidos por la Región de Murcia y que han sido objeto del estudio……... **339**

22.- Relación de cuestionarios que se han confeccionado, objeto del estudio: Cuestionarios “A”, “B”, “C”, y “D”……..……... **345**

Introducción 2

2.- INTRODUCCIÓN.

No es un hábito muy saludable desconocer aquellas cosas que verdaderamente nos deben importar. Cosas que merecen un conocimiento previo, pero que por las circunstancias, entorno, ritmo y forma de vida actual no parecen tener importancia. En este caso y por encontrarnos en el desarrollo de esta Tesis Doctoral nos referimos obviamente a nuestro cuerpo.

Nuestro cuerpo que nace con una información genética hereditaria familiar que condiciona toda nuestra vida en relación a enfermedades y somatotipo[(1)] corporal, necesita ser conducido a lo largo de la vida en las mejores condiciones posibles para conseguir su durabilidad.

Cuando somos pequeños no pensamos en las circunstancias que nos acontecerán al llegar a la vejez y como será nuestra vida en los últimos años, ya que pensamos que es algo muy lejano y que tardará mucho en llegar.

Pero no me cabe la menor duda que si al llegar a la última fase de nuestro ciclo vital hubiésemos tenido una vida consciente y consecuente, el estándar de calidad de vida ideal estaría presente.

Nuestro estilo de vida personal condiciona nuestra vejez a la vez que la calidad de vida de nuestros últimos años, por lo que cuidar nuestra salud, cuidar nuestro bienestar y mejorar nuestra calidad de vida, es algo que se debería de enseñar a los jóvenes casi como una asignatura escolar.

Una asignatura eminentemente práctica, con sus connotaciones teóricas, pero que se desenvuelve en el desarrollo de hábitos de vida saludables (alimentarios, higiénicos, psicológicos y de actividad física y deportiva), aportando las bases idóneas para cumplimentar nuestra plena madurez corporal y social.

[1]Sheldon categoriza todos los tipos de cuerpos, con una escala del uno al siete para cada uno de los «somatotipos», clasificándolos en tres tipos: «endomorfo», «mesomorfo» y «ectomorfo», en su libro de 1954, *Atlas del Hombre* (*Atlas of Men*), donde describe los tipos de constituciones físicas humanas.

La madurez corporal nos llevará a conseguir una vejez satisfactoria, donde el estándar de calidad de vida se habrá logrado y nos permitirá alcanzar nuestro objetivo de vivir más años.

Cuando se comienza con la búsqueda del propósito para realizar una tesis, se produce una incertidumbre sobre el tema a investigar y sobre el interés que pueda producir tu investigación, además si tus aportaciones serán ese granito de arena que necesita o que busca el resto de la comunidad científica.

En mi caso, mi estrecha relación con la Universidad de Mayores de la Universidad Politécnica de Cartagena donde he participado como profesor de la asignatura de "Actividades en la Naturaleza" y posteriormente como director del curso denominado "Entrenamiento Físico y Nutrición en la Edad Adulta", me ha permitido encontrar el camino hacia dónde dirigir mi tesis doctoral. Un camino que me facilito mi colaboración con los programas de actividad física y deporte que realiza el Instituto Murciano de Acción Social en la ciudad de Cartagena y concretamente en las instalaciones deportivas de la Universidad Politécnica de Cartagena donde realizo mi actividad profesional, ya que el centro número "2" del IMAS de Cartagena, carece de instalaciones propias para desarrollar su programas de actividad física.

Esta confluencia de factores facilito mi decisión de realizar esta tesis doctoral encaminada hacia los mayores, un colectivo que en nuestra región carece de investigaciones en relación a la actividad física y el deporte.

En la Región de Murcia, existen programas de actividades físicas en casi todos los municipios, pero los que se aglutinan bajo un mismo programa y bajo una coordinación regional son los del IMAS.

Estos programas socio-motrices, tienen como objetivo el mantenimiento de la condición física y el de los aspectos cognitivos que pueden alterarse por el envejecimiento, cuyo fin es el mantener una vida activa y avanzar en años de forma progresiva.

Por lo tanto buscaremos información sobre los hábitos saludables de los mayores murcianos asociados a los centros del IMAS de la Región de Murcia que nos permita conocer su percepción hacia una serie de dimensiones que se plantean en un cuestionario.

Un cuestionario de nueva creación que validaremos con un grupo de expertos y pasaremos a una muestra del colectivo de asociados al IMAS en los programas de actividad física en el año 2015.

Marco Teórico

3

3.- MARCO TEÓRICO.

Hemos entrado en un período en Europa en el que la población de personas mayores es más numerosa que la población más joven, por lo que estamos adentrándonos en un proceso bastante preocupante. El descenso de la población en edad laboral podría significar que el crecimiento económico se tambaleará y que los sistemas de vida actual cayesen, ya que los sistemas de pensiones se convertirán en insostenibles y los ingresos a las personas en situación de jubilación se verán reducidos significativamente. La lucha contra la exclusión social y la pobreza que se está produciendo en Europa está permitiendo a más personas entrar en el proceso de producción de empleo, y esto ayudará a que el conjunto de la sociedad pueda hacer frente a los cambios demográficos.

El rápido crecimiento de la población mayor de 65 años proyectado para los próximos cuatro décadas tiene como resultado un aumento del número de personas que van a vivir mucho más tiempo, lo cual, por supuesto, es un logro enormemente positivo. Es el resultado directo del enorme progreso social y médico que se ha producido en Europa en los últimos seis decenios y de los estándares más altos de vida que han podido disfrutar las generaciones de la posguerra. Es un reflejo tanto de los logros del Estado de bienestar moderno y de un largo período de paz y prosperidad creciente, que es único en la historia europea. (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion of the European Union, 2012).

3.1 Esperanza de Vida en Europa.

La esperanza de vida cada vez es mayor en Europa, el indicador más utilizado para el análisis de la mortalidad es “la esperanza de vida al nacer”, este concepto se define como el número medio de años que una persona puede esperar vivir cunado nace, y si el individuo se somete a las condiciones actuales de mortalidad en todo el resto de su vida. Es una manera simple pero potente de ilustrar la evolución de la mortalidad. El número total de muertes depende del tamaño de los grupos de edad de la población que llegan al final de su ciclo de vida y en las tasas de mortalidad. (Eurostat, 2014).

El desarrollo económico y la mejora en algunas condiciones ambientales (por ejemplo, en muchas zonas urbanas), la mejora de los estilos de vida, los avances en salud y la medicina, se han traducido en un aumento continuo de la esperanza de vida al nacer

en toda Europa durante el siglo pasado. Este proceso ha estado ocurriendo durante más tiempo en Europa que en la mayoría de otras partes del mundo, el posicionamiento de la UE-28, entre los líderes mundiales de la esperanza de vida. Durante los últimos 50 años la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en cerca de 10 años para los hombres y mujeres en la UE-28. (Eurostat, 2014).

Europa es optimista y espera alcanzar la meta de la reducción de la mortalidad a edades más avanzadas dentro de pocos años. Además otros factores como la reducción de la fecundidad y la reducción gradual de la mortalidad que son los principales factores que contribuyen al envejecimiento de la población en la UE-28. (Eurostat, 2014).

Mientras que la esperanza de vida ha aumentado en todos los Estados miembros de la UE, todavía hay grandes diferencias entre y dentro de los países (véase la tabla 1 y la ilustración 1.).

GEO/TIME	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Unión Europea (28 países)	78,3	78,5	78,7	79,0	79,3	79,6	79,6	79,9
Bélgica	78,8	79,2	79,1	79,4	79,6	79,9	79,8	80,0
Bulgaria	72,5	72,7	73,0	73,4	73,5	73,9	74,0	74,5
Republica Checa	76,0	76,3	76,5	76,6	76,9	77,2	77,4	77,5
Dinamarca	77,7	77,7	78,1	78,3	78,6	79,1	79,4	79,6
Alemania	79,2	79,4	79,5	79,6	79,8	80,1	80,2	80,2
Estonia	72,5	72,6	73,7	74,6	75,3	75,8	76,0	76,7
Irlanda	78,6	79,0	79,5	79,5	80,1	80,1	80,2	80,3
Grecia	79,1	78,9	79,4	79,6	79,9	80,0	79,9	80,6
España	80,4	80,4	80,8	81,2	81,6	81,8	81,8	82,4
Francia	80,3	80,6	80,7	80,9	81,1	81,6	81,4	81,7
Croacia	75,3	75,2	75,3	75,7	76,1	76,5	76,6	77,1
Italia	80,7	80,8	80,9	81,1	81,5	81,6	81,6	82,1
Chipre	79,4	79,1	79,9	80,2	80,8	80,5	80,4	81,7
Letonia	70,1	70,4	71,6	72,3	72,5	73,4	73,6	73,7
Lituania	70,5	70,2	71,1	72,4	72,6	73,1	73,4	73,4
Luxemburgo	78,6	78,7	79,8	80,0	80,1	80,4	80,7	81,2
Hungría	72,9	73,0	73,6	73,8	74,1	74,5	74,6	75,2
Malta	78,8	79,5	79,4	79,8	80,9	80,4	80,3	81,4
Holanda	79,3	79,7	79,8	80,2	80,3	80,6	80,5	80,7
Austria	79,4	79,6	79,9	79,8	80,1	80,4	80,3	80,5
Polonia	74,8	74,8	75,1	75,3	75,8	76,2	76,2	76,5
Portugal	78,3	78,5	78,8	79,0	79,3	79,9	79,8	80,1
Rumania	72,5	73,0	73,4	73,5	73,5	74,2	74,2	74,9
Eslovenia	77,5	77,6	78,3	78,5	79,0	79,4	79,4	79,7
Eslovaquia	73,9	74,0	74,4	74,8	75,0	75,5	75,7	76,0
Finlandia	78,8	78,8	79,1	79,3	79,4	79,8	79,9	80,3
Suecia	80,2	80,3	80,5	80,7	80,9	81,0	81,0	81,2

Reino Unido	78,9	79,1	79,2	79,8	80,0	80,4	80,3	80,4
Islandia	80,3	80,7	80,8	80,9	81,1	81,5	82,0	81,3
Liechtenstein	80,5	80,4	81,9	80,9	81,0	81,2	82,2	81,9
Noruega	79,9	79,9	80,1	80,3	80,4	80,6	80,7	81,0
Suiza	81,2	81,4	81,7	81,7	82,0	82,2	82,1	82,2
Montenegro	73,7	74,0	74,7	74,6	75,5	75,4	75,6	75,8
Serbia	73,0	73,2	73,4	73,6	73,9	74,1	74,4	74,7
Turquía	:	:	:	76,1	76,8	77,0	77,6	78,1
Bielorrusia	:	:	:	:	:	70,0	71,5	:
Moldavia	68,3	68,7	69,2	69,3	69,0	70,7	70,7	:
Rusia	66,3	67,2	67,5	68,3	:	:	:	:
Ucrania	67,6	67,4	67,7	:	70,0	70,7	70,8	:
Armenia	73,0	73,5	73,4	73,5	:	:	:	:
Azerbaiyán	72,5	72,7	73,5	73,7	73,4	:	73,9	:
Georgia	74,4	75,0	74,4	73,5	74,3	74,3	:	:

Tabla 1.- Esperanza de vida global En Europa 2014.

Fuente: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

La esperanza de vida al nacer en la UE-28 se estimó en 80,6 años en 2013, alcanzando 83,3 años para las mujeres y 77,8 años para los hombres. Durante más de una década entre 2002 (el primer año que hay datos disponibles para todos los Estados miembros de la UE de datos) y 2013, la esperanza de vida en la UE-28 aumentó en 2,9 años, 77,7 a 80,6 años, el aumento fue de 2,4 años para las mujeres y 3,3 años para los hombres. Eurostat, (2014).

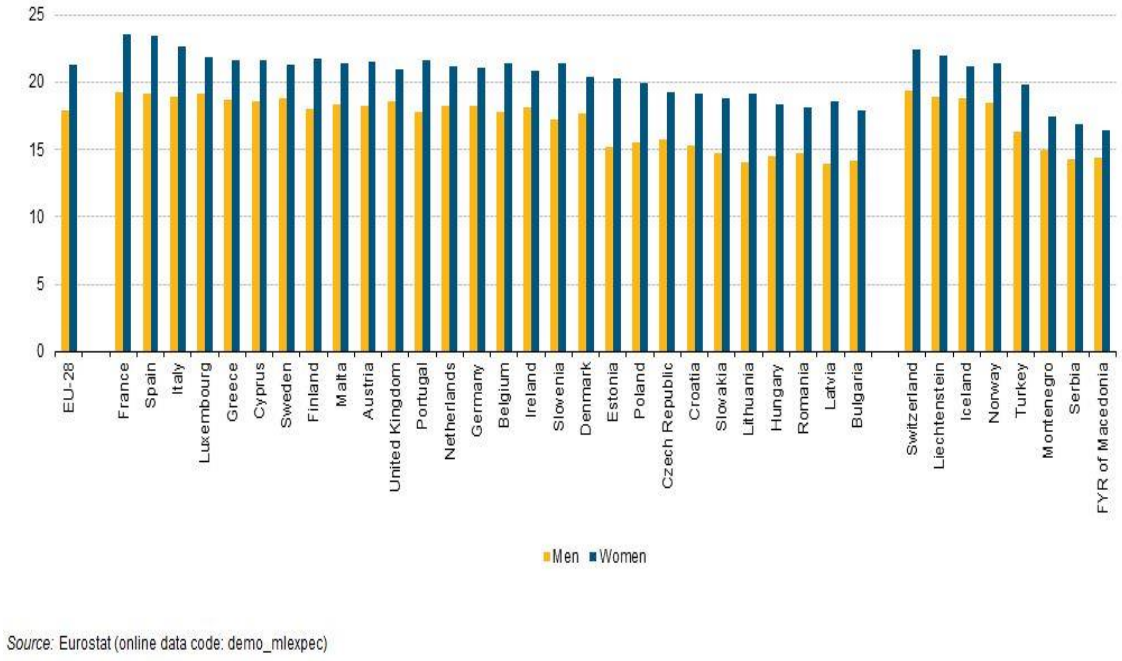


Ilustración 1. Esperanza de vida en Europa 2014, por sexos.

Para los hombres, la esperanza de vida más baja en 2013 se registró en Lituania (68,5 años) y el más alto en Italia (80,3 años). Para las mujeres, el rango fue más estrecho, entre un mínimo de 78,6 años en Bulgaria y un máximo de 86,1 años en España. En comparación, en 2003, las expectativas de vida más bajas y más altas se registraron en Letonia (65,3 años) y Suecia (78,0) para los hombres, y en Rumania (74,8 años) y España (83,0) para las mujeres. (Eurostat, 2014).

En los 10 años transcurridos entre 2003 y 2013, el aumento de la esperanza de vida al nacer para los hombres en los Estados miembros de la UE osciló entre un mínimo de 2,1 años (en Lituania) a un máximo de 6,4 años (en Estonia).

Para las mujeres, el aumento osciló entre 1,3 años (en Suecia) a 4,5 años (en Estonia). En 2003, las diferencias entre las expectativas de altos y más bajos de la vida entre los Estados miembros de la UE ascendieron a 12,7 años para los hombres y 8,2 para las mujeres. En 2013, las diferencias fueron 11,8 años para los hombres y 7,5 años para las mujeres.

Así, mientras que la esperanza de vida aumentó en todos los Estados miembros entre 2003 y 2013, por lo general se incrementó más en algunos de los Estados miembros en los que había sido relativamente baja en 2003. (Eurostat, 2014).

Como las personas viven más tiempo, el interés se ha desplazado a las generaciones mayores. En 2013, una vez que un hombre había llegado a la edad de 65 años, podría tener, en promedio, una esperanza de vida entre otros 13,9 años más (como en Letonia) y 19,3 años más (como en Francia). La esperanza de vida de las mujeres a los 65 años fue mayor. En 2013 se varió de 17,9 años en Bulgaria a 23,6 años en Francia. (Véase la ilustración 1).

El envejecimiento de la población es una tendencia a largo plazo que comenzó hace varias décadas en Europa. Este envejecimiento es visible en el desarrollo de la estructura de edad de la población y se refleja en una mayor proporción de personas de edad, junto con una participación cada vez menor de personas en edad de trabajar en la población total. (Eurostat, 2014).

3.1.1.- Estructura de la población y el envejecimiento en Europa.

	(Puntos de Porcentaje)
EU-28 (1)(2)	2,1
Malta	4,9
Finlandia	3,8
Holanda	3,5
Republica Checa	3,4
Dinamarca	3,3
Portugal (3)	3,0
Lituania	3,0
Letonia	2,9
Alemania (2)	2,8
Austria	2,8
Grecia	2,5
Eslovenia (2)	2,5
Rumania (3)	2,4
Bulgaria	2,3
Estonia	2,2
Italia	2,2
Suecia	2,2
Chipre	2,0
Hungría (2)	2,0
Polonia (2)	1,9
Eslovaquia	1,9
Francia (2)(4)	1,8
Reino Unido (1)	1,6
Irlanda (4)	1,5
España	1,3
Croacia	1,3
Bélgica (2)	0,7
Luxemburgo (2)	0,1
Liechtenstein	4,7
Albania	3,9
Turquía	2,0
Suiza (2)	1,9
FYRde Macedonia	1,7
Islandia	1,4
Noruega	1,2
Montenegro	1,1
Serbia (2)	1,0

(1) Provisional; estimado. (3) Estimado.
(2) Rotura en las series de años entre 2004 and 2014.
Fuente: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

Tabla 2: Aumento de la proporción de la población de 65 años o más entre 2004 y 2014 en Europa. (Por países de mayor a menor).

La proporción de la población de 65 años y más está aumentando en todos los Estados miembros de la UE y la AELC. El aumento en la última década se extiende de 4,9 puntos porcentuales en Malta y 3,8 puntos porcentuales en Finlandia, a menos de 1,0 puntos porcentuales en Luxemburgo y Bélgica. En la última década, se observó un aumento global de 2,1 puntos porcentuales para la UE-28 en su conjunto. Por otro lado, la proporción de la población de menos de 15 años en la población de la UE-28 se redujo en 1 punto porcentual. (Eurostat, 2014). (Ver tabla 2 e ilustración 2).

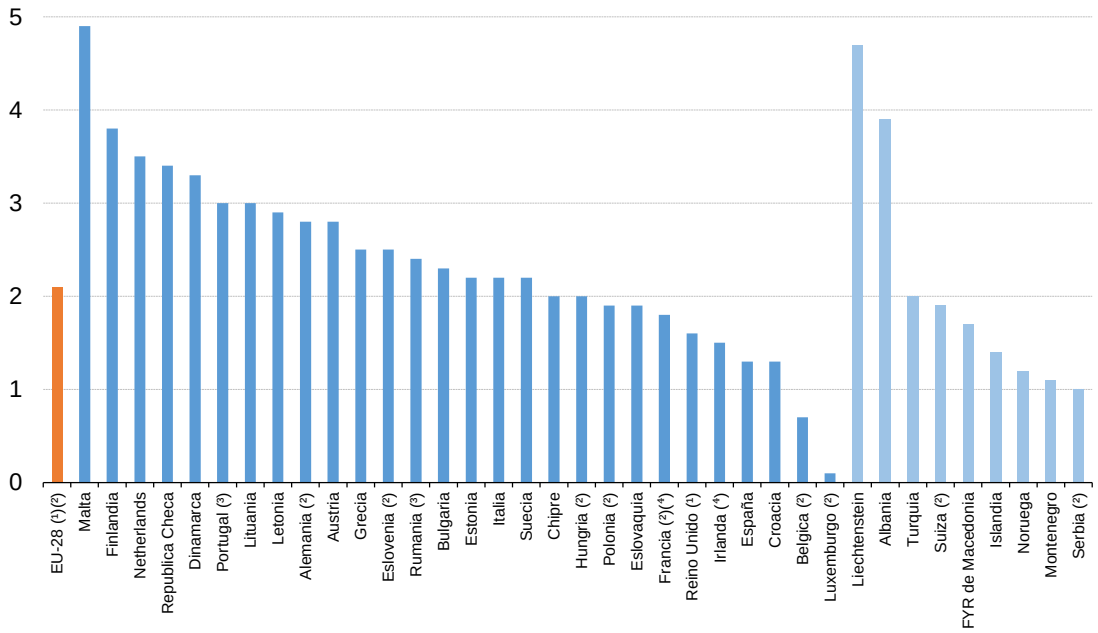


Ilustración 2. Aumento de la proporción de la población de 65 años o más entre 2004 y 2014 en Europa. (Por países de mayor a menor).

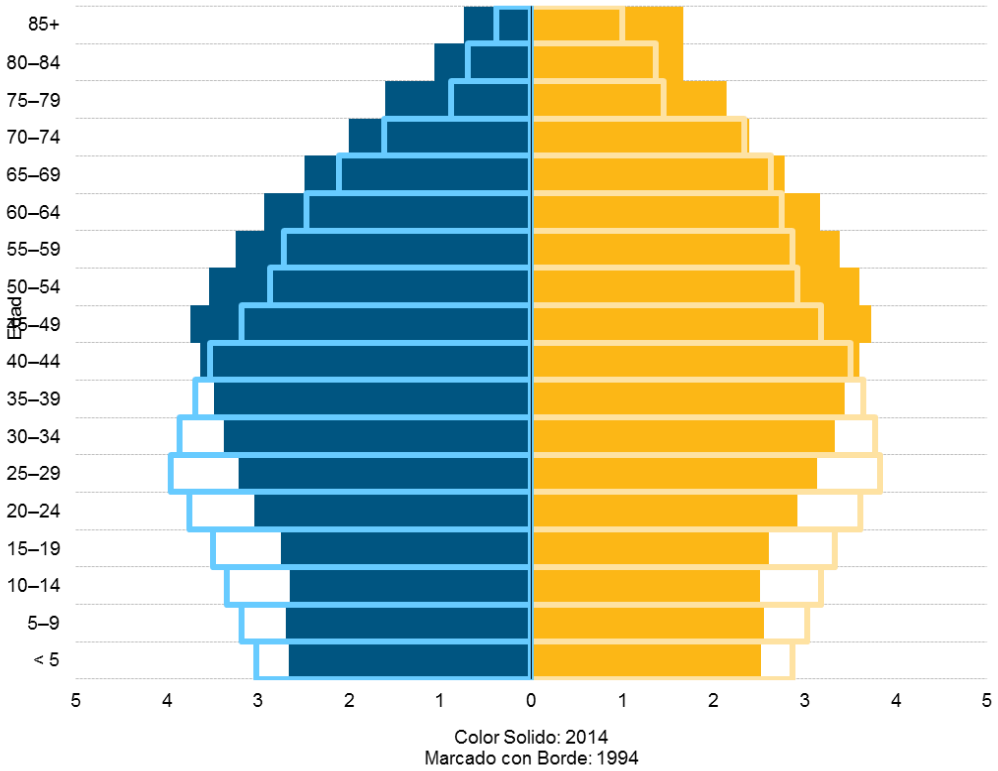
El crecimiento de la participación relativa de las personas mayores puede ser explicado por el aumento de la longevidad, un patrón que ha sido evidente desde hace varias décadas como la esperanza de vida ha aumentado (ver ilustración 2); este desarrollo se refiere a menudo como "el envejecimiento en la parte superior "de la pirámide poblacional.

Por otro lado, los continuos bajos niveles de fertilidad durante muchos años han contribuido al envejecimiento de la población, con un menor número de nacimientos que conducen a una disminución de la proporción de jóvenes en la población total.

Este proceso se conoce como "envejecimiento en la parte inferior" de la pirámide de población, y se puede observar en la base de estrechamiento de la pirámides de población UE-28 entre 1994 y 2014. (Ver ilustración 3).

En un intento de estudiar las futuras tendencias del envejecimiento de la población en Europa, Eurostat realizó una última prospección del conjunto población en (EUROPOP2013), que abarca el período de 2013 a 2080. En EUROPOP2013 la población de la UE-28 se prevé que aumente a un máximo de 525,5 millones hasta el año 2050 y posteriormente descienda gradualmente a 520 millones en 2080. (Eurostat, 2014).

Ilustración 3. Pirámides de población, UE-28, 1994 y 2014 (1)



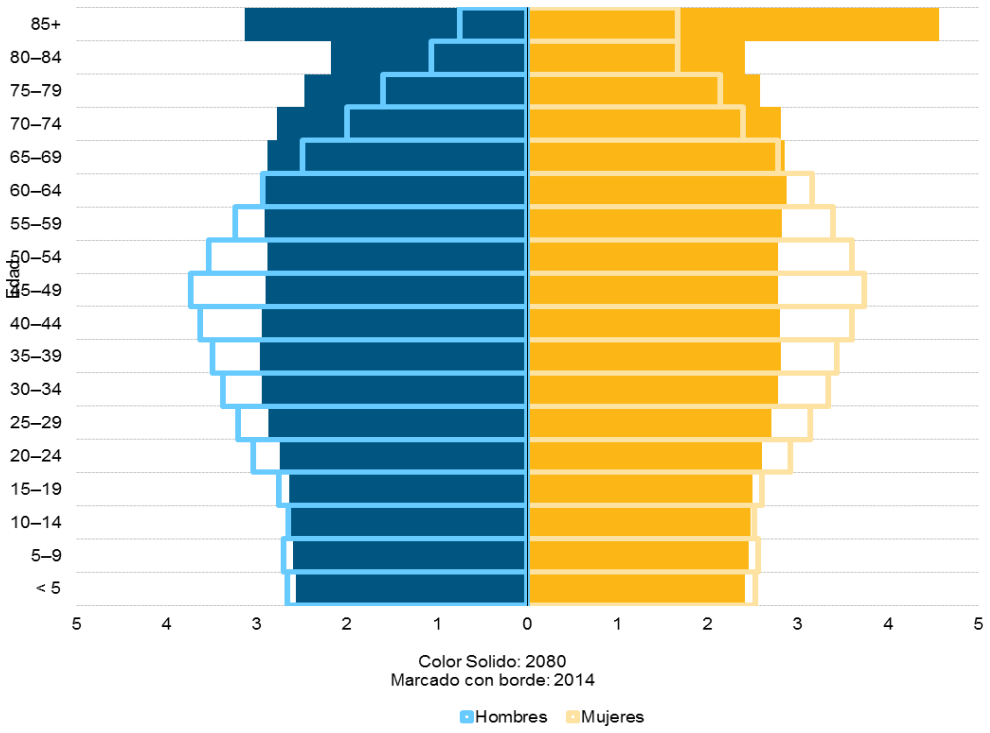
(1) 2004: EU-27. 2014: provisional; estimado. Fuente: Eurostat (online data code: demo_pjangroup)

La comparación de las pirámides de edad de 2014 y 2080 (véase la ilustración 4) muestra que la población de la UE-28 prevé que continúe en esta tendencia. En las próximas décadas, el elevado número de baby-boomers(1) incrementará el número de

(1) es un término usado para describir a las personas que nacieron durante el baby boom, que sucedió en algunos países anglosajones, en el período momentáneo y posterior a la Segunda Guerra Mundial, entre los años 1940 y fines de la década de los 1960

personas mayores. Sin embargo, para el año 2080, la pirámide tendrá más la forma de un bloque, se estrechará ligeramente en el medio de la pirámide (en torno a la edad de 45 a 54 años) y considerablemente cerca de la base.

Ilustración 4. Pirámides de Población, EU-28, 2014 y 2080 (¹)



(¹) 2080: proyección (EUROPOP2013).
Fuente: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_13npms)

Durante el período 2014-2080 se espera que la proporción de la población en edad de trabajar disminuirá de manera constante hasta 2050, antes de estabilizarse un poco, mientras que las personas mayores es probable que sean la parte creciente de la población total: los mayores de 65 años o más representarán el 28,7% de la población de la UE-28 en 2080, en comparación con el 18,5% en 2014. (Eurostat, 2014). (Ver ilustración 4).

Eurostat recoge datos de los Estados miembros de la UE y otros países que participan en su demografía ejerciendo de recopilación de datos en relación a las poblaciones a partir del 1 de enero de cada año. La definición recomendada es la "población residente habitual" y representa el número de habitantes de una zona determinada, el 1 de enero del año en cuestión (o, en algunos casos, el 31 de diciembre del año anterior).

Otro aspecto de envejecimiento de la población es el progresivo envejecimiento de la propia población de mayor edad, ya que la importancia relativa de los muy ancianos está creciendo a un ritmo más rápido que cualquier otro segmento de edad de la población de la UE. La proporción de los mayores de 80 años o más en la población de la UE-28 se proyecta a más del doble entre 2014 y 2080. (Eurostat, 2014) (Ver ilustración 5).

Eurostat proporciona información para una amplia gama de datos demográficos. Los datos sobre población incluyen varias características, como la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo.

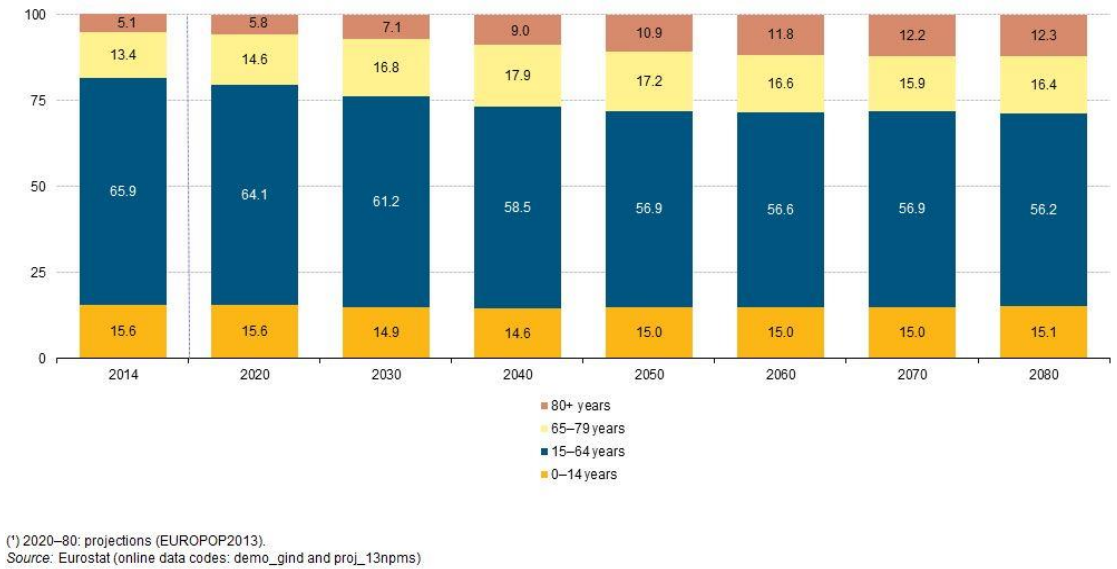


Ilustración 5. Estructura de la Población por Grandes Grupos de Edad en Europa. 2014-2080.

Eurostat también elabora proyecciones de población a nivel nacional cada tres años. Estas proyecciones son escenarios hipotéticos que tienen como objetivo proporcionar información sobre el futuro tamaño y estructura por edad probable de la población basada en suposiciones de las futuras tendencias de la fecundidad, la esperanza de vida y la migración; el último ejercicio de proyección era EUROPOP2013.

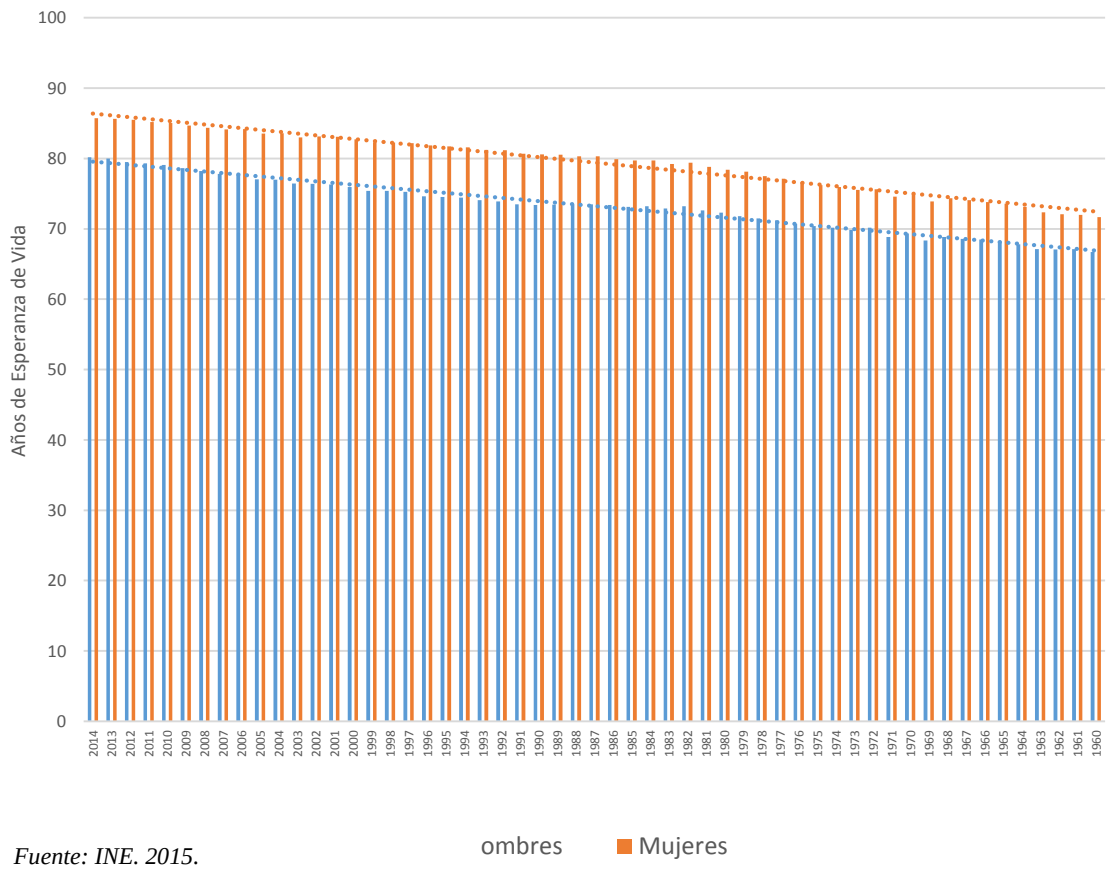
Las proyecciones de población de Eurostat son utilizadas por el Comisión Europea para analizar el impacto probable de envejecimiento de la población sobre el gasto público. El aumento del gasto social en relación con el envejecimiento de la población, en forma de pensiones, la asistencia sanitaria y la atención (salud), institucional o privada, es una carga mayor para las políticas de trabajo por parte de la Comisión Europea.

3.2.- Esperanza de Vida en España.

En 2014 la esperanza de vida en España subió hasta llegar a 82,98 años. En ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 85,71 años, mayor que la de los hombres que fue de 80,17 años. España en el listado de los 191 países que se reflejan en la ilustración siguiente de la Esperanza de vida, ha pasado de ocupar el puesto 6 en 2013 al 4 en 2014. Esto quiere decir que sus habitantes tienen una esperanza de vida muy alta en relación a la del resto de los ciudadanos del mundo. Si miramos la evolución de la Esperanza de Vida en España en los últimos años, vemos que ha subido respecto a 2013 en el que fue de 82,84 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2004, en el que estaba en 80,29 años. (Abellán, y Pujol, 2013). (Ver ilustración 6 y 7).

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85 años, y los varones de 79,2 años.

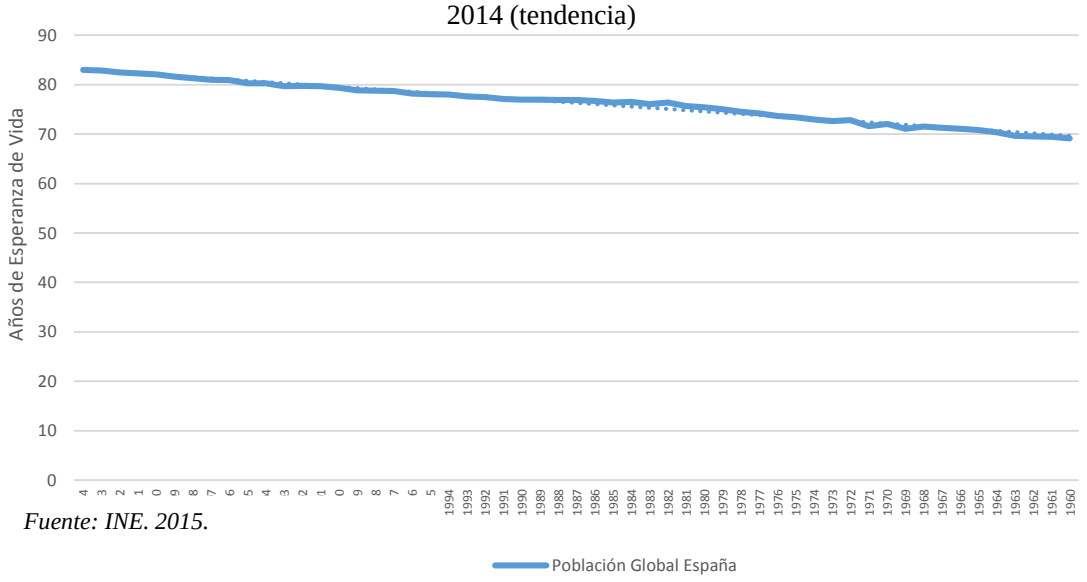
Ilustración 6. Evolución de la esperanza de vida en España - Periodo 1960-2014



Fuente: INE. 2015.

Se encuentran entre las más altas de la Unión Europea, la longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. En 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años, y ahora es de 82,1. (Eurostat, 2014).

Ilustración 7. Evolución de la esperanza de vida en España - Periodo 1960-2014 (tendencia)



Fuente: INE. 2015.

El factor que más ha incidido en el aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad, en especial la infantil. La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea. (Abellán y Pujol, 2013).

España sigue su proceso de envejecimiento. A 1 de noviembre 2011 había 8.116.347 personas mayores (de 65 y más años), el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916) española, según los Censos de Población y Viviendas 2011 (INE). Además sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios que ahora representan el 5,2% de toda la población.

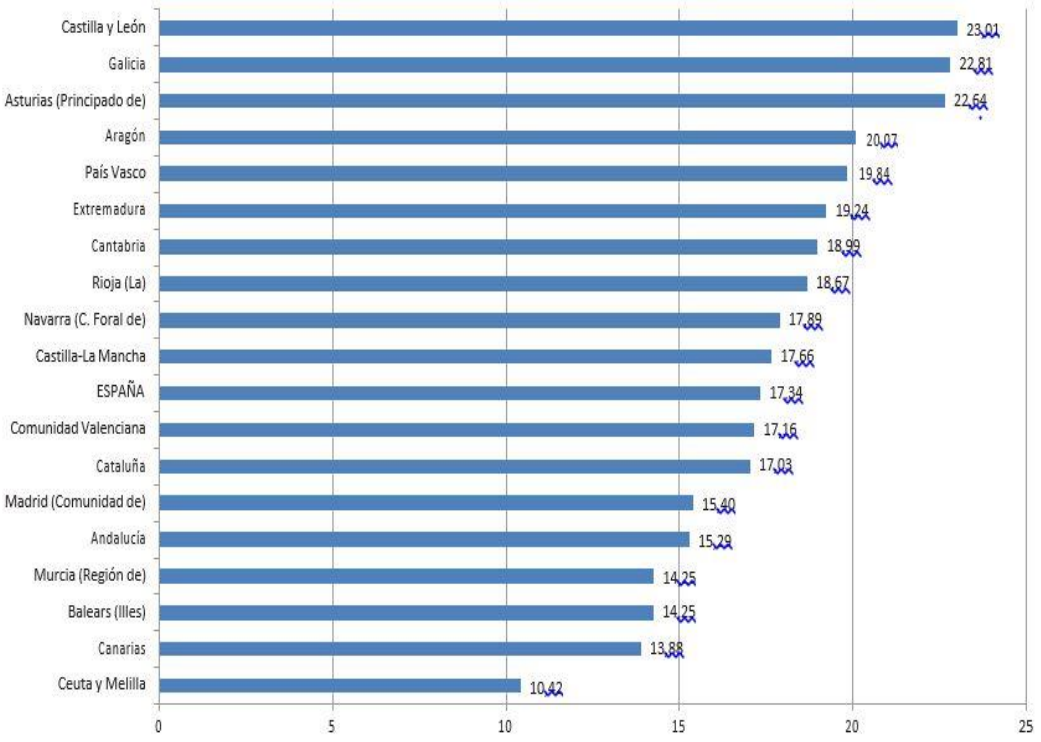
La generación del baby-boom (Ver ilustración 9), que son aquellas personas nacidas entre los años 1958-1977 y que en la actualidad cuentan con edades entre 35 y 54 años, se encuentra ahora en plena edad laboral. Entre esas fechas nacieron casi 14 millones de niños, 4,5 millones más que en los 20 años siguientes y 2,5 más que en los 20 años anteriores. La generación del baby-boom iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2020. (Abellán y Pujol, 2013).

El sexo predominante en la vejez en Europa es el femenino ya que hay un 34% más de mujeres que de varones.

Nacen más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años. Ahora se alcanza el equilibrio hacia los 50 años. En las primeras décadas del s. XX, la edad en que las mujeres excedían ya en número a los varones era los 14 años.

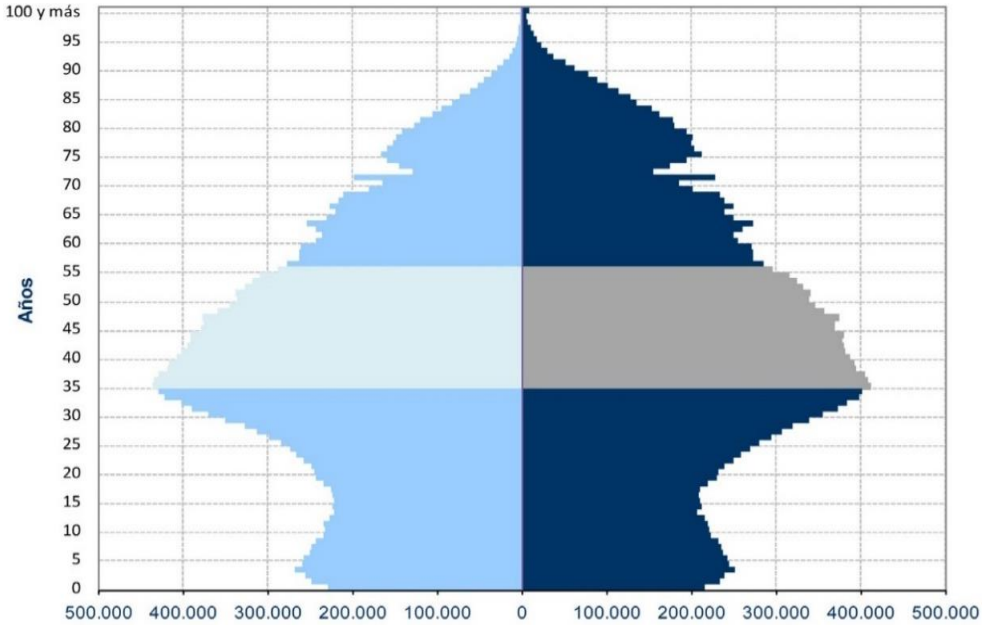
El número de personas de 85 ó más años por cada 100, de 45 a 65 años (ratio de apoyo familiar) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores. Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón siguen siendo las comunidades autónomas más envejecidas con e l n proporciones de personas mayores que superan el 20%. Canarias, Baleares y Murcia son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 15%. Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad. (Abellán y Pujol, 2013). (Ver ilustración 8).

Ilustración 8. Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2011 (%).



Fuente: INE: INEBASE: Censos de Población y Viviendas 2011. Consulta mayo de 2013.

Ilustración 9. Pirámide de Población según sexo y edad, 2012 en España.



NOTA: El sombreado corresponde a la posición de la generación del baby-boom (1958-1977).

Fuente: INE: INEBASE. 2012: Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Consulta en abril de 2013.

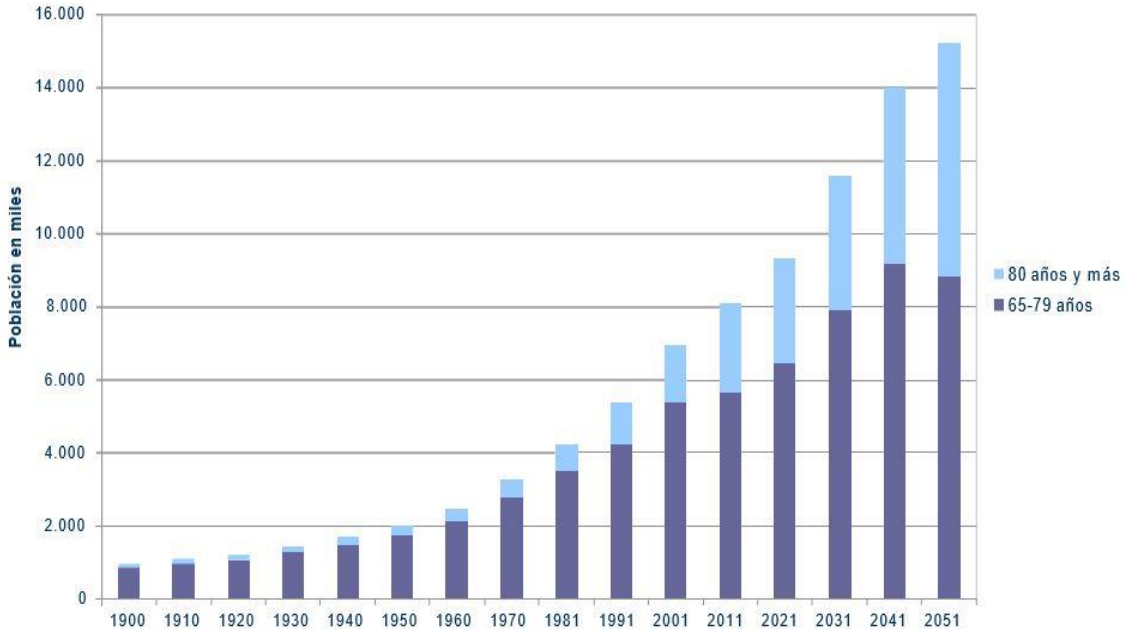
Tabla 3. Evolución de la población mayor, 1900-2051. En España.

	Total España.	65 años y más.		65-79 años.		80 años y más.	
Años*	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2%	852.389	4,6%	115.385	0,6%
1910	19.995.686	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%
1920	21.389.842	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%
1930	23.677.794	1.440.744	6,1%	1.263.632	5,3%	177.112	0,7%
1940	26.015.907	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%
1950	27.976.755	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%
1970	34.040.989	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%
1981	37.683.362	4.236.740	11,2%	3.511.599	9,3%	725.141	1,9%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2011	46.815.916	8.116.347	17,3%	5.659.441	12,1%	2.456.906	5,2%
2021	45.186.456	9.308.853	20,6%	6.450.649	14,3%	2.858.207	6,3%
2031	43.933.710	11.556.28	26,3%	7.926.115	18,0%	3.630.173	8,3%
2041	42.874.861	13.990.61	32,6%	9.180.903	21,4%	4.809.708	11,2%
2051	41.699.556	15.222.17	36,5%	8.848.227	21,2%	6.373.947	15,3%

** De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones.*

Fuente: INE: INEBASE:
1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según Sexo y Edad desde 1900 hasta 2001 2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011.
2021-2052: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en mayo 2015.

Ilustración 10. Evolución de la población mayor, 1900-2051. En España



** De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones.*

Fuente: INE: INEBASE:
1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001 2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011.
2012: Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2012. Datos provisionales. (el dato a 1 de enero de 2013 se publicará el 3 de abril de 2013).
2021-2052: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en abril 2013.

España envejece y seguirá envejeciendo en las próximas décadas. (Ver ilustración 10). A 1 de noviembre 2011 había 8.116.347 personas mayores, el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916), según los Censos de Población y Viviendas 2011 (INE).

Por comunidades autónomas, Castilla y León es la que mayor porcentaje de población mayor tiene de las 17 comunidades y ciudades autónomas, seguida de Galicia y el Principado de Asturias, situándose la Región de Murcia junto a las Islas Baleares, entre las cuatro comunidades autónomas con menor población mayor de España.

En 2001 se produce la inflexión en la historia demográfica: la población infantil de 0-14 años es superada por la de 65 y más, además sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios y según la proyección del INE, en 2051 habrá más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (36,5% del total). (Abellán y Pujol, 2013).

El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 34% más de mujeres que de varones, más tarde nacen más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años. En la actualidad se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años. En las primeras décadas del s. XX, la edad en la que las mujeres excedían en número a los varones era los 14 años., por eso hay una mayor supervivencia femenina, por una mayor tasa de mortalidad masculina. (Abellán y Pujol, 2013).

Tabla 4. Estado civil de las personas de 65 y más años, 1970, 1981, 1991, 2001 y 2012 en España.

	Total	Solteros/ Solteras	Casados/ Casadas	Viudos/ Viudas	Separados/ Separadas o divorciados /
1970	100	11,2	49,0	39,4	0,4
1981	100	11,3	51,2	36,7	0,7
1991	100	10,4	55,9	33,2	0,6
2001	100	8,0	59,7	30,9	1,4
2012	100	6,1	62,1	29,0	2,7

Fuente: 2012: INE: INEBASE. Encuesta de Población Activa, media de los cuatro trimestres del año 2012 2001. INE: INEBASE. Censo de población y viviendas 2001.
1991. INE: INEBASE. Censo de población y viviendas 1991 1981. INE: INEBASE. Censo de población y viviendas 1981. 1970. INE: INEBASE. Fondo documental. Censo de población y viviendas 1970.

Desde el año 1970 hasta 2011 ha ido cambiando la distribución del perfil de los mayores españoles en lo que al estado civil respecta, disminuyendo el porcentaje de solteros y el de viudos a favor del de casados y, en menor medida, del de separados. Denota una mejora en las tasas de mortalidad, especialmente de varones. El 62% de las personas mayores están casadas. Entre las mujeres de edad, la viudez es muy común: 43%. (Abellán y Pujol, 2013).

Estas acciones son importantes, en particular para los ámbitos sociales y económicos, para el uso de datos demográficos, para la planificación de acciones, para programas de seguimiento y evaluación - por ejemplo, el envejecimiento de la población y sus posibles efectos sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas y para las prestaciones sociales, o el impacto económico y social del cambio demográfico.

Vivir más, será una experiencia más positiva si las personas de más edad tienen las condiciones para que puedan vivir plenamente, de una forma saludable y con una vida independiente. Al tener una población de personas mayores más saludable se creará una

demanda de nuevos bienes y servicios, que debería en sí actuar como un estímulo al crecimiento económico.

En los más de 40 años que median entre 1970 y 2012 ha disminuido sensiblemente el porcentaje de personas analfabetas de más de 65 años. (Abellán y Pujol, 2013). (Ver Ilustración 10).

Ilustración 11. Evolución del nivel de estudios de las personas de 65 y más años, 1970-2012. En España.

Fuente: 1970: Censo de población de 1970. INE. Tomo III
2012: INE. INEBASE. Encuesta de Población Activa (EPA).

Por lo tanto, una mayor longevidad es cuestión de regocijo y felicitación. En este siglo, las personas de 60 años son capaces de mirar hacia adelante y encontrar otras dos o tres décadas de vida más.

El pasado no es necesariamente indicativo de lo que las generaciones futuras de personas mayores serán capaces de hacer. Las personas que se enfrentan ahora a una larga y saludable vejez con referencia a cualquier otra generación anterior, tendrán nuevas ambiciones y mejores expectativas que sus padres y abuelos. La sociedad actual tendrá que responder mediante la ampliación de las oportunidades disponibles para ellos.

Estas oportunidades les permitirán vivir de forma independiente durante el mayor tiempo posible, para seguir siendo ciudadanos activos y contribuir al desarrollo de las comunidades en las que viven, ya que este proceso es importante para las personas mayores, pero será igualmente importante para el resto de la sociedad en un futuro muy cercano.

La ONU, en 1954, propuso como indicadores de calidad de vida, la salud, la alimentación, la vivienda, la seguridad, las condiciones de trabajo, el medio ambiente, la educación y el tiempo libre. En 1961, este Organismo reformuló parcialmente esta lista considerando las siguientes opciones: salud, alimentación, características de alojamiento, seguridad social, educación, ocupación y condiciones de trabajo, formas de vestir, tiempo libre y derechos humanos. (Casas, 1996, 97).

Otros autores señalan que pueden haber conceptos afines a la calidad de vida y el bienestar psicológico, como pueden ser, la calidad ambiental, la promoción y la participación social y la autorrealización; y como contravalores, la marginación social, la desadaptación psicosocial y la exclusión social; así mismo, se puede señalar que en los últimos años los países han valorado como -índices de calidad- la cantidad de recursos económicos empleados por el estado y la cuantía y la calidad de productos materiales y los servicios que consume una población (educación, sanidad y vivienda), *"produciéndose, pues, una reducción hacia lo económico y medible, con el objetivo puesto en la búsqueda de la prosperidad económica y social de los individuos y las familias".* (Colom, Pérez, y Vázquez, 2001).

Los profesionales de la salud están de acuerdo en que la persona que realiza regularmente actividad física (caminar) o ejercicio (acudir a un gimnasio, correr) se beneficia de una menor probabilidad de contraer ciertas enfermedades, a la vez que se puede disfrutar de sensaciones de bienestar. Powell y Paffenbarger del Workshop on Epidemiologic and Public Health Aspects. Powell, K.E. y Paffenbarger, (1985), que constituye un primer hito en la generalización del tema actividad física y la salud fuera del ámbito estrictamente biomédico del que partió, y una toma de conciencia por parte del resto de profesionales de la salud sobre el interés y las posibilidades de campo.

Tabla 5. Estimación de las tendencias de población y la importancia relativa de las personas mayores.

	Población Total	Tasa media de crecimiento 2010-2060	Estimación de la importancia relativa de las personas mayores.					
	2010 (1.000)	**(% por año)**	**(% proporción de la población total)**					
			Edad 50-64		**Edad 65 – 79**		**Edad + 80**	
			2010	**2060**	**2010**	**2060**	**2010**	**2060**
En El Mundo	6.895.889	0.7	13.0	17.0	6.1	13.2	1.5	5.1
África	1.022.234	1.8	7.6	12.6	3.1	6.7	0.4	1.4
Asia	4.164.252	0.4	12.9	19.0	5.6	15.5	1.1	506
Europa	738.199	-0.1	19.4	16.9	12.0	17.3	4.2	10.3
Latino América y Caribe	590.082	0.5	11.9	19.0	5.4	15.3	1.4	7.1
Norteamérica	344.526	**0.6**	18.9	16.6	9.3	14.3	3.8	8.0
Oceanía	36.593	0.9	15.5	16.2	7.8	12.9	2.8	6.9

Fuente: Eurostat (código de datos online: proj_10c2150p) de las Naciones Unidas, Departamento de Economía de Asuntos Sociales. Revisión 2010 de las perspectivas de la Población Mundial.

Toma de conciencia a la que no son ajenas las instancias gubernamentales responsables de la salud pública, quienes, por su parte, intentan movilizar los recursos necesarios para incidir sobre el conjunto de la población estableciendo diferentes objetivos que convergen en tratar de conseguir una población menos sedentaria en el año 2000. Dishman, (1988). Dichos objetivos se estructuran en torno a la idea de que la actividad física regular constituye uno de los principales comportamientos implicados en la salud, pero que solo una pequeña parte de la población realiza el ejercicio físico con la intensidad y frecuencia recomendadas para prevenir trastornos cardiovasculares. (Blasco, 1994).

La vejez es una categoría social que trata de conceptuar una etapa de la vida humana, un proceso que denominamos envejecimiento caracterizado por una serie de cambios biológicos y psicosociales. Como toda categoría social, es una conceptualización cultural y por tanto relativa. (Ruiz Cazorla, Chinchilla y Ruiz Cazorla, 2010).

El envejecimiento constituye un proceso bio-psicosocial que hace parte del desarrollo vital de los individuos y es inherente al organismo humano. Es decir, que el envejecimiento es un proceso progresivo y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo, como consecuencia de la interacción de la genética y el medio ambiente. Dichas alteraciones producidas en el organismo con el paso del tiempo y que conducen a perdidas funcionales y a la muerte, encierran una serie de cambios estructurales, fisiológicos y funcionales que van desde variaciones en la fisonomía externa, hasta alteraciones inmunes, metabólicas, endocrinas, osteomusculares y cambios en el patrón de marcha.

Por lo tanto como proceso normal y universal se generan cambios intrínsecos inevitables en el organismo, así como en el entorno sociocultural; los cuales deben ser del dominio médico y garantizar una intervención eficaz y oportuna, que permita un envejecimiento saludable, donde el bienestar y la satisfacción personal aseguren una buena calidad de vida. Si bien es cierto que con el envejecimiento existe una tendencia a presentar deterioro en los diferentes órganos y sistemas, lo que genera una mayor susceptibilidad a trastornos clínicos específicos, muchos de los problemas que se presentan en el adulto mayor se deben a enfermedades o factores en el estilo de vida que deterioran su capacidad vital y funcional. Entre estos factores se tiene el tabaquismo, el abuso del alcohol, la falta de ejercicio, la inestabilidad familiar, la carencia de mecanismos de afrontamiento, la falta de apoyo y la carencia de recursos, aspectos que de ser tratados adecuadamente garantizan un envejecimiento óptimo. Por estas razones, el conocimiento de los cambios emocionales, psicológicos, sociales, funcionales y estructurales, son los que permitirán al educador físico, valorar la influencia de dichos cambios sobre la salud del adulto mayor, creando pautas y parámetros sobre su autocuidado en esta última etapa del ciclo vital.

Después de un determinado periodo de disfrute del tiempo liberado del trabajo, todas estas horas libres que quedan a iniciativa personal del jubilado pueden convertirse en interminables, sobre todo, cuando predomina el aburrimiento por encima del

sentimiento gratificante del no tener que hacer nada. Subirats, (1992). Por ello, surge la necesidad de estar ocupados, es decir, las personas mayores precisan llevar a cabo algunas actividades útiles bien sea para ellos, para la familia o para la sociedad. En este sentido, estamos asistiendo a la aparición de una *nueva edad*, la que le sigue al final de las constricciones productivas y que antecede a la decadencia física, psíquica y social. (Gaullier, 1988).

Por todo esto y retomando esa toma de conciencia de todo lo que tenemos alrededor de nuestro entorno de trabajo, existe una decisión personal hacia el camino que debe de seguir esta tesis, que no es otro que seguir aportando ese granito de arena que nos permita avanzar en la profundidad de este inmenso mar que hemos descubierto los profesionales de la salud y la actividad física hacia las personas mayores, es decir provocar mediante costumbres, hábitos, estilos de vida saludables y conductas físico deportivas, actitudes en los mayores que les ayude a prolongar la esperanza de vida.

3.3.- Actividad física, ejercicio físico y deporte.

El Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS. (1.997) y García Ferrando, (1.998, 2.001) coinciden en líneas generales y van a confirmar las tendencias de cambio que en los últimos años han hecho que la práctica deportiva sea más popular. De hecho, en la actualidad se aprecia una gran demanda de actividades físicas y deportivas, en parte debido a una nueva conciencia social sobre la salud, el cuidado del cuerpo y de la imagen física, y en parte, por la aparición de nuevos motivos de práctica, como es el caso de las actividades físico-deportivas en el medio natural que conllevan emociones, aventuras y ciertos niveles de riesgo, (Gutiérrez y González-Herrero, 1995); (García Ferrando, 1.996); (Moreno y Gutiérrez, 1.998ª).

Para García Ferrando, (2.001), estas actividades ejemplifican perfectamente los cambios que se están consolidando en los hábitos de tiempo libre y ocio de la población, con una clara retirada de los deportes de mayor tradición federativa y competitiva que refuerzan su carácter de deporte espectáculo a la vez que disminuyen los practicantes aficionados, con la excepción del fútbol y el auge de las actividades físico-deportivas de recreación y salud, tanto en instalaciones cerradas como en espacios naturales, que se adaptan muy bien a las posibilidades y necesidades de la población urbana.

En el último Eurobarómetro publicado en Marzo de 2014 por la Unión Europea, sus resultados muestran como la media Europea de personas mayores de 55 años que no realizan ningún/casi ningún tipo de ejercicio físico a la semana está en torno al 71% de la población. Por su parte, en España, la media de esa misma franja de edad se sitúa ligeramente por debajo de la media europea con un 65%. Si tratamos de analizar la evolución de estos datos y ver si han mejorado o empeorado con el paso de los años, se deberían de comparar al menos con los del anterior Eurobarómetro (2009) y a este respecto y en el caso de España se puede observar una ligera mejoría en los resultados. (Ara, 2015).

Es importante resaltar que parece haber una participación relevante en la actividad física en la mejora del bienestar y la satisfacción con la vida de las personas mayores que surge de la práctica regular y sistemática del ejercicio físico. (Safons, 2000).

Lo más importante que se puede decir a una persona mayor sobre cómo mantener en el mejor estado posible el cuerpo y el conjunto de sus órganos y sistemas, es que debe de mantener su vida de una forma físicamente activa. Las ventajas de una actividad física mantenida son múltiples y actúan en diferentes campos. Las ventajas de mantenerse físicamente activo están descritas en la literatura médica desde hace mucho tiempo, ya que inciden en la calidad de vida.

La edad nunca va ser una contraindicación para practicar ejercicio físico de forma adecuada para las personas mayores. Esta actividad incluye desde el simple paseo hasta la práctica no competitiva de algunos deportes como, la natación, la marcha, el ciclismo, la gimnasia o el golf, entre otros. Las principales dudas para el profesional de la salud se pueden presentar cuando los mayores plantean el deseo de hacer deporte, ya que debe de conocer todas las patologías, que tienen los mayores antes de la prescripción del ejercicio indicado para ellos.

Salvo que existan contraindicaciones evidentes ligadas a patologías específicas conocidas, cardiacas, neurológicas, respiratorias o referidas al sistema osteoarticular, la recomendación debe ser positiva. Incluso en algunas de estas situaciones la práctica deportiva razonablemente programada pude contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, así como su situación funcional.

En todo caso, cuando se trate de hacer deporte, siempre habrá que tomar en consideración algunos aspectos. Entre ellos cabe destacar la evaluación de cuál es el tipo concreto de deporte que desea practicar y la experiencia previa en relación con el mismo. En paralelo, evaluar el grado de intensidad del ejercicio que se desea llevar a cabo, las circunstancias ambientales del marco en que se va efectuar (época del año, espacio físico, equipamiento, duración, hora, etc.). Junto a ello en la persona mayor, más que en el joven, es básica y primordial la realización de una Evaluación Médica. Posteriormente habrá que considerar otros factores como respetar las fases de calentamiento y de recuperación, así como tomar en consideración cualquier otra circunstancia individual que pudiera constituir un riesgo.

Por otro lado, Fuentes (2014), citado por (Morillo, 2015), afirma en su tesis, tras una extensa revisión de la literatura, que el género es una variable determinante en la práctica de ejercicio físico y que el género femenino lo practica menos que los hombres en diversos niveles (profesional, de gestión o de ocio activo).

La cuestión de las relaciones entre vejez y actividades físico-deportivas puede abordarse desde diferentes posiciones que presuponen a su vez diferentes teorías sobre el envejecimiento, tanto desde la óptica biológica como de la psicosocial, que se encuentran en el núcleo de sus RSs. Estas teorías no son neutrales, sino que parten a menudo de creencias y estereotipos con bases ideológicas, que determinan las funciones sociales del deporte, que responden a un modelo de sociedad, a intereses económicos o políticos, y que condicionan tanto la investigación como las prácticas sociales, dando lugar a fenómenos de marginación y exclusión social. (Ruiz Cazorla, Chinchilla y Ruiz Cazorla, 2010).

Los profesionales interesados en las personas mayores, además de los organismos y las administraciones públicas debemos de realizar campañas pro-activas de actividad física para mayores, informando a la sociedad sobre las ventajas de la actividad física y las modalidades de práctica deportiva para este colectivo de mayores, incidiendo en las actitudes y los comportamientos de las personas mayores.

La medición de la actividad física (AF), y de los factores que influyen en ella, es una parte importante de los esfuerzos que promocionan la salud para abordar la inactividad física. El aumento de la actividad física se considera tan importante como el

antitabaquismo, la promoción de hábitos y dietas saludables y la prevención de la obesidad y evitar el sedentarismo, en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles. (Mather et al, 1999), (OMS, 2002, 2005).

Teniendo en cuenta que en los próximos cuarenta años la población española situará a nuestro país como el segundo más envejecido del mundo, y que en el 2050 el 30% de los españoles serán mayores de 65 años, debemos pensar que todos deseamos llegar a la vejez con una buena salud, con bajo riesgo de enfermar y con excelente estado funcional tanto físico como mental; es decir, disfrutar de una "vejez exitosa". Ahora bien, si a ésta le añadimos la consecución una actitud positiva ante el propio proceso de envejecimiento y una vinculación y participación social activa, conseguiremos el envejecimiento activo. (Libro blanco del envejecimiento activo 2011).

Tal y como se refleja en el Libro blanco del envejecimiento activo, la OMS (2002), en su documento "envejecimiento activo: un marco político", define el envejecimiento activo como: "el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados", indicando las cinto pautas necesarias para potenciar este envejecimiento activo:

1. Tener una buena salud: prevención y promoción de la salud.

2. Tener un buen funcionamiento físico: mantener la actividad física y realizar ejercicio físico. Los efectos beneficiosos del ejercicio regular hacen que constituya la acción con mayor soporte de evidencia para promover el envejecimiento activo saludable. El mero consejo ha demostrado no ser suficiente. Deberíamos ser capaces de controlar su aplicación y cumplimiento, conocer las estrategias más efectivas y viables.

3. Tener un buen funcionamiento mental: mantenimiento de la capacidad mental y de aprendizaje.

4. Ser independiente y autónomo: prevención específica de la discapacidad y la dependencia.

5. Vinculación y participación social: promover y mantener la actividad y la participación social.

Por lo tanto, los esfuerzos deben centrarse en atrasar al máximo la edad de aparición de las enfermedades de tipo crónico, para que el período entre la muerte de la persona y la aparición de este tipo de enfermedades sea el menor posible (lo que se ha llamado rectangularización de la curva de supervivencia). Ello implicaría una mejor calidad de vida de las personas.

Hoy en día, la recomendación de práctica de actividad física y deporte y la implementación de programas socio-recreativos y deportivos, se está imponiendo de forma muy rápida en la sociedad y cuenta con el apoyo de toda la comunidad científica.

La falta de actividad física se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud pública en los países europeos, tendencia que sigue nuestro país por cuanto aumenta el riesgo de padecer: sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes. El modelo de salud y de envejecimiento saludable va avanzando hacia un modelo en que la actividad física sea una filosofía de vida complementada por los diferentes ámbitos de la sociedad.

Para orientar las políticas nacionales en relación a la actividad física para personas mayores, la Unión Europea estableció una serie de recomendaciones a los Estados Miembros en los que a raíz de la definición del objetivo de promoción físico-deportiva entre las personas de edad, se insta a cada país a analizar sus necesidades, a fomentar el deporte entre las personas mayores, a elaborar un abanico de programas para mejorar la salud y las relaciones sociales y a favorecer que los deportistas mayores sigan practicando deporte.

Dentro de las propuestas políticas más recientes, la actividad física se recoge como determinante de la salud vinculada al modo de vida, dándosele prioridad para la creación de actividades a escala europea.

Este principio responde a dos objetivos esenciales a tener en cuenta en este colectivo, por un lado si abordamos la educación como un valor permanente, es decir educar a lo largo de toda la vida, la actividad física es una herramienta indispensable para ello, ya que lleva implícitos una serie de valores como el respeto, la autonomía, la participación, etc. Por otro lado, prevenir la dependencia y fomentar actividades y prácticas que fomenten la vida saludable. En este sentido, el ejercicio físico y el cuidado del cuerpo ocupan un papel destacado en la sociedad.

En propuestas políticas más recientes, la actividad física se recoge como determinante de la salud vinculada al modo de vida y se reconoce la necesidad de un plan enfocado a los grupos con diferentes necesidades, como el de personas de edad avanzada, que requieren de acciones específicas de promoción de la salud, tal y como muestra la Encuesta Nacional de Salud (2006), que informa del estilo de salud, vida, servicios sanitarios y medio ambiente, entre hombre y mujeres, y por grupos de edad. (Libro blanco del envejecimiento activo 2011).

Los programas de actividad física para personas mayores tienen un papel esencial en la igualdad de género, dado que están abiertos a todo el colectivo, género, nivel sociocultural, nivel económico y tiene la capacidad de adaptarse a las particularidades de cada individuo.

Los programas de actividad física para personas mayores se marcan como uno de sus objetivos primordiales para ofrecer la posibilidad de practicar ejercicio físico a todas aquellas personas que han superado los 60 años, sea hombre o mujer, sin exigencias de género, ni de resultados.

La heterogeneidad que identifica o caracteriza a los grupos de personas mayores obliga a plantear programas de actividades físicas que sean adaptables a las diferentes posibilidades de compresión y de movimiento en que nos encontramos en este colectivo.

Estos programas que se han ido desarrollando a lo largo de estos años en las diferentes autonomías corresponden al tipo de programa conocido como “socio-motriz”. El objetivo que se quiere conseguir con la práctica responde a un mantenimiento y/o mejora de la condición física general de la persona mayor, juntamente con el

mantenimiento de las cualidades cognitivas, entre las que cabe destacar la memoria, la atención, la orientación espacio temporal, entre otras. A la vez, estos programas inciden en gran medida en la relación y comunicación de las personas mayores participantes, fomentando la socialización.

- Programas de Fitness.
- Programas desarrollados al aire libre.
- Circuitos o aparatos de salud.
- Programas que se están desarrollando con el objetivo de prevenir la dependencia.

Fuente: Libro Blanco del Envejecimiento Activo. (2011).

Esta preocupación por incrementar la actividad física de las personas mayores ha tenido su realizado en el programa de turismo social del IMSERSO.

Atendiendo la actividad física desde la óptica deportiva, encontramos los clubes deportivos y sus respectivas federaciones, tanto autonómicas como nacionales, que también organizan y promueven el deporte para los mayores.

Existe un gran número de programas relacionados con la actividad física y la salud en el ámbito de las personas mayores que se desarrollan en la actualidad. Los programas deportivos incluyen los siguientes tipos de especialidades:

- Programas socio-motrices, que tienen como objetivo el mantenimiento de la condición física y los aspectos cognitivos que pueden alterarse por el envejecimiento.

- Programas de Fitness, dirigidos a personas mayores con buen grado de movilidad.

- Programas dirigidos a personas mayores frágiles para la prevención de la dependencia, surgen en respuesta a ofrecer una práctica de ejercicio físico para que las personas mayores mantengan su autonomía y estado de salud.

- Programas al aire libre, que se llevan a cabo en parques lúdicos, circuitos o actividades de senderismo que se realizan de forma periódica en diferentes ciudades y facilitan la práctica del ejercicio físico.

- Programas turísticos organizados por el IMSERSO, que pueden tener un perfil de actividad física.

Hoy en día la recomendación de práctica deportiva y la implementación de programas socio-recreativos y deportivos, se está imponiendo de forma muy rápida, debido al cambio sustancial que se está produciendo en el concepto de ejercicio físico, y también al apoyo de la comunidad científica, cuyas investigaciones en diferentes ámbitos (la geriatría y gerontología, la sociología, la política, la educación…), apoyan esta línea. (Libro blanco del envejecimiento activo 2011).

3.4.- Hábitos saludables y estilos de vida.

Cuando la mayoría de ciudadanos: niños, adolescentes, adultos y mayores, consigan que la práctica de actividad física o deporte pase a formar parte de sus hábitos diarios y se preocupen por mantener una vida saludable y activa, no solamente con la realización de ejercicio físico sino también con una alimentación equilibrada, la sociedad habrá conseguido superar un reto importante y, en correlación, disminuirán los gastos en sanidad y servicios sociales.

Es necesario que la población en general adopte una actitud positiva frente a aquellas prácticas que puedan favorecer y potenciar los hábitos saludables: ejercicio físico, ejercicio cognitivo, alimentación, higiene, relación con los demás, enseñar a querer y cuidar el propio cuerpo y saber escuchar y entender el cuerpo, facilitando las herramientas necesarias para ello. Llevar unos “hábitos de vida saludables” constituye la mejor forma de prevención a cualquier edad. Los tres campos de actuación más importantes al respecto son: a) los relativos a la actividad física, b) los que tienen que ver con la alimentación, y c) la supresión de hábitos tóxicos, especialmente del tabaco. También las medidas que llamamos “higiénicas” en su contexto más amplio.

3.4.1.- Relación entre la práctica de actividad físico- deportiva y la salud en mayores.

Pastor, (1995) señala entre las principales variables que forman parte de los estilos de vida saludables: los hábitos alimenticios, la práctica de la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el consumo de drogas no institucionalizadas y medicamentos, la higiene dental, los hábitos de descanso, las conductas de prevención de accidentes, las actividades de tiempo libre, la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, los chequeos médicos preventivos, la apariencia y los hábitos de aseo personal. Es importante señalar que la actividad física no es beneficiosa por sí sola, sino que también han de tenerse en cuenta unos criterios y unas orientaciones correctas, (Sánchez Bañuelos, 1996).

En el año 1975, se realiza un primer estudio de los Hábitos Deportivos en España encargado por la Delegación Nacional de Educación Física y Deportes (que era la institución que existía antes del crearse el CSD (Consejo Superior de Deportes), posteriormente García Ferrando, desde el año 1980, y cada cinco años, realiza, analiza y estudia los hábitos deportivos de la población española, por encargo del Consejo Superior de Deportes.

En todas las investigaciones sobre hábitos deportivos realizadas en España, por García Ferrando, hasta el año 1995 inclusive, solamente se ha trabajado con la población de edad inferior a 65 años.

Ya por fin en el estudio de hábitos deportivos del año 2000, García Ferrando, (2001) incorpora al universo y la muestra, a las personas de 65 a 74 años y una de sus conclusiones es que solo practicaban actividad física el 8 %.

En el último estudio del año 2005, García Ferrando, (2006) observó en relación a la población de las personas de 65 a 74 años, que había aumentado la práctica de actividad física hasta el 17%.

Todas las investigaciones de García Ferrando, describen diferencias de las variables estudiadas en función del sexo, edad, nivel de estudios, nivel económico y la comunidad autónoma de procedencia.

La salud en la actualidad se plantea como algo más que una lucha contra la enfermedad, entendiendo la enfermedad como el "resultado de una agresión ambiental, de tipo biológico, físico-químico o psico-social y que, por tanto, el proceso generador de enfermedades está en función de una realidad social históricamente determinada que incide tanto en la calidad de vida como en la calidad del medio ambiente y de la cultura". (Antó y Martí, 1977).

Marcos Becerro, (1995) contempla el concepto de salud como algo que nos viene dado, en gran medida por nuestra herencia genética. Desde que se estableció el concepto de salud por la Organización Mundial para la Salud (O.M.S., 1960), como "el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad, la salud es un bien universal, todo el mundo tiene derecho a ella", se ha tendido a realizar diversas consideraciones con respecto a dicha definición considerando el medio social donde se desenvuelve el sujeto.

Estrechamente unido a la salud y con una relación causa-efecto directa nos encontramos con el concepto de estilo de vida, que al igual que la salud se presenta como un término subjetivo que aglutina diferentes aspectos. Según el Glosario de promoción de la salud de la Junta de Andalucía (1986) "el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización, estas pautas se deben de aprender dentro de las interrelaciones con la familia, compañeros y amigos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc.

De esta manera, la salud se considerará como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida, y para fomentarla debemos cambiar tanto las condiciones de vida como la forma en que vivimos.

Los estudios de Devis, et al. (2000), señalan que en la práctica de actividad física interviene una dimensión biológica, una dimensión personal (experiencias que han vivido las personas, vivencias personales, conocimientos generales, sensaciones percibidas, actitudes, desarrollos de capacidades, etc.) a lo que hay que añadir a una dimensión sociocultural (es decir interacciones sociales con personas de su entorno).

Estas dimensiones también son contempladas por Delgado y Tercedor, (2002), incorporando también elementos de tipo ambiental. (Ver Ilustración 11).

Ilustración 12.- Modelo de Tercedor y Delgado sobre los factores que influyen en la práctica de actividad física y deportes (2000, p.75).

La conferencia de Alma Ata, en 1978[(2)], estableció una definición de salud en la que se habla de situación óptima de bienestar físico, psíquico y social. La necesidad de "… tener en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales".

Otro matiz de interés referido específicamente a la salud de la población mayor es el que establece la diferencia entre la salud subjetiva y la salud objetiva propiamente dicha. No es lo mismo el cómo me encuentro que él como estoy. Conocer la respuesta a como me encuentro (la salud subjetiva) es fácil, basta con preguntar a los interesados. Así lo hace en España el Instituto Nacional de Estadística (INE) cada pocos años a través de las llamadas Encuestas Nacionales de la Salud (ENS). Los datos que esta fuente nos proporciona son siempre similares.

[(2)] La declaración de Alma Ata (1978), fue una *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* de la OMS y UNICEF, que se celebró en Kazajistán, sobre *la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.*

Nuestra población de más edad responde de forma mayoritaria que su estado de salud es bueno o muy bueno. Con dos matizaciones. En primer lugar a mayor edad menos respuestas positivas, aunque estas sigan dominando sobre las negativas. En segundo lugar que, a igualdad de edad, las mujeres siempre dan respuestas menos positivas que los hombres, quizás porque presentan en mayor medida enfermedades que, aun con una baja tasa de mortalidad, son generadores de molestias, como pueden ser las referidas al aparato locomotor.

La salud objetiva es otra cuestión. Resulta muy difícil tener una información precisa en torno a ella, ya que hay grandes problemas metodológicos para poder medirla de forma segura. Aquí no vale la pregunta directa, puesto que muchos procesos o son desconocidos por sus portadores o no son valorados como alteración para la salud. Rivera, (2005).

La principal preocupación de las personas mayores es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de la salud. De hecho, un 49% de las personas mayores dice que le preocupa perder su salud, el deterioro físico a un 37%, la pérdida de autonomía a un 27% y la pérdida de memoria a un 9%. Más atrás se sitúan los temores relacionados con pérdida de apoyos afectivos y relacionales: un 27% dice temer la soledad y un 18% perder amigos y familia. IMSERSO, EPM (2010). Es decir, lo que más preocupa es hacerse dependiente por cualquier causa, perder la autonomía y no valerse por sí mismo.

En España la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente. En 1993 un 37% de la población se consideraba en buen estado de salud, y en 2010 el 45%. El 55% de los hombres decía tener buena salud, frente al 37% de las mujeres. La edad aparece como una de las principales variables asociadas a una peor percepción de la salud por los españoles. Aun así, solo un 15% de la población mayor española declara su estado de salud como malo o muy malo, con una ligera tendencia descendente. (IMSERSO, EPM, 2010).

Si la práctica de ejercicio físico que se realiza genera una mayor sensación de salud y bienestar puede contribuir a que se formen actitudes positivas hacia la actividad física, lo que puede afianzar los hábitos de práctica de ejercicio físico.

Por el contrario, las actitudes negativas hacia la actividad física, provocan la ausencia de práctica de ejercicio físico, lo que genera un peor estado general de salud y bienestar. (Sánchez Bañuelos, 1996).

Un estudio de Castillo y Balaguer, (2001), revelan que, en la población española en general, los hombres se acercan al deporte más por motivos de diversión y relación social, mientras que las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y por tratar de mejorar el aspecto físico a la hora de practicar alguna actividad físico-deportiva.

Wenzel, (1982) entiende que el estilo de vida representa el conjunto de conductas, valores y actitudes adoptadas por el individuo en respuesta a su ambiente social, cultural y económico.

Así, los elementos que configuran el estilo de vida son:

• La práctica de ejercicio físico (adherencia a un patrón habitual, realizado de forma consciente).

• El tipo de alimentación (establecimiento de un plan de nutrición).

• La capacidad de modificar hábitos nocivos.

• El control del estrés y control de la vida (mantenimiento de la autonomía y capacidad de decisión en los quehaceres y relaciones personales).

• Actitud frente a la vida (tener objetivos, buscar el desarrollo personal, cuidar las relaciones personales).

3.4.2.- La Calidad de Vida.

Estos hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida y de ahí surge el “concepto de calidad de los años vividos, es decir, no considerar solamente el total de años de que vivimos, sino los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida”. Sánchez Bañuelos, (1996).

Para mediciones globales de la calidad de vida, hubo una primera época en que la mayor parte de los psicólogos sociales realizaron posturas psicologistas radicales, afirmando que la calidad de vida es fundamentalmente subjetiva, Cheng, (1988); Casas, (1989); Chaturvedi, (1991).

Poco a poco parece que el cauce de las aguas ha vuelto a la normalidad, y hoy son mayoritarios los autores que defienden que la calidad de vida debe medirse mediante combinaciones de indicadores de condiciones materiales (*objetivos*) y psicosociales (*subjetivos*). (Allen, 1991); (Casas, 1996).

La calidad de vida implica la necesidad de mejorar aquellas situaciones en las que viven las personas y que incluyen medidas o acciones encaminadas hacia un orden de convivencia y de justicia social, hacia un estado de salud óptimo y hacia una formación mínima que le permita realizarse como seres autónomos. La calidad de vida es una aspiración hacia el bienestar y la felicidad a la que todos debemos tender. (Ayuste, Romañá, Salinas, y Trilla, 2001).

En la actualidad, hablar de calidad de vida es hablar de calidad personal en todas sus dimensiones, sin olvidar el medio ambiente en el que conviven las personas. Porque calidad de vida supone *"un estilo de vida, es decir, un todo coherente ideológico, actitudinal y comportamental que posibilite la implicación personal continuada".* (Colom, Pérez, y Vázquez, 2001).

La calidad de vida no es algo individual, sino colectivo en el que influye determinantemente el contexto. Pereira y Pino, (2003). Las personas mayores que aspiran a una calidad de vida deben de ser conscientes de que las distintas edades conllevan diferentes calidades, roles y satisfacciones. (Izquierdo, 1998).

El término calidad de vida comienza a vincularse con la atención sanitaria a mediados de los años sesenta del siglo pasado. En este período, la sanidad influenciada fundamentalmente por los cambios sociales resta importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad, etc.) para centrarse y favorecer la calidad de vida humana en actuaciones que buscan, por ejemplo, aliviar los síntomas de deterioro, mejorar el nivel de funcionamiento del organismo, fomentar las relaciones sociales y la autonomía personal. Pereira y Pino, (2003). "los cuidados de salud toman un nuevo giro y se empieza a valorar el impacto de

las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social, tiempo de ocio, etc.". Martínez, y Lozano, (1988) en (Pereira y Pino, 2003).

El concepto de calidad de vida, ha sido estudiado extensamente, y son pocos los estudios que lo hacen en relación con la tercera edad, Así Pereira y Pino, (2003), lo hace con una serie de indicadores:

- La medida del estado de salud a través de la mortalidad y la supervivencia.
- La salud percibida por el propio sujeto.
- La valoración de la salud funcional a través de escalas sobre las *actividades* de la *vida diaria* (AVD).
- La valoración de la salud mental.
- El sentimiento y la percepción de los mayores ante su situación.

Otros autores han diseñado en sus estudios las siguientes dimensiones en la calidad de vida de la persona anciana:

Actividades de la vida diaria (AVD) – divididas en AVD físicas o básicas, de mantenimiento corporal básico y las AVD instrumentales.

- Salud mental.
- Salud física.
- Soporte social.
- Recursos económicos.

Martínez, V. y Lozano, A. (1998, 17); Costa, (2002); Twycross, (2001).

Estos indicadores nos ayudan a comprender la realidad social de este colectivo y a diseñar estrategias en función de las necesidades percibidas. Otro principio importante a tener en cuenta es el que afirma que *"envejecer no es lo mismo que enfermar".* (Rodríguez Moreno, 1995, 13-14).

En un estudio de Pereira y Pino, (2003), de la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico, su programa distribuido en sesiones de trabajo, cuenta con una relación de actividades que se fundamentan en tres pilares o apoyos:

a) *Apoyo emocional*, reforzando su sentido de pertenencia y autoestima.

b) *Apoyo informativo*, ayuda a la resolución de problemas concretos.

c) *Apoyo material o instrumental*, se trata de la prestación de ayuda en circunstancias difíciles de solventar desde uno mismo.

Además se realizaron sesiones grupales, que permitieron apoyar estos pilares:

a) Sesiones de presentación: mediante juegos de conocimiento y autobiográficos.

b) Sesiones de ejercicios físicos: elaboración y realización de una "Tabla de ejercicio físico saludable".

c) Sesiones sobre la alimentación adecuada: por medio del conocimiento y elaboración de la "Pirámide de los alimentos".

d) Sesiones de higiene corporal y aseo.

e) Sesiones sobre las principales enfermedades de la etapa.

f) Sesiones sobre la pérdida de seres queridos.

g) Sesiones sobre prevención de caídas.

h) Sesiones sobre la afectividad.

i) Sesiones sobre recursos socio-sanitarios de interés.

Según Gutiérrez, (2000), existen diversas opiniones acerca de qué es la calidad de vida y cómo alcanzarla.

Para algunos, significa ausencia de problemas de salud; para otros, es tener abundancia de tiempo libre para disfrutar de lo que deseen hacer. También esta es

entendida como el disfrute de medios económicos que permiten vivir con las mayores comodidades.

La calidad de vida incluye también el grado o satisfacción de las necesidades psico-fisiológicas percibidas por cada individuo, y el grado en que el ambiente es percibido como facilitador del funcionamiento de la persona.

El bienestar en la actividad física, está reflejado en los circuitos de retroalimentación de Sánchez Bañuelos (1996), (Ver ilustración 12 y 13), donde en su circuito de retroalimentación positivo la práctica de actividad física produce una sensación de bienestar y fomenta actitudes positivas hacia la práctica, por el contrario la ausencia de práctica de ejercicio físico y la ausencia de ese bienestar, no produce actividad positiva.

Ilustración 13. Circuito positivo de retroalimentación. Sánchez Bañuelos, M. (1996).

Ilustración 14. Circuito negativo de retroalimentación. Sánchez Bañuelos, M. (1996).

Si los mayores tuvieran emociones positivas, estas le ayudarían a mantener un buen estado de salud, logrando un bienestar psíquico que le ayude en su estado de ánimo, promoviendo de esta manera la práctica física, ya que todas las personas envejecen y en relación a cómo se envejece se determina la calidad de vida. Ayuste, Romañá, Salinas, y Trilla, (2001), dice que la calidad de vida es una aspiración hacia el bienestar y la felicidad a la que todos debemos tender.

Casimiro, (1999) y Castillo y Balaguer, (2001) encuentran una asociación directa entre el hábito de práctica física, buenos índices de condición física, adecuados hábitos de higiene corporal y alimentación equilibrada. Por tanto, la Educación Física como promotora de salud se revaloriza dentro de nuestra sociedad. Su contribución puede llegar a ser determinante en la creación de hábitos positivos de salud, centrados fundamentalmente en la práctica regular de actividad físico-deportiva. (Fox, 2000).

Tercedor, (2001) afirma que la práctica correcta de actividad física está asociada a beneficios psicológicos, disminuyendo estados de ansiedad y depresión, mientras que presenta una relación positiva con la autoestima, bienestar mental y percepción de la propia capacidad.

No deberíamos olvidar que, mantener hábitos y estilos de vida de salud general desde la edad adulta, es importante para tener una alta actividad social y un envejecimiento exitoso durante la personas mayores. Hecho que queda constatado en investigaciones como las de Shaw y cols. (1995) y Wiley y cols. (2000), donde se afirma que la participación en actividades de ocio y tiempo libre parece estar influenciada por ideologías sociales, sobre la conveniencia y la distribución sexual de las actividades, además de, por intereses y preferencias individuales.

En relación al envejecimiento activo, calidad de vida y ejercicio físico, Los Santos, (2002), citando a T. McDonald, afirma que para definir el concepto de calidad de vida en los mayores deberían usarse cinco categorías generales:

- Bienestar físico: refiriéndose a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.

- Relaciones interpersonales: con referencia a las relaciones familiares y el grado de integración social del sujeto.

- Desarrollo personal: que incluiría el desarrollo de todas las dimensiones del individuo, esto es, intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.

- Actividades recreativas: necesarias para mantener la socialización y buscar una recreación pasiva y activa.

- Actividades espirituales.

Los factores que parecen influir en la calidad de vida, según Fernández Ballesteros y Maciá, (1993) son los siguientes: salud, aptitudes funcionales, el ser capaz de cuidar de uno mismo, la condición económica, las relaciones sociales, el acceso a los servicios sociales y de salud, la calidad de su vivienda y, en el contexto próximo, el poder sentirse satisfecho con su vida, poder acceder a oportunidades culturales y educacionales y el tener la oportunidad de aprender nuevas cosas.

Siguiendo a Ortega Sánchez, et al. (2000) a esta lista podría agregarse la posibilidad de realizar actividad física deportiva, puesto que la práctica deportiva influye sobre el bienestar mental de las personas y sobre su nivel de calidad de vida. Está científicamente comprobado y es socialmente aceptado que llevar un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad.

El mantenimiento de la actividad física, considerada como práctica regular, como hábito de vida, es una necesidad para conservar la salud, definida por Marcos Becerro, (1995), citado en (Zagalaz Sánchez, et al., 2001), no simplemente como la ausencia de enfermedad, sino como la sensación de bienestar, la capacidad de ejercer toda clase de funciones, hasta incluso el contribuir a la propia felicidad. Zagalaz Sánchez, et al., (2001).

Así, puede hablarse del ejercicio como un aspecto más de la Psicología de la Salud: porque así lo corroboran muchos estudios. Biddle y Mutrie, (1991); Plante y Rodin, (1990); Willis y Campbell, (1992), citados en (Morilla Cabezas, M., 2001).

3.4.3.- La Percepción de la calidad de vida.

De forma generalizada, el término "Percepción", se entiende por sensación que se obtiene de la trasformación de la energía estimular en impulso nervioso, según Álvarez (1973) o Rigal (1987). De esta forma los receptores sensoriales reaccionan ante los estímulos de forma específica, proporcionando, como expone Conde Caveda, (1996), experiencias básicas y simples. Sería por tanto una captación de energía física a través de los órganos sensoriales y traducidos a estímulos nerviosos denominados aferentes.

Otros autores, como Oña (1994) y Mayoral (1982), citado por Cárdenas (1995), confieren sin embargo una función más activa a la sensación, bien porque el sujeto selecciona aquella información que desea recibir, bien porque a la recepción informativa se le acompaña de una respuesta motora que no siempre implica movimiento.

Percepción también se puede definir como el acto de organización de los datos sensoriales por el cual conocemos la presencia de un agente exterior, tenemos conciencia de que este objeto está ahí dotado de una cierta consistencia y le atribuimos ciertas cualidades según lo que sabemos de él.

La percepción no es una mera suma de estímulos que llegan a nuestros receptores interiores, también es la organización de las experiencias recibidas según nuestros deseos, nuestras necesidades, nuestras experiencias vividas. (Risko, 2002).

Al hablar de los efectos del deporte sobre la salud, es importante mencionar que éste se entiende como ejercicio regular, como un hábito de vida, practicado de manera sistemática y sostenida, diaria o casi diariamente. Hacerlo de manera esporádica, si bien es mejor que nada, no llega a tener suficiente trascendencia sobre el organismo ni sobre la mente. (Garrote Escribano, 1993); (Annicchiarico Ramos, 2002).

Así, partiendo de que el incremento en la forma física va a proporcionar un aumento de la competencia física percibida, y que ésta a su vez, está asociada a incrementos en la autoestima, podemos concluir que el autoconcepto o concepto que uno tiene de sí mismo, su estima personal en relación con su faceta física, puede ser tanto el producto como el origen de una mayor implicación en la práctica físico-deportiva. (Hellín, 2003).

Asimismo, encontramos estudios donde se demuestra que la satisfacción aumenta a medida que la práctica deportiva es más regular o habitual. Weinberg y Gould, (1996), opinan que "las personas que practican ejercicio de manera regular se sienten más seguras de sí mismas y del aspecto que tienen, hay un aumento de las sensaciones de autoestima y autoconfianza".

La calidad de vida se ha definido también, como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

La OMS en el foro mundial de la salud realizado en Ginebra en al año de 1996, ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas: un área física (la energía, la fatiga), un área psicológica (sentimientos positivos), el nivel de independencia (movilidad), las relaciones sociales (apoyo social práctico), el entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (significado de la vida).

Los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. (Ruiz Taramuel y Ochoa, 2012).

3.4.4.- La Autoestima.

El autoconcepto y la autoestima aparecen como componentes psicológicos fundamentales de la calidad de vida durante la fase adulta del ser humano. Trujillo, (2005) y del bienestar personal, García, Musitu y Veiga, (2006). La autoestima ha sido propuesta

como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor. Rodríguez, Valderrama y Uribe, (2010). Herrera et al. (2004), consideran la autoestima como predictor de la calidad de vida en las personas mayores sobre la base de una alta autoestima familiar y social y una baja autoestima intelectual, física y emocional. La autoestima también se ve reforzada por el apoyo social, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor. (Fernández y Manrique-Abril, 2010).

Los cambios socioeconómicos y de salud física vinculados a la edad suelen ir asociados a una disminución en la autoestima, Orth, Trzesniewski y Robins, (2010). No obstante, una investigación identifica los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y los relaciona con la autonomía y la percepción de *salud* de los mayores, resultando que el sentimiento de utilidad, la capacidad de tomar decisiones y tener aficiones e ilusiones se asocian a una independencia instrumental y adecuada autoestima. (López et al., 2006).

La autoestima ha sido estudiada en relación con la realización de actividades cotidianas, Durán, Orbegozo, Uribe-Rodríguez, y Uribe, (2008); Montorio, (2007), así como entre la percepción de autoeficacia, la autoestima y el bienestar psicológico con la capacidad para realizar dichas actividades. Ortíz y Castro, (2009). Y algunos otros autores, Bárcena, Iglesias, Galán y Abella, (2009); Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, (2007) señalan que bajas puntuaciones en autoestima y en bienestar autopercibido se relacionan con la dependencia funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en personas mayores.

El deterioro progresivo que implica el envejecimiento ha centrado el interés de estudios que analizan las actitudes que tiene la sociedad sobre las personas mayores y cómo éstas influyen en la imagen que los mayores tienen de sí mismos. De manera que éstos comparten una autoimagen de vejez negativa en la que prevalecen conceptos estereotipados como inutilidad, enfermedad, deterioro y carga para los demás. Arrieta y Espinosa, (2005); Shaw, Liang y Krause, (2010); Ulla, et al., (2003). La imagen negativa que se origina en la persona mayor se relaciona con lo que Reig, (2004) denomina "patrón cerrado a la vida", donde los hechos, los cambios y las dificultades son percibidos como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables.

En el lado opuesto se sitúa el "patrón abierto a la vida", en el que la persona mayor tiende a percibir los hechos, los cambios y las dificultades de la vida como desafíos a resolver, como situaciones susceptibles de aprendizaje, como ganancias en descubrimiento y comprensión.

Desde una perspectiva positiva, los resultados avalan que el autoconcepto de las personas mayores no sufre disminuciones con la edad, y que continúa siendo un recurso personal adaptativo, flexible, dinámico y resistente muy poderoso y valioso para una adaptación satisfactoria y con éxito en la vejez. (Fragoeiro, Pestana y Paul, 2007); (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Se ha comprobado que los estudios que relacionan el autoconcepto y la autoestima con distintas variables psicosociales han sido muy numerosos, sin embargo, uno de los aspectos más destacados es el relacionado con los aspectos físicos. Guillén y Ramírez, (2011). Estas relaciones han sido bidireccionales: desde aquellas que establecen relaciones entre la influencia del autoconcepto físico sobre la realización de actividades físicas y deportivas. Guérin, Marsh y Famose, (2004); Marsh, Herbert, Richards, Johnson, Roche, et al. (1994), a las que analizan la influencia de la actividad física y deportiva sobre el autoconcepto y la autoestima. (Guillén y Sánchez, 2003); (Landers y Arent, 2001); (Moreno, Cervelló y Moreno, 2007).

En el ámbito de la actividad física y el deporte se han intentado establecer múltiples relaciones entre las variables implicadas en la dimensión de la autoestima. Así, Moreno, Cervelló y Moreno, (2007) relacionaban la intención de ser físicamente activo y el autoconcepto físico; Pedersen y Seidman, (2004), relacionaban el tiempo dedicado al ejercicio físico con el grado de autoestima; Alcántara, Ureña y Garcés de los Fayos, (2002), evidencian científicamente que el ejercicio físico mejora la intensidad de la sintomatología, la condición física y la calidad de vida en diferentes tipos de población; o Rodríguez, Wigfield y Eccles, (2003), que relacionaron el impacto que tienen sobre la autoestima las valoraciones realizadas sobre el deporte o la actividad física.

Las personas mayores que practican actividad física-deportiva son todavía escasas en comparación con otros grupos sociales debido a la existencia de circunstancias,

obstáculos o barreras. Campos, Jiménez-Beatty, González, Martín y Hierro, (2011), aunque algunos autores Bergland, Thorsen y Loland, (2010); Choia, Jangb, Leea y Kima, (2010), concluyen que gozar de una alta autoestima correlaciona positivamente con la realización de actividad física.

3.4.5.- El Envejecimiento Activo.

Hay muchas afecciones para la palabra vejez, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define "viejo" como "persona de edad. Comúnmente la que cumplió 70 años".

El rasgo fisiológico más característico del envejecimiento es la disminución de la capacidad de reserva de los órganos y sistemas del cuerpo. Es decir una disminución de la capacidad de soportar agresiones (deshidratación, infección, cirugía, fiebre, etc). Pero esta disminución no es igual en todas las personas ni en todos los órganos de una misma persona. Esto hace que el colectivo de ancianos sea muy heterogéneo pudiendo encontrar personas de 90 años en mucho mejor estado de salud que otros de 70 años. (Serra, 2012).

El concepto de envejecimiento activo está dentro de la agenda política europea, ya que está dirigida, al mismo tiempo, para permitir a las personas mayores a llevar una vida sana y plena, de seguir siendo independiente y autosuficiente, contribuyendo con la sociedad al crecimiento económico, y al mismo tiempo también proporcionar oportunidades para trabajar más allá de la edad actual de jubilación.

Sucesivos Consejos Europeos han reconocido la necesidad de combatir el efecto del envejecimiento demográfico sobre los modelos sociales europeos. Una respuesta fundamental a este rápido cambio de la estructura de edades consiste en promover la creación de una cultura del envejecimiento activo como un proceso permanente y, en consecuencia, garantizar que las personas que actualmente tienen cerca de 60 años o más, cuyo número aumenta rápidamente y que, globalmente, están más sanas y mejor formadas que ningún otro grupo anterior de esa edad, gocen de buenas oportunidades de empleo y participación activa en la vida familiar y social, también a través de actividades de

voluntariado, el aprendizaje permanente, la expresión cultural y el deporte. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda su vida y que participen en la sociedad, a la vez que se les proporciona una protección, una seguridad y unos cuidados adecuados cuando lo necesiten. De ahí que el fomento del envejecimiento activo exija un enfoque multidimensional, así como responsabilización y apoyo permanente entre todas las generaciones. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

La comunidad internacional comenzó a subrayar la situación de las personas de mayores en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, aprobado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en 1982. Los Principios de las Naciones Unidas (UN) en favor de las Personas de Edad, aprobados en 1991, los Objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001, fijados en 1992, y la proclamación sobre el Envejecimiento, de ese mismo año, siguieron fomentando la concienciación internacional sobre las necesidades esenciales para el bienestar de las personas de edad. La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) aprobados en la 2ª Asamblea mundial sobre el envejecimiento fueron la continuación. (Citado en Ara, 2015).

En el año 2010, se hicieron públicas las Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, por la OMS, donde hay un parte específica para las personas mayores.

El Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional (2012) debe basarse en el legado del Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (2010) y del Año Europeo de las Actividades de Voluntariado que Fomenten una Ciudadanía Activa (2011), por lo que deben promoverse las sinergias entre estos años europeos y el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional (2012) («Año Europeo»). La diversidad de las generaciones mayores

en Europa seguirá aumentando. Por lo tanto, es fundamental promover activamente la igualdad de oportunidades y alentar la participación. Los ciudadanos activos de diferentes procedencias desempeñan importantes funciones de puente en la sociedad, fomentan la integración y contribuyen a la economía. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 22 de febrero de 2007, el Consejo y los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo adoptaron una Resolución sobre «Oportunidades y retos del cambio demográfico en Europa: contribución de las personas de mayor edad al desarrollo económico y social», en la que se hacía hincapié tanto en la necesidad de aumentar las posibilidades de participación activa de las personas de más edad, en particular a través del voluntariado, como en las nuevas oportunidades económicas («economía de plata») derivadas de la creciente demanda de algunos bienes y servicios por parte de las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de estas personas. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 8 de junio de 2009, el Consejo adoptó sus conclusiones sobre «Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres: envejecer con dignidad y llevando una vida activa», en las que reconoció que en toda la Unión, los hombres y las mujeres de más edad se enfrentan a importantes retos para llevar una vida activa y envejecer de manera digna, y propusieron una serie de medidas a los Estados miembros y a la Comisión, entre las que se incluía el fomento de políticas en favor de un envejecimiento activo, teniendo en cuenta las distintas situaciones de los diferentes Estados miembros y los distintos retos a los que se enfrentan hombres y mujeres. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 30 de noviembre de 2009, el Consejo adoptó sus conclusiones sobre «Envejecimiento digno y saludable», en las que invita a la Comisión a que, entre otras cosas, «desarrolle actividades de sensibilización a fin de fomentar el envejecimiento activo, en particular un posible Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional en 2012». (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

En su Comunicación «Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador», de 3 de marzo de 2010, la Comisión destacó la importancia que tiene para la Unión la promoción de un envejecimiento activo y saludable de la población para mantener la cohesión social y aumentar la productividad. El 23 de noviembre de 2010, la Comisión adoptó, como parte de su Estrategia Europa 2020, la iniciativa emblemática «Una agenda para nuevas cualificaciones y empleos: una contribución europea por el pleno empleo», en cuyo marco los Estados miembros deben promover, en particular, políticas de envejecimiento activo. El 16 de diciembre de 2010, la Comisión adoptó también la iniciativa emblemática «Plataforma europea contra la pobreza y la exclusión social: un marco europeo para la cohesión social y territorial».

El logro de estos objetivos dependerá de la actuación a todos los niveles de gobierno y de varias partes interesadas no gubernamentales; a su vez, dichos logros podrán beneficiarse del apoyo, a escala de la Unión, de las actividades del Año Europeo destinadas a sensibilizar y promover el intercambio de buenas prácticas. Los coordinadores nacionales deben velar por la coordinación y la coherencia de la acción nacional con los objetivos globales del Año Europeo. Se prevé también la participación de otras instituciones y partes interesadas. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 7 de junio de 2010, el Consejo adoptó sus conclusiones sobre el «Envejecimiento activo», en las que invita a la Comisión a que «continúe los preparativos para la celebración en 2012 de un Año Europeo del Envejecimiento Activo en el que puedan ponerse de relieve las ventajas del envejecimiento activo, así como su aportación a la solidaridad entre las generaciones, y darse a conocer las iniciativas prometedoras en apoyo del envejecimiento activo». (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 11 de noviembre de 2010, el Parlamento Europeo aprobó una Resolución sobre los «Retos demográficos y la solidaridad entre las generaciones», en la que pedía a los Estados miembros que hagan del envejecimiento activo una de sus prioridades para los próximos años. La Resolución hacía hincapié asimismo en que el Año Europeo debe destacar, en particular, la contribución de las personas de edad a la sociedad y crear oportunidades para fomentar la solidaridad, la cooperación y el entendimiento entre

generaciones y para que los jóvenes y las personas de edad trabajen conjuntamente. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

En dictámenes elaborados en el pasado por el Comité Económico y Social Europeo y por el Comité de las Regiones se destacan también la importancia que el envejecimiento activo tiene para Europa, subrayando, entre otros aspectos, el valor de los servicios de salud intergeneracionales. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

La Decisión 2010/707/UE del Consejo, de 21 de octubre de 2010, relativa a las directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros, insta a los Estados miembros, en las directrices n º 7 y n º 8, a aumentar la participación de la mano de obra mediante políticas que promuevan el envejecimiento activo, aumentar las tasas de empleo de los trabajadores de más edad mediante el fomento de la innovación en la organización del trabajo y aumentar la empleabilidad de los trabajadores de más edad mejorando sus aptitudes y su participación en los sistemas de aprendizaje permanente.

En la directriz nº 10 se hace hincapié en la necesidad de potenciar los sistemas de protección social, el aprendizaje permanente y las políticas de inclusión activa para crear oportunidades en las distintas fases de la vida de las personas, protegerlas contra el riesgo de pobreza y exclusión social, y reforzar su participación activa en la sociedad. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

En el contexto de la Estrategia Europa 2020, la Comisión propuso lanzar una Asociación para la Innovación en materia de Envejecimiento Activo y Saludable (AIEAS) en el marco de la iniciativa emblemática «Unión por la innovación». Esta asociación pretende hacer posible que los ciudadanos vivan de forma independiente y con buena salud durante más tiempo, y aumentar en dos el número medio de años de vida sana, de aquí a 2020. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

La Comisión está aplicando la Estrategia Europea en materia de Discapacidad 2010-2020, que contiene acciones pertinentes para las personas de más edad, dada la correlación que existe con frecuencia entre discapacidad y envejecimiento.

Son especialmente pertinentes las acciones sobre accesibilidad que siguen planteamientos de «diseño para todos». Son importantes las acciones en apoyo de una vida independiente y de la inclusión en la comunidad, entre ellas las dirigidas a las personas de más edad con discapacidad, necesitadas de un alto nivel de asistencia y con necesidades complejas, que son especialmente vulnerables y propensas a la exclusión social. Asimismo, la Unión y todos los Estados miembros han firmado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que contiene, entre otras cosas, disposiciones pertinentes para las personas de más edad. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El 29 de abril de cada año se celebra el Día Europeo de la Solidaridad entre las Generaciones. Este día brinda a la Unión una buena ocasión para renovar su compromiso de reforzar la solidaridad y la cooperación entre las generaciones a fin de promover una sociedad justa y sostenible. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

El envejecimiento activo constituye también un objetivo común a varios fondos, programas y planes de acción de la Unión, entre los que cabe citar el Fondo Social Europeo, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, el programa “Progress”, el programa de aprendizaje permanente, que incluye, en particular, el programa “Grundtvig”, el programa de la salud, los programas específicos sobre las tecnologías de la información y la comunicación y sobre ciencias socioeconómicas y humanidades del Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo, el plan de acción “Envejecer mejor en la sociedad”. (Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2012).

Una encuesta reciente del Eurobarómetro (2012) indicó que, sin dejar de oponerse a la idea de tener que trabajar más tiempo, la mayoría de la gente ahora rechaza la idea de la jubilación obligatoria a una edad determinada. A una de cada tres personas le gustaría tener la oportunidad de trabajar más allá de la edad a la que tienen derecho a una pensión.

En España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2013 ya ha hecho pública la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.

En el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con la colaboración del CSD, incluyendo dentro de la estrategia un documento para las personas mayores. Citado por (Ara, 2015).

Ilustración 15. Dimensiones sobre las que actúa las políticas públicas en el envejecimiento activo (Carta de Toronto), citado por Romo-Pérez, V. (2015).

Además, según la carta de Toronto, hay seis dimensiones sobre las que tienen que actuar las administraciones e instituciones públicas para favorecer el envejecimiento activo en el mundo. (Ver ilustración 15).

En el año 2010 el Consejo Superior de Deportes (CSD) y como instrumento difusor de las políticas europeas sobre promoción de la actividad física y el deporte presenta el *Plan Integral A+D*, Plan integral para la Actividad Física y el Deporte, y contempla ocho áreas de actuación y entre ellas una actuación para personas mayores.

Pero hay más en la agenda de envejecimiento activo que alargar la vida laboral. Hay muchas otras formas en que las personas mayores puedan seguir contribuyendo a la sociedad en su jubilación, por ejemplo como voluntario para ayudar a prestar servicios sociales y de la comunidad, por su experiencia y conocimientos.

Con un rápido crecimiento de la población activa de las personas mayores, creará nuevos mercados en expansión para los productos y servicios. En definitiva, un envejecimiento de la población no tiene por qué ser una carga para la sociedad. Por el contrario, puede ser un estímulo a las nuevas formas de trabajo, nuevas y más amplias nociones de ciudadanía.

Dar a la población de más edad la posibilidad de desarrollar todo su potencial, tanto dentro de la ocupación laboral y después de su jubilación, significará que puedan llevar vidas más interesantes y satisfactorias y permanecer más tiempo de una manera activa, saludable e independiente durante más tiempo.

Se trata de fomentar la acción a todos los niveles y el establecimiento de objetivos ambiciosos para el envejecimiento activo, centrándose en tres áreas principales:

- La creación de mejores condiciones y oportunidades de trabajo para las personas mayores.
- Ayudar a las personas mayores a desempeñar un papel activo en la sociedad.
- Fomentar el envejecimiento activo saludable y una vida independiente.

Así pues, podemos comprender la importancia que van a adquirir los hábitos saludables a lo largo de toda la vida para mantener un envejecimiento en óptimas condiciones. Estamos refiriéndonos, en suma, al estilo de vida.

Según la OMS, el estilo de vida se define como, la estructura social que mediatiza las interacciones de un individuo con los demás. Y asegura que existe una estrecha relación entre la tríada estilo de vida-envejecimiento-longevidad.

Las diferentes generaciones de personas mayores son producto de sus peculiares circunstancias sociales, económicas, educativas y políticas. Así como, de sus condicionamientos psicobiogenéticos.

Se deben potenciar políticas saludables a partir de la primera infancia, educar a toda la población sobre los valores que comporta el mantener una vida activa a lo largo de todas las etapas de la vida para avanzar en años de forma progresiva y activa.

La persona mayor seguirá así manteniendo sus hábitos saludables, no sólo con la realización de las actividades de la vida diaria, sino también con la colaboración activa en la vida colectiva, participando en programas de salud: actividad física y actividad cognitiva.

Cuando la mayoría de ciudadanos: niños, adolescentes, adultos y mayores, consigan que la práctica diaria de actividad física o deporte pase a formar parte de sus hábitos diarios y se preocupen por mantener una vida saludable y activa, no solamente con la realización de ejercicio físico sino también con una alimentación equilibrada, la sociedad habrá conseguido un reto importantísimo y, en consecuencia, bajarán los gastos en sanidad y servicios sociales.

Envejecer y envejecer activamente es uno de los principales retos de la sociedad del siglo XXI. En los países desarrollados, nos encontramos ante una realidad social que ha obligado a variar y cambiar sus políticas sociales. Para afrontar dicho cambio tanto a nivel social (con el envejecimiento de las poblaciones), como a nivel individual (con el envejecimiento de las personas), es necesario que el ciudadano tenga integrada la práctica regular del ejercicio físico y/o deporte en los hábitos de vida diaria y que además, esta práctica, sea una necesidad para lograr el bienestar físico, afectivo, mental y social a lo largo de toda su vida.

Con ello podemos comprobar como el modelo de salud y de envejecimiento saludable va avanzando hacia el modelo que los profesionales de la actividad física siempre hemos postulado, es decir, que la actividad física sea una filosofía de vida complementada por los diferentes ámbitos de la sociedad.

En la mayor parte de los modelos formulados sobre envejecimiento óptimo, si nos centramos en su perspectiva individual, están presentes una serie de características, tales como: la buena salud física, funcional, cognitiva y social, a lo que se han unido en los últimos años otros factores afectivos y de personalidad, que parecen jugar también un papel importante, (Baltes y Baltes, 1990).

Por eso, la promoción del envejecimiento óptimo, con especial atención a las condiciones cognitivas, sociales y afectivas, y a una buena salud física, son un objetivo de trabajo futuro. Fernández Ballesteros, R. et col. (2005), y con ese objetivo fundamental se trabaja por ejemplo en el Programa Formativo Universitario de personas mayores de las Universidades públicas de la Región de Murcia. (Ibáñez, Martínez González y Díaz Suarez, 2012).

La organización mundial de la salud (OMS) utilizo en 2002 la expresión "envejecimiento activo", como reto para los próximos años basados, sobre todo, en la adopción de medidas de carácter preventivo. Lo define como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad a medida que las personas envejecen".

La mejor manera de conseguir un envejecimiento saludable y de incidir favorablemente en eso que se viene llamando antienvejecimiento pasa por la prevención. Una prevención iniciada en las épocas más precoces de la vida, mantenida de manera ininterrumpida durante toda ella y que sigue conservando su valor en las edades avanzadas. Una prevención cuyo eje central debe basarse en lo que llamamos hábitos de vida, y que a nivel colectivo exige, fundamentalmente, esfuerzos por conseguir una buena educación sanitaria de la sociedad en su conjunto.

Según Gutiérrez Robledo, (1994), el envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista:

1. Cronológico: contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento.

2. Biológico: la edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico.

3. Psíquico: hay diferencias entre jóvenes y viejos y se manifiestan en dos esferas: la cognoscitiva y la psicoafectiva.

4. Social: comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad.

5. Fenomenológico: la percepción subjetiva propia de la edad.

6. Funcional: el estado funcional del reflejo fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

La actividad física moderada y sistemática puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en mayores sanos como enfermos,

incluso el retraso en la aparición del Alzheimer, según nos describe. Kutsenko, (2015), en su trabajo fin de grado denominado “Efectos de la actividad física en la enfermedad de Alzheimer en humanos y modelos animales”.

3.4.6.- La Imagen Corporal.

El concepto de Índice Corporal, que denominaremos en adelante (IC), es un concepto importante en los cambios psicológicos que se han venido produciendo en los últimos años en la vejez. La publicidad en torno a la belleza corporal ha supuesto en la persona mayor una necesidad de adecuación a esos cánones de belleza, y unas consecuencias concretas que derivan en una mayor preocupación por el sentido estético.

La imagen corporal puede ser entendida como una representación mental dinámico y en evolución del cuerpo. El concepto de la imagen corporal emerge de una jerárquica experiencia de desarrollo y mecanismos intelectuales, progresando imágenes visuales a patrones organizados que permiten abstracciones y las inferencias en mente una representación verdadera, también conocido como imaginación. La imagen corporal es una acumulación de imágenes, fantasías y propios significados sobre las partes y funciones del cuerpo. En este sentido, el cuerpo es la base de la imagen corporal. (Krueger, 2004).

El movimiento tiene un papel importante en el desarrollo personalidad completa, que ofrece nuevas sensaciones y diferenciado de los adquiridos en el estado de reposo, lo que ayuda a la unificación de partes del cuerpo y el reconocimiento del cuerpo. A través de la gimnasia, danza y movimientos expresivos, el individuo mantiene un contacto con el mundo exterior y los objetos, lo que favorece numerosas impresiones sobre tu cuerpo. Estas experiencias corporales pueden proporcionar tensado o la relajación de los músculos, influyendo directamente en la imagen corporal, (Schilder, 1999).

Otra declaración reportada por Schilder, (1999, p. 311) que merece atención es "La insatisfacción es uno de los componentes de la imagen del cuerpo que se pueden vincular a numerosos problemas psicológicos como la baja autoestima, la depresión y los trastornos alimenticios. Se caracteriza por un profundo disgusto con el cuerpo percibida, por estar relacionados con una molestia en relación con aspectos de la apariencia el propio

cuerpo. Garner y Garfinkel, (1981). Por lo tanto, la insatisfacción con el propio cuerpo causa cambios emocionales en el comportamiento y las actitudes despectivas con su cuerpo, por lo que es relevante evaluar la insatisfacción corporal entre los mayores.

Los estudios sobre la IC han ido creciendo poco a poco durante las últimas cinco décadas. La gran cantidad de investigaciones en estos últimos 50 años es sorprendente, al igual que lo es la amplia exploración que se ha realizado sobre la imagen corporal en gran diversidad de contextos. Estos progresos son asombrosos. (Cash y Pruzinsky, 2004).

Una de las herramientas más utilizadas para evaluar la insatisfacción corporal es el Silueta Escala de Gardner y Boice, (2004); Gardner, Friedman y Jackson (1998), afirman que en los últimos años, se ha incrementado el uso de siluetas para medir forma, el tamaño, el peso corporal y la insatisfacción con la apariencia. Sin embargo, este aumento está relacionado con el público que ve, y limita el número de estudios de investigación de la aplicabilidad de la silueta de la escala de la población con discapacidad visual.

Cada vez son más las mujeres mayores de 50 años que acuden a los centros de estética y cirugía plástica en busca de soluciones para el paso de los años, en un afán por adaptarse a los cambios recientes. Todo ello conlleva alteraciones en el concepto psicológico que se tiene de vejez y en trastornos relacionados con alteraciones de la imagen corporal, tales como la anorexia y la bulimia nerviosa. (Sarabia, 2012).

La imagen corporal está constituida por tres componentes que se integran en cada individuo. (Pruzinski yCash, 1990):

• Imagen perceptual: es la que brinda información acerca del tamaño y forma del cuerpo y sus distintos componentes.

• Imagen cognoscitiva: es la que comprende las creencias relacionadas con el cuerpo, los pensamientos automáticos, las inferencias, interpretaciones, comparaciones, los diálogos internos en relación con el escrutinio social, etc.

• Imagen emocional: es la que corresponde a los sentimientos acerca del grado de satisfacción o insatisfacción que experimentamos con nuestro cuerpo.

En la actualidad, las investigaciones relacionadas en el área del Índice Corporal, se centran principalmente en la figura, el peso corporal y el grado de satisfacción con la apariencia física. Los estudios muestran que aproximadamente el 50% de las mujeres mayores muestran gran insatisfacción con su apariencia física. (Allaz, et al., 1998); (Webster y Tiggeman, 2003).

La forma en que las personas perciben su IC tiene consecuencias importantes sobre su salud y su calidad de vida. Una IC positiva refuerza un estado saludable, una adaptación a los cambios adecuada y refuerza la capacidad para realizar ejercicio físico y conductas saludables. Mientras que una IC negativa se relaciona con trastornos psicológicos. Forman y Davis, (2005) y Jaeger, et all (2001), baja autoestima, Corning, et all (2006), falta de motivación y peor calidad de vida. (Sarabia, 2012).

El número de estudios sobre la IC en personas mayores está aumentando en los últimos años, pero los resultados no son concluyentes. Clarke, (2001) y Rebousin, et al. (2000), de tal forma que algunas investigaciones muestran que la satisfacción con la IC no varía significativamente con la edad, pero en otras la insatisfacción aumenta cuando las mujeres envejecen, Franzoli y Koehler, (1998). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de estudiar de forma más profunda y extensa las relaciones entre el envejecimiento, la IC y el grado de satisfacción. (Sarabia, 2012).

La vejez, con los cambios que implica, es una etapa de la vida donde el autoconcepto va a tener importantes consecuencias en cuanto a la manera de adaptarse a los cambios con éxito. (Sarabia, 2012).

El somatotipo de Sheldon, (1940) y sus características físicas asociadas se pueden resumir como:

- Ectomórfico: caracterizado por músculos y extremidades largas y delgadas y poca grasa almacenada; por lo general denominados delgados. Los ectomorfos no poseen predisposición a desarrollar los músculos ni a almacenar grasa.

- Mesomórfico: caracterizado por huesos de dimensiones promedios, torso macizo, bajos niveles de grasa, hombros anchos con una cintura delgada;

usualmente identificados como musculosos. Los mesomorfos poseen una predisposición a desarrollar músculos pero no a almacenar tejido graso.

- Endomórfico: caracterizado por un mayor almacenamiento de grasas, una cintura gruesa y una estructura ósea de grandes proporciones, por lo general denominado obesos. Los endomorfos poseen una predisposición a almacenar grasas.

La idea de que estos tipos de constituciones físicas generales se relacionan con tipos psicológicos generales no se origina con el Somatotipo de Sheldon, (1940). En líneas generales, se asemeja a ideas encontradas, por ejemplo, en el sistema de tridosha de Ayurveda; *La República*, de Platón, y fue propuesto en el siglo XX por George Gurdjieff. Además, Friedrich Nietzsche escribe que "la naturaleza...distingue" tres cuerpos fisiológicos diferentes, que corresponden a la jerarquía de La República. Las ideas de Sheldon pueden contener algo sobre la concepción del alma de Aristóteles.

Por lo tanto, para el sano desarrollo de la imagen corporal es importante el mantenimiento de la integridad y la unidad del cuerpo, mediante el desarrollo de lleno de la personalidad. Estar desarrollado plenamente, según (Schilder, 1999).

Hay que tener en cuenta que el movimiento tiene un papel importante en el desarrollo de la personalidad completa, ya que ofrece nuevas sensaciones diferentes a los adquiridos en el estado de reposo, lo que ayuda a la unificación de partes del cuerpo y el reconocimiento del cuerpo. A través de la gimnasia, danza y movimientos expresivos, el individuo mantiene un contacto con el mundo exterior y los objetos, lo que favorece numerosas impresiones sobre tu cuerpo. Estas experiencias corporales pueden proporcionar tensado o la relajación de los músculos, influyendo directamente en la imagen corporal. (Schilder, 1999).

Dicha información tiene una importancia especial para los profesionales que prefieren la medida como una práctica para ser considerado en su profesión, desde el que destaca el profesional de la educación física. La práctica de la actividad física buscar satisfacer las necesidades personales y sociales de la vida cotidiana de manera independiente y autosuficiente, puede dar al individuo una relación sana con su cuerpo, y además una evolución positiva de su imagen.

También está el concepto de autoimagen, es decir, como nos vemos, a lo largo de nuestra vida cambia esta percepción a lo largo de todo el ciclo vital. La imagen corporal sufre modificaciones con el paso de los años que requieren una adaptación y acomodación psicológica ante los mismos. (Sarabia, 2012).

Definiciones más recientes consideran la imagen corporal como "un constructo multidimensional que refleja una representación mental de la apariencia física del propio cuerpo e incluye aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos e influyen en el comportamiento". (Pruzinsky, y Cash, 2002).

3.5.- Beneficios de la práctica de actividad física deportiva (AFD) para la salud en personas mayores.

La actividad física comprende cualquier actividad muscular que incremente el gasto energético de forma sustancial. Esto incluye actividades habituales de la vida diaria que implican movimiento corporal, como caminar, ir en bicicleta, subir escaleras, hacer las tareas del hogar y comprar.

La prevalencia del sedentarismo es alta en la unión europea. En Latinoamérica, más de dos terceras partes de la población no sigue las recomendaciones de los niveles de actividad física para obtener beneficios para la salud, y en España el hábito sedentario afecta a un 40,38% de la población española mayor de 16 años.

La proporción de españoles que presenta una mala actitud de cambio hacia la actividad física es superior a la del resto de la unión europea. Estos patrones de actividad física no se distribuyen de forma homogénea en la población sino que se asocian a la clase social, los estudios realizados o los ingresos económicos.

Son bien conocidos los beneficios que aporta la práctica aeróbica en todo el organismo: incrementa la elasticidad, la flexibilidad, la estabilidad postural y mejora el nivel de percepción, etc. (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011).

El conocimiento de los beneficios que reporta la práctica sistemática de actividad física no produce unos niveles de práctica suficientes para mantener un buen estado de

salud. Por tanto, es preciso generar hábitos de práctica deportiva durante la infancia y la adolescencia, que se continúen en la edad adulta. Para ello hay que considerar las características de los procesos psicosociales para la creación de hábitos, (Miñarro, 2009).

En el estudio de hábitos deportivos del año 2000, García Ferrando, (2001) incorpora al universo y a la muestra, a las personas de 65 a 74 años, concluyendo que solo el 8% de este colectivo practicaba actividad física. Posteriormente, en el último estudio del año 2005 García Ferrando, (2006) constató que el porcentaje de personas de este colectivo que practicaba actividad física aumentó hasta el 17,4%.

Según la Organización Mundial de la Salud se prescribe una serie de recomendaciones que ayudarán a la mejora general de la persona mayor de 65 años, siendo éstas:

1. Los adultos de mayor edad deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.

2. La actividad aeróbica se desarrollará en sesiones de 10 minutos como mínimo.

3. Para obtener aún mayores beneficios, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales su actividad física mediante ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, o bien practicar 150 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.

4. Los adultos de mayor edad con dificultades de movilidad deberían dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas.

5. Deberían realizarse actividades de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.

6. Cuando los adultos de este grupo no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deberían mantenerse activos hasta donde les sea posible y les permita su salud.

El volumen de actividad física asociado a la prevención de diferentes enfermedades crónicas es variable. Aunque la evidencia actual no es lo suficientemente precisa como para justificar la formulación de directrices específicas para cada enfermedad, si es lo suficientemente sólida como para abarcar todos los aspectos de salud indicados.

Un nivel de actividad moderada superior a 150 minutos semanales está asociado a una mejora suplementaria de la salud. Sin embargo, la evidencia parece indicar que el beneficio adicional es exiguo a partir de los 300 minutos semanales de actividad moderada, y conlleva además un aumento del riesgo de lesiones.

En este sentido, Miñarro, (2009), considera que en los niveles moderados de actividad física se encuentran los mayores beneficios saludables, mientras que estos disminuyen en los altos niveles de actividad física.

El sedentarismo es hoy día muy frecuente en nuestra sociedad y constituye un factor de riesgo para una amplia patología.

La actividad física proporciona unos efectos beneficiosos múltiples que disminuyen la morbi-mortalidad general, estableciendo las diferencias entre ejercicio, actividad y forma física.

Por eso son interesantes las particularidades fisiopatológicas de los ejercicios aerobio y anaerobio y sus beneficios sobre la salud. Todo esto se puede medir con los principales procedimientos de medida de la actividad física: calorimetría, METS, cuentapasos, pulsómetros y encuestas-cuestionario.

Por lo que se deben pautar las prácticas de actividad física que se deben de llevar a cabo en una vida diaria saludable. (Escolar y col 2003).

Tabla 6: Ejemplos de cuantificación de las actividades mediante METs y que orientan para determinar cuál es nuestro gasto energético aproximado durante el día.

INTENSIDAD	ACTIVIDADES EN EL HOGAR	ACTIVIDADES LABORALES	ACTIVIDAD FÍSICA
Muy liviana (3 METS)	Ducharse, afeitarse, vestirse y cocinar	Trabajar en el ordenador o estar parado (vendedores)	Caminar lento en un sitio plano
Liviana (3 a 5 METS)	Recoger la basura, ordenar juguetes, limpiar ventanas, pasar la aspiradora, barrer	Realizar trabajos manuales en la casa o en el auto (como arreglar un desperfecto)	Caminar con marcha ligera, andar en bicicleta en sitio plano
Pesada (6 a 9 METS)	Subir escaleras a velocidad moderada, cargar bolsas	Realizar trabajos de albañilería (con instrumentos pesados)	Jugar fútbol, tenis, esquiar, patinar, subir un cerro
Muy Pesada (superior a 9 METS)	Subir escaleras, o muy rápido o con bolsas pesadas	Cortar leña, cargar elementos de mucho peso	Jugar rugby, squash, esquiar a campo traviesa

Fuente: Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Sara Márquez Rosa; Javier Rodríguez Ordax; Serafín De Abajo Olea. (2006).

Estudios realizados demuestran que el sedentarismo es el séptimo factor de riesgo en los países desarrollados. OMS, (2002) y que España es uno de los países con uno de los indicadores más altos de sedentarismo de Europa. Se calcula que más de un 70% de la población en los países desarrollados no realiza la suficiente actividad física como para mantener la salud y el peso corporal. Aunque las ciencias de la actividad física son complejas y constituyen un campo aún en desarrollo, no existe la menor duda de los peligros del sedentarismo y de que la práctica de actividad física comporta numerosos beneficios, entre los que se encuentran la reducción del riesgo de padecer diversa enfermedades y la mejora de la salud mental. (Nieman, 1998).

Hay un programa de asesoramiento basado en el médico para promover la adopción de la actividad física regular por los adultos sedentarios. El programa, basado en la evaluación del médico y en el consejo de realizar ejercicio, denominado (PACE), fue diseñado para superar algunas de las barreras actuales que existen entre médico y paciente. (Long, et al. 1996).

Aunque uno podría esperar que la intervención PACE fuera más eficaz que otros métodos de asesoramiento que no se basan en las teorías de comportamiento, el estudio de Long, et al. (1996), no fue diseñado para probar la intervención PACE contra otros enfoques de asesoramiento. Sin embargo, los resultados sugieren que tras el consejo de practicar los 3 a 5 minutos de actividad física, utilizando los protocolos de PACE, además de una breve llamada telefónica de refuerzo, puede producir importantes aumentos en la actividad de caminar entre los pacientes previamente sedentarias. Long, et al. (1996).

Para algunos autores el manteniendo de estilos saludables de vida, como la dieta equilibrada y el ejercicio, es más probable en la edad adulta si dichos estilos de vida se establecen durante la infancia. No obstante, son escasos los estudios que analizan si la participación en actividades físicas durante la adolescencia incrementa la probabilidad de que dicha participación continúe en la edad adulta. (Márquez, et col. 2006).

Por otro lado, encontramos la declaración del Consenso de Quebec de 1995, donde se refleja las pautas de cómo deberían ser un programa de actividad física para mayores y los beneficios máximos que se deberían conseguir. (Ver la tabla 7).

Las actividades deberían:

- Ser más que una carga habitual.
- Requerir un consumo mínimo de 700 kcal/semana.
- Realizarse con regularidad y si es posible diariamente.

En la práctica un ejercicio rítmico continuado como andar a paso ligero durante 20-30 minutos al día sería suficiente para cumplir estos requisitos en la mayoría de los adultos.

Para conseguir unos beneficios máximos sobre la salud, las actividades deberían:

- Incluir algunos periodos de actividad vigorosa.
- Incluir variedad de actividades.
- Afectar a la mayor parte de los músculos corporales, incluyendo los del tronco y la parte superior del cuerpo.
- Suponer un gasto de hasta 2.000 kcal/semana.
- Mantenerse toda la vida.

Tabla 7. Declaración de Consenso de Quebec sobre Actividad Física, Salud, Bienestar Fuente: Blair y Herdman, (1995).

El manual de la ACSM24 de Mahler (2007), para la valoración y prescripción de la actividad física expresa que la práctica regular de ejercicio físico previene el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas, así como también es un componente importante de una vida sana.

Los principios generales para la prescripción del ejercicio se aplican a personas de todas las edades; sin embargo, la variedad de niveles de salud y fitness que se observan en la tercera edad hace que la prescripción del ejercicio genérica sea más difícil. Se debe tener cuidado a la hora de establecer el modo o la forma de realizar la actividad, el tiempo, la intensidad, duración y frecuencia del ejercicio. Mahler (2007):

- Modo: La modalidad de ejercicio debe ser tal que no suponga un esfuerzo ortopédico importante. La actividad debe ser asequible, adecuada y agradable para el participante.

- Intensidad: debe ser suficiente como para someter a esfuerzo los sistemas cardiovascular, pulmonar y locomotor, pero sin agotarlos.

- Duración: las personas mayores inicialmente deben aumentar la duración del ejercicio más que la intensidad.

- Frecuencia: Se debe alternar los días en que se hace ejercicio con todo el peso del cuerpo con los días en que el ejercicio es de otro tipo.

La respuesta al ejercicio en los adultos mayores ha sido ampliamente evidenciada y su práctica regular contribuye al mejoramiento de la calidad y esperanza de vida. Vogel et al. (2009). (Citado en Martínez Baena, 2013).

Si se busca una mayor socialización, se demuestra que el declive físico puede ser modificado significativamente mediante la práctica de actividad física, Ekwall, Lindberg, y Magnusson, (2009); Harwood y Conroy, (2009), y que la autosuficiencia de los ancianos es una cualidad fundamental para permanecer integrados socialmente. Además, una mayor actividad social se relaciona directamente con un menor riesgo de mortalidad. Pynnonen, et all, (2012). (Citado en Martínez Baena, 2013).

También se ha demostrado que la actividad física tiene un efecto protector sobre el funcionamiento del cerebro en las personas mayores. (Rolland, Van Kan y Vellas, 2010).

Los ancianos físicamente activos presentan un menor gasto sanitario que los no activos. Ackermann, et al., (2003); Martinson, et al., (2003); Lee y Buchner, (2008).

Martínez Baena (2013) en su estudio de la importancia de la actividad físico deportiva para la salud de los mayores, cita que en la línea de estudios como los de Beswick, et al., (2010); Gillison, et al., (2009); ó Breen, Stewart y Onambélé, (2007), van dirigidos a la promoción de actividad físico-deportiva en los mayores.

Aparicio, et al. (2010), apuestan sobre la idea de que la práctica de ejercicio físico regular a través de la inclusión de programas enfocados y adaptados a personas mayores, dirigidos o supervisados por especialistas del ámbito de la actividad física y respaldados por instituciones públicas, se presenta como la mejor terapia bio-psico-social para los mayores.

3.5.1.- Factores determinantes en la práctica de actividad física deportiva: Beneficios psicológicos.

Ya los griegos sabían que inteligencia y experiencia solo funcionan al 100% cuando el cuerpo está saludable y fuerte; es decir, que espíritus y mentes fuertes sólo habitan en cuerpos sanos. Layman, (1960), escribió una revisión en la que destacaba el papel del ejercicio y el deporte para el desarrollo y mantenimiento de la salud física, así como para la salud mental. En algunos estudios recientes, realizados con diversas poblaciones, se ha puesto de manifiesto que los efectos más importantes del ejercicio no son los psicológicos, en el sentido de mejora de la autoestima y en los cambios de algunos rasgos de la personalidad. (Sonstroem, 1987); (Willis y Campbell, 1992).

Sentirse bien (o sentirse mejor). Este término hace referencia al bienestar que una persona siente durante y después del ejercicio. Mucha gente que realiza actividad física con regularidad llega a manifestar que se siente bien. El ejercicio alivia la tensión, favorece la concentración y puede producir una sensación de optimismo y bienestar. Folkins y Sime, (1981). Las conclusiones a las que llegaron fueron que la mejora de la

forma física a consecuencia del ejercicio facilitaba la aparición de estados emocionales positivos y un incremento en el autoconcepto.

En estudios realizados con niños y con ancianos. King, et al., (1992), sugiere que el fenómeno de la permanencia o adherencia existen factoras personales y ambientales, y que las situaciones parecen ser los más importantes para facilitar la permanencia o al menos son más sencillos de modificar. Entre ellos se encuentran evitar lesiones, conveniencia del ambiente donde se realiza la actividad, estatus del empleo, actitud y soporte de la pareja y número de integrantes del grupo. Un ambiente favorable y estructurado, que permita obtener metas tanto a largo plazo, mejorará las posibilidades de obtener éxito y facilitará la permanencia.

Beneficios del ejercicio sobre la salud mental desde una perspectiva psicológica y fueron resumidos de la siguiente manera por Folkins y Sime, (1981):

- La mejora de actitudes produce sensación de bienestar y maestría, que conducen a sentimientos de bienestar.

- El ejercicio aeróbico facilita el entrenamiento mediante retroalimentación.

- El ejercicio es una clase meditación y puede producir un estado alterado de conciencia.

- La realización de actividad física puede distraer de estímulos causantes de ansiedad.

La realización de actividad física en medio-ambiente donde el individuo se desenvuelve normalmente puede servir de gran ayuda. Lafontaine, et al., (1992), estudios realizados con personas que sufren depresión han puesto de manifiesto que el ejercicio aeróbico pude ser tan efectivo como la psicoterapia y prevenir la tendencia a sufrir formas moderadas de depresión.

La gente que practica la natación esta, significativamente menos tensa, deprimida, enfadada, confundida y ansiosa tras realiza la actividad física. (Berger y Owen, 1983).

De igual modo, el hacer pesas se ha relacionado con una mejora en el autoconcepto en hombre. (Tucker, 1984).

Gente que practica el yoga parece menos ansiosa, tensa, deprimida, enfadada y confundida. (Berger y Owen, 1988).

La existencia de una relación positiva entre niveles de actividad física y salud mental ha llevado a los expertos a aconsejar y animar a realizar de una forma regular algún tipo de actividad física.

En concreto, es recomendable que la gente se implique en más de una actividad, cambiando de aeróbica a anaeróbica, evitando en lo posible situaciones de competición y sin olvidar el carácter de diversión y agradable facilitador de la adherencia. (Berger y Owen, 1988).

Estudios realizados hasta ahora ponen de manifiesto los efectos positivos de la realización de actividad física en las percepciones del bienestar de los individuos; además estos tienen tendencia a percibir el mundo de una manera más positiva que los inactivos. Sin embargo no se conocen bien los mecanismos implicados en esta relación positiva, si estos son los fisiológicos, psicológicos, sociales o una mezcla de varios. (Márquez, 1995).

En algunos estudios se ha puesto de manifiesto que metas flexibles, elegidas por el propio sujeto, favorecen más la adherencia en comparación con metas rígidas y fijadas por otra persona. También parece ser de mayor utilidad las metas a largo que a corto plazo. Por ejemplo “Haré ejercicio durante seis semanas” sería más efectivo que “Correré hoy durante quince minutos” (Martin y Dubbert, 1982).

3.5.2.- Factores determinantes en la práctica de actividad física deportiva: Beneficios fisiológicos.

Sin embargo, los beneficios que la práctica habitual de ejercicio físico puede aportar a las personas mayores, según el informe “Physical Activity Guidelines for Americans” (2008), son importantes y diversos, destacando estos de una extensa bibliografía al respecto, ya que los recoge la fuente descrita abajo:

- Fuerte evidencia:
  - Menor riesgo de muerte temprana.
  - Menor riesgo de enfermedad coronaria.
  - Menor riesgo de ictus.
  - Menor riesgo de hipertensión arterial.
  - Menor riesgo de dislipemias diversas.
  - Menor riesgo de diabetes tipo 2.
  - Menor riesgo de síndrome metabólico.
  - Menor riesgo de cáncer de colon.
  - Menor riesgo de cáncer de mama.
  - Prevención del aumento de peso.
  - Mejor condición muscular.
  - Prevención de caídas.
  - Mejor función cognitiva (ancianos).

- Evidencia Moderada a fuerte:
  - Mejor salud funcional.
  - Menor obesidad abdominal.

- Evidencia Moderada:
  - Menor riesgo de fractura de cadera.
  - Menor riesgo de cáncer de pulmón.
  - Menor riesgo de cáncer endometrial.
  - Mantenimiento del peso después del adelgazamiento.
  - Mejor densidad ósea.
  - Mejor calidad del sueño.

Fuente: Libro blanco del envejecimiento activo en España. (2011).

Antecedentes de la Investigación

4

4.- Antecedentes de la Investigación.

4.1.- El año 2012, como año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.

El Parlamento Europeo y el Consejo de la UE, mediante Decisión 940/2011/CE, de 14 de septiembre de 2011, designó 2012 como "Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional" (AE2012). Esta Decisión estableció para ese Año Europeo el objetivo general de facilitar la creación en Europa de una cultura del envejecimiento activo, basada en una sociedad para todas las edades, a través de objetivos específicos, sensibilizando a la sociedad en general sobre el valor del envejecimiento activo y sus distintas dimensiones y consiguiendo que el envejecimiento activo sea una prioridad en las agendas políticas y en las administraciones públicas. Un año antes en el Catálogo General de Publicaciones Oficiales se edita en España por medio del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y su Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Libro Blanco del Envejecimiento Activo. (2011). Este trabajo pretende hacer ver la importancia de las indicaciones que se reflejan en el Libro Blanco del envejecimiento activo y ponerlas en marcha en el marco del Campus de Excelencia Internacional Universitario Mare Nostrum, que abarca las Universidades públicas de la Región de Murcia.

El sistema organizativo por el que ha optado España se ha basado en dar participación activa, fomentar la interacción y crear sinergias entre los interlocutores sociales y agentes relevantes en la toma de decisiones y permitir crear programas que globalicen estos objetivos.

A modo de justificación teórica, de comprensión y relación con nuestro estudio, relacionamos nuestro trabajo con los conceptos más actuales de educación, actividad física y calidad de vida, así como a su vinculación con la etapa de la vejez y el envejecimiento activo. Son muchas las investigaciones que señalan al ejercicio físico como un factor positivo asociado a la mejora la salud y la calidad de vida de los mayores e incrementa su nivel de independencia. La práctica reiterada de ejercicio físico es una de las terapias más importantes para retrasar el envejecimiento, según (González-Gross, 2011).

Los hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida y de ahí surge el "concepto de calidad de los años vividos, es decir, no considerar solamente el total de años de que vivimos, sino los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida". (Sánchez Bañuelos, 1996).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

De esta manera se plantean retos que solamente se podrán afrontar con información y programas específicos sobre envejecimiento activo a través de la promoción de una imagen positiva de las personas mayores, papel muy importante para nuestro grupo ya que incrementando nuestro rol activo en estos retos hará que su valor redunde en otras generaciones.

4.2.- El Libro Blanco del Envejecimiento Activo en España.

España es actualmente uno de los países pioneros en materia de envejecimiento, que ha colaborado activamente con Naciones Unidas en la organización de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, celebrado en Madrid en el año 2002 y en la organización de la II Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento, celebrada en León en el año 2007. De esta última conferencia se deriva la Declaración Ministerial de León, que recoge una serie de compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE, para avanzar en materia de envejecimiento. Entre otras actuaciones, esta Declaración Ministerial promueve las destinadas a la prevención y atención de la salud, a fomentar el envejecimiento activo, la vida independiente, la participación social y la educación a lo largo de la vida.

Durante los años pasados, los científicos sociales han seguido el rastro del envejecimiento de la población; lo han constatado científicamente y han alertado acerca de él. Ahora es ya el momento de abordarlo dando respuesta a los retos que conlleva.

Las personas mayores actuales son, en buena parte, activas, sanas; se cuidan para ser independientes y autónomas el mayor tiempo posible y demandan espacio y voz social. Tienen el deseo decidido de seguir ejerciendo sus derechos de ciudadanía y de participar en todo lo que nos incumbe y atañe como miembro de la sociedad. Y este hecho exige al tejido social en su conjunto responder a estas legítimas aspiraciones y a enriquecerse con ellas.

En la elaboración del Libro Blanco Envejecimiento Activo, se han tenido muy presentes las conclusiones y recomendaciones de todos los organismos internacionales y estos avances y desafíos. También hemos considerado de manera muy especial las conclusiones del III Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores, celebrado en mayo de 2009.

El Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo es un documento de trabajo cuyo fin es diagnosticar la situación real de las personas mayores de nuestro país, y avanzar en las ideas y posibilidades para encarar con éxito este fenómeno. A partir del él, se podrán implementar políticas y dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural aprovechando el caudal de experiencias, buen hacer e ilusión que aportan las personas mayores.

Con este Libro Blanco el Gobierno quiere responder a los nuevos requerimientos de las personas mayores diseñando un modelo innovador para la actuación en materia de políticas públicas dirigidas a ellas.

En el documento “Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador” - Europa 2020, la Comisión Europea pone de manifiesto la importancia del envejecimiento activo como elemento clave para el porvenir. Así, respalda la idea de garantizar el acceso a todo tipo de actividades y la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, independientemente de su edad. También alude a la necesidad que tiene

Europa de utilizar plenamente su potencial laboral con el fin de hacer frente a la necesidad del incremento de la competencia mundial.

España es actualmente uno de los países con un ritmo de envejecimiento más rápido, pero también somos pioneros en materia de envejecimiento activo. Participamos activamente con la ONU en la organización de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, así como en la organización de la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento, celebrada en León en 2007.

De esta última conferencia se deriva la Declaración Ministerial de León, que recoge una serie de compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE para avanzar en materia de envejecimiento.

Los objetivos prioritarios de este evento giraron en torno a:

- Destacar la importancia de la salud como base para desarrollar un envejecimiento activo.

- Identificar las claves para conseguir que las personas mayores disfruten de un envejecimiento activo y una vida independiente.

- Presentar buenas prácticas sobre envejecimiento activo a nivel europeo.

- Elaborar propuestas sobre actuaciones para avanzar en materia de envejecimiento activo y saludable en los países miembros.

El Año Europeo 2012 se consideró como un elemento destacado del importante esfuerzo previsto para el período 2011-2014, durante el cual la UE debería orientar muchos de sus programas y políticas al envejecimiento activo y establecer un marco que permita fomentar y promocionar nuevas iniciativas y colaboraciones que apoyen el envejecimiento activo a todos los niveles: Estados miembros, interlocutores regionales, locales y sociales y sociedad civil.

Se pretende dar a los Estados miembros y a las partes interesadas la oportunidad de desarrollar políticas mediante actividades específicas y el compromiso de alcanzar objetivos concretos.

El objetivo fundamental consistirá en movilizar todas las instancias posibles, de manera que se genere una actividad significativa a nivel nacional, regional, local y empresarial en toda la UE.

4.3.- La Universidad de Mayores de la Universidad Politécnica de Cartagena y el Aula Senior de la Universidad de Murcia.

En las Universidades Públicas de la Región de Murcia se han creado cursos académicos denominados Universidad de Mayores en la Universidad Politécnica de Cartagena y Aula Senior en la Universidad de Murcia, con el objetivo fundamental de facilitar a las personas mayores su desarrollo personal y social, con el espíritu de establecer una justa correspondencia con lo que ellas, mediante su trabajo y esfuerzo, han aportado a nuestra sociedad, devolviéndoselo en forma de bienes culturales, [Normativa de la Universidad de Mayores de la UPCT] (2013).

Los destinatarios de la Universidad de Mayores y el Aula Senior son personas mayores de 50 años y su Plan de Estudios está estructurado en tres cursos, divididos en dos cuatrimestres cada uno. En cada cuatrimestre los alumnos han de cursar diferentes asignaturas. Todas las asignaturas tienen una carga lectiva de 30 horas de duración, de las cuales 20 horas tienen carácter teórico y las 10 horas restantes son de carácter eminentemente práctico.

Además, complementariamente a las actividades recogidas en los planes de estudios de las universidades de Mayores, se han venido programando otras destinadas a la promoción de la práctica de actividad física de las personas mayores, tales como: Taichí, Chikung, Baile de Mantenimiento o Actividad Física Especializada, entre otras. Así mismo, en la oferta de las cinco últimas ediciones de los cursos de verano, bajo el título de *"Actividad Física y Salud en la Edad Adulta"*, se ha incluido un curso orientado a que los mayores conozcan globalmente los beneficios de la actividad física en sus vidas, a la vez que se les informa sobre aquellas actividades que pueden realizar de una forma

sencilla, accesible y saludable, en su vida cotidiana. (Ibáñez, Martínez González y Díaz Suarez, 2012).

La implementación y desarrollo del programa formativo universitario dirigido a personas mayores, lo ha revelado también como un instrumento útil para este colectivo en direcciones muy diversas, tales como:

Expansión de las relaciones sociales, tanto a nivel intrageneracional como intergeneracional, propiciadas estas últimas por el desarrollo íntegro de sus actividades en los Campus Universitarios.

- Promoción de una buena salud física.
- Incremento de sus conocimientos y de su actividad cultural.
- Fomento de la investigación entre los mayores.

Los objetivos de estos programas deportivos son:

- Realizar una actividad teórica práctica dirigida a los alumnos del aula sénior de la Universidad de Murcia relacionada con la actividad física y deportiva.
- Promover actitudes y hábitos saludables en la vida cotidiana de este colectivo.
- Iniciar en actividades físicas saludables a personas que no hayan practicado actividades deportivas anteriormente.
- Formar en los hábitos de higiene y salud necesarios para llevar una vida sana y confortable.
- Mostrar las ventajas (y los inconvenientes) de la práctica en actividades físicas habituales.
- Informar al alumnado de los conocimientos básicos de la actividad física.

- Interrelacionar aspectos matemáticos con aptitudes y actividades cotidianas.

De esta manera se pretende también fomentar y promover los hábitos saludables de estos alumnos en el desarrollo de actividades y prácticas deportivas en el entorno natural de su comarca.

Describimos como son los programas que desarrollamos en las universidades públicas de la Región de Murcia:

1) Bases teóricas del entrenamiento físico. La educación física en el contexto educativo y social. Dimensión, naturaleza y misión socio-educativa y específica de la educación física.

2) Bases fisiológicas del calentamiento y los estiramientos. Objetivos del calentamiento. Estructura y contenido del calentamiento. Activación dinámica general. Activación dinámica específica. Factores condicionantes. Principios aplicados al calentamiento. Los Estiramientos. Tipos. Métodos y beneficios.

3) Taichi para Sénior. Historia. Fundamentos. Estilos. Métodos. Formas y Practica.

4) Trabajo y métodos de flexibilidad corporal. Definición. Tipos, Métodos, Aplicaciones y fases. Medios para el entrenamiento de la flexibilidad.

5) La importancia de la fuerza en las personas adultas. La capacidad funcional del sistema neuromuscular, cardiovascular y respiratorio. Tipos de fuerza. Beneficios y contraindicaciones de mala praxis.

6) Gimnasia de mantenimiento adaptada. Sesión práctica de gimnasia y condición física adaptada al grupo de alumnos del aula sénior.

7) Musicoterapia. Objetivos. Diferencias y similitudes con la educación musical. La música como conducta humana. Beneficios de la musicoterapia en el colectivo. Tratamientos para los trastornos de la edad. Los efectos de la música en la conducta.

8) Bases teóricas de una buena alimentación y nutrición.

9) La importancia de la relajación. Métodos de Jacobson y Schultz. Definición. Técnicas. Ejercicios y Beneficios.

10) Trabajo de fuerza y resistencia práctica. Adaptaciones del trabajo de fuerza de salas en nuestra casa. Recomendaciones prácticas aplicadas.

11) Pilates para la espalda. Métodos, Estilos. Bases. La respiración. Beneficios.

12) Salud, calidad de vida y envejecimiento activo. Factores positivos para vida saludable. Definición de calidad de vida. Fundamentación. Indicadores y factores. Definición de envejecimiento activo. Expectativa de vida. El Libro blanco del envejecimiento activo en Europa y en España.

13) El Papel de los programas universitarios de mayores en la promoción del envejecimiento activo. Potenciación de las capacidades cognitivas en las personas mayores a través de las actividades planteadas en los programas universitarios de mayores.

La divulgación, el debate y el aprendizaje a través de la investigación como herramientas fundamentales en la metodología de los programas universitarios para mayores.

14) Actividades acuáticas y relajación acuática. Objetivos. Las actividades en el medio acuático. Beneficios. Tipos y desarrollo de los ejercicios. Las actividades aeróbicas en el agua. La natación y el aquafitness. Balnearioterapia.

15) Hábitos saludables y de higiene para la práctica de actividad física y deporte. Higiene corporal. Higiene postural. Hábitos deportivos. Mitos.

4.4.- El IMAS. El Instituto Murciano de Acción Social.

IMAS: INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS MAYORES DEL IMAS
(Instituto Murciano de Acción Social)
C/ Alonso Espejo, nº 7. 30007 – Murcia
Teléfono de información: 968 / 36 20 97

En el DECRETO N.º 305/2006, de 22 de diciembre, se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social BORM 29 Diciembre 2006.

1. El Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril, tiene naturaleza de organismo autónomo y está dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, de patrimonio y tesorería propios así como de autonomía de gestión, para el cumplimiento de los fines establecidos en su Ley de creación. (Ver anexo 9).

2. El Instituto Murciano de Acción Social está adscrito a la Consejería competente en materia de servicios sociales, a la que corresponde la planificación general, la evaluación y el control de los resultados de su actividad, según se recoge en su ley de creación.

Los Fines y áreas de actuación del IMAS, de conformidad con lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril son:

1. El Instituto Murciano de Acción Social se constituye con la finalidad de ejecutar las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociales de acuerdo con los principios establecidos en la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

2. Sus áreas de actuación serán:
   a. Personas mayores.

b. Personas con discapacidad.

c. Personas con enfermedad mental crónica.

d. Personas en situación o riesgo de exclusión social.

e. Cualquier otro colectivo necesitado de protección social que reglamentariamente se determine, cuando razones justificadas así lo aconsejen y los colectivos que se incluyan se encuentren entre los que el artículo 10 de la Ley 3/2003, de 10 de abril, configura como servicios sociales especializados.

3. El Instituto Murciano de Acción Social es el organismo público encargado de integrar las funciones de la Seguridad Social referidas al antiguo Instituto Nacional de Servicios Sociales (Imserso), en los términos establecidos en el Real Decreto 649/1995, de 21 de abril.

En consecuencia, asume todas las funciones traspasadas en materia de gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social para Personas Mayores, Discapacitados y población marginada, así como las que le competen respecto de la gestión de las prestaciones sociales y económicas contempladas en la Ley de Integración Social de los Minusválidos y en la Ley General de la Seguridad Social.

4.4.1.- Centros del IMAS de la Región de Murcia.

Corresponde a la Dirección General de Personas Mayores la dirección y coordinación de las competencias del Instituto Murciano de Acción Social en materia de gestión de servicios, centros, programas y planes para la atención a personas mayores, a tenor de lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril.

En especial le corresponde con respecto al colectivo de su competencia:

a) La gestión de los centros sociales, cuya titularidad corresponda a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

b) El reconocimiento del derecho de admisión en centros y servicios, tanto propios como concertados, y la gestión de la correspondiente lista de espera.

c) El reconocimiento del derecho de ingreso en centros y servicios, propios y concertados, así como las resoluciones que procedan ante incomparecencia o incumplimiento de la acreditación de requisitos por los interesados.

d) Resolver el traslado entre centros y servicios de su competencia.

e) La resolución de pérdida de la condición de usuario o de ampliación del plazo de ingreso en los centros y servicios.

f) La gestión, tramitación, control y asistencia técnica de la acción concertada para la reserva y ocupación de plazas, proponiendo al Director Gerente la celebración de convenios u otros instrumentos de cooperación.

g) La gestión de servicios, programas y prestaciones técnicas para personas mayores en centros sociales.

h) La gestión de servicios y programas de turismo social y termalismo.

i) La gestión de las prestaciones técnicas, apoyo y asistencia a los órganos de participación de las personas mayores de los centros.

j) La propuesta de resolución de concesión de subvenciones, la modificación, extinción y denegación, de las subvenciones concedidas para el desarrollo de actuaciones dirigidas a personas mayores así como su gestión y seguimiento.

k) Elaboración, desarrollo y ejecución de planes y proyectos específicos, en el marco establecido por la planificación de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

l) La propuesta para la elaboración de anteproyectos y proyectos de disposiciones de carácter general y de cualquier otra normativa específica, que elevará al Director Gerente para su tramitación.

m) La información especializada del sistema de prestaciones técnicas y servicios en el área de mayores.

n) La coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas con otras Administraciones Públicas así como con la Unión Europea sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos.

o) Cualquier otra que se le atribuya legal o reglamentariamente.

Bajo la dependencia directa de la Dirección General de Personas Mayores existirá una Subdirección General como unidad encargada de coordinar, impulsar y supervisar las unidades que conforman el citado centro directivo.

Prestará el apoyo y asesoramiento necesario al titular de la Dirección General de Personas Mayores, al que sustituirá en los casos de ausencia, vacante o enfermedad.

Tabla 8. Relación de centros del IMAS, de acción directa:

1	C.S.P.M. ALCANTARILLA
11	C.S.P.M. ARCHENA
2	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ
3	C.S.P.M. CARTAGENA II
12	C.S.P.M. CARTAGENA III
13	C.S.P.M. CIEZA
14	C.S.P.M. JUMILLA
15	C.S.P.M. LA UNION
4	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS
5	C.S.P.M. LORCA
16	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA
17	C.S.P.M. MURCIA I
6	C.S.P.M. MURCIA II
7	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN
8	C.S.P.M. ROLDAN
9	C.S.P.M. SAN JAVIER
10	C.S.P.M. YECLA

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. 2015.

4.4.2.- Centros Sociales del IMAS de la Región de Murcia.

Funciones de dichos Centros:

1.- A frente de los distintos Centros Sociales, dependientes del Instituto, con el rango o nivel que se determine en la Relación de Puestos de Trabajo, existe un Director.

2.- Dependiendo de los Directores de los Centros podrá existir una Unidad de Administración a cuyo frente estará un Administrador, con el rango o nivel que se determine en la relación de puestos de trabajo, que ejercerá las funciones económico-administrativas del Centro, bajo la coordinación y directrices de la Secretaría General Técnica a través de las Unidades Administrativas que la integran.

3.- Los centros sociales podrán contar con el número de técnicos para la coordinación sanitaria que se determinen en la relación de puestos de trabajo, según el nivel jerárquico correspondiente. Igualmente, los distintos centros sociales podrán contar con el personal que se determine en la relación de puestos de trabajo para la coordinación psico-social.

4.4.3.- Servicios de los Centros de Día del IMAS.

Los Centros de Día de Personas Mayores ofrecen una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubren, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Los Centros de los Servicios de Día, disponen de los siguientes servicios:

- Manutención.

- Asistencia social.

- Servicio de fisioterapia.

- Actividades ocupacionales.

- Actividades socio-culturales.

- Transporte.

Ilustración 16. Relación de Centros Sociales de Personas Mayores de la Región de Murcia, con algún tipo de vinculación con el IMAS.

Las plazas públicas financiadas por el Instituto Murciano de Acción Social en las que el usuario abona el precio público, en función de sus ingresos.

La norma que regula el precio público es: Orden de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, por la que se establecen los precios públicos por la prestación de los servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Sistema de Servicios Sociales con financiación Pública en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM nº 151, de 04/07/2011).

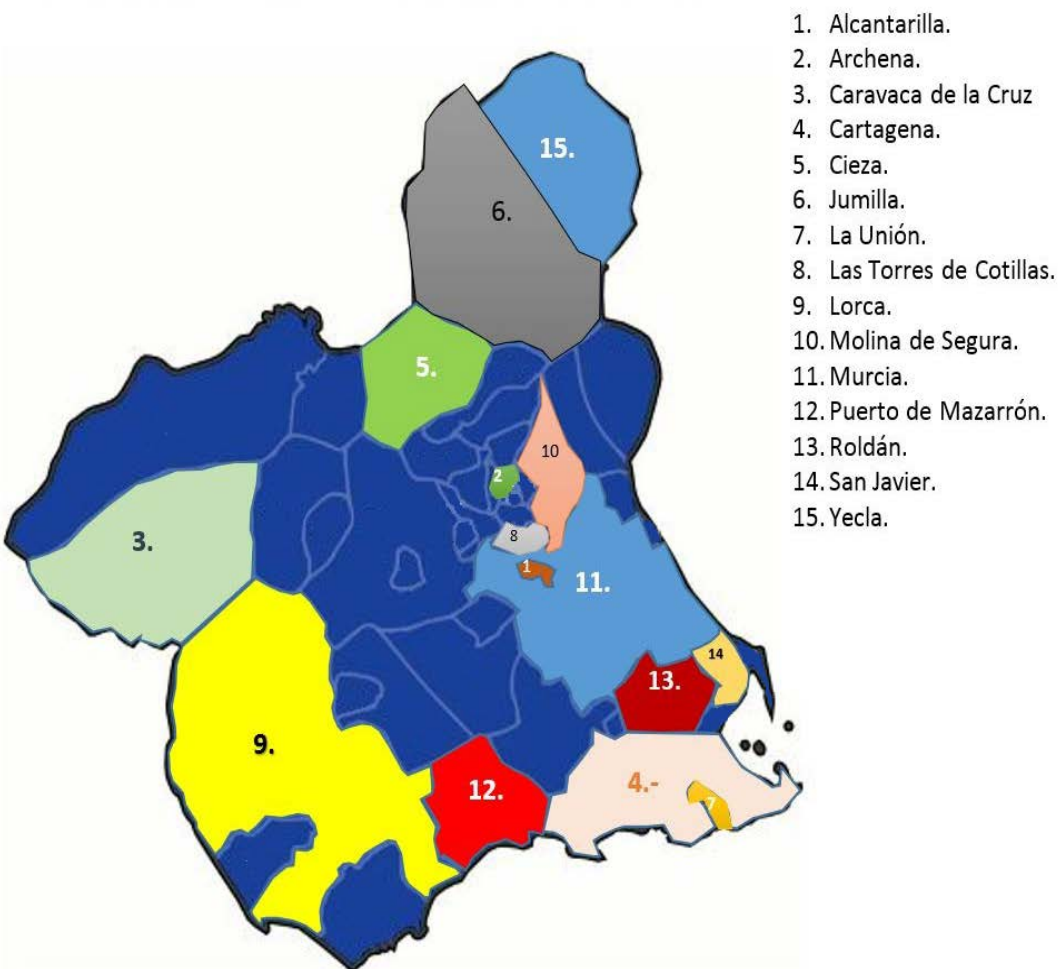


Ilustración 17. Relación de los 17 Centros Sociales de Personas Mayores, donde se ha realizado el Estudio, pertenecientes al IMAS.

Información recogida de la Web de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c$m120,128

4.5.- Investigaciones sobre las personas mayores.

En España no hay antecedentes conocidos del uso del ejercicio terapéutico en los mayores. Fue a finales de los años 80 cuando empieza a hablarse de una manera oficial por el gobierno de la nación de un plan Gerontológico con un área de Salud dónde se incluyen programas para promover el ejercicio físico y hábitos saludables de vida.

Anteriormente algunos médicos dedicados al deporte entre los que cabría destacar al Dr. Marcos Becerro inician programas de ejercicio físico dirigidos a los mayores que

posteriormente han llamado a la formación de monitores de ejercicio físico en los mayores a través del Comité Médico del C.O.E.

A principios de los años 60, surge un interés por el ejercicio físico dirigido a los mayores. Desde la dirección General de Juventud y Deportes y el INSERSO motivados por el Dr. Villegas y la Dra. Martínez Rocamora, surgen los primeros programas de ejercicio físico para la tercera Edad.

Se edita un video invitando a la población a realizar ejercicio físico como método saludable de vida. Estimulados por este principio algunos patronatos deportivos que ya cuentan con médicos de Instalaciones Deportivas, por ejemplo los de la Región de Murcia en las ciudades de (Murcia, Cartagena, Lorca, Alhama, etc.). A su vez inician la formación de grupos de ejercicio físico para los mayores.

A principios de los años 90, el IMSERSO vuelve a iniciar programas de actividad física en la tercera Edad (hogares de Murcia, Cartagena, etc.) y aprovechando el año Internacional de las personas mayores 1.993 inicia una campaña de información con charlas en todos los hogares y residencias de la tercera Edad con el lema “Camina te sentirás mejor” encaminadas a la práctica de estas actividades físicas.

Hoy día el camino está iniciado, estos programas están bien vistos en la política de bienestar social y son muchos los ayuntamientos que inician en sus pabellones deportivos la formación de grupos de ejercicio físico ante la demanda de nuestros mayores.

La introducción de nuevas técnicas y la adaptación de ellas a las patologías de los mayores que se presentan a esta edad, son la actualidad y la realidad de un campo abierto que nos sitúa en el futuro en los profesionales de la actividad física.

Por otro lado encontramos estudios sobre el interés por los estilos de vida y la actividad física en España, investigados por García Ferrando (1991), Mendoza (1988) y Mendoza y cols. (1994), Mata (1990), Urdaniz (1994), entre otros.

Searle y Iso-Ahola, (1988) estudiaron los factores determinantes del comportamiento de ocio entre los adultos jubilados. Su muestra consistió en 340 residentes de edad avanzada (63 años o más, sin desglosar por género) de Manitoba, Canadá, el muestro fue no probabilístico. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario electrónico. Los autores concluyeron que la salud es el principal determinante de la participación en actividades de ocio y destacaron la importancia de los programas y servicios que cubren las diferentes necesidades de ocio y de salud de las personas mayores.

Takamine, (2001), refiriéndose a un estudio de la población mayor japonesa, señala que parece que los factores relacionados con la salud son los principales motivos para la participación en el deporte. En Japón, el 55% de los mayores que realizan deporte, como una razón para la mejora de su salud.

Graupera, et al. (2003), en un estudio piloto investigó los motivos para participar en la actividad física. La muestra consistió en 235 mujeres mayores que participaron en programas de actividad física de la comunidad en tres municipios de la Comunidad de Madrid de España. El muestreo de la encuesta fue no probabilístico, y la muestra no era representativa de las mujeres mayores en la comunidad de Madrid. Los participantes tenían una edad media de 69,3 años (rango 50-90). Los cuestionarios se completaron mediante entrevista personal cara a cara en las instalaciones deportivas en las que se llevaron a cabo los programas.

Balde, et al. (2003) estudiaron en una ciudad no identificada en los Estados Unidos si los médicos aconsejan a sus pacientes de mayor edad a participar en el ejercicio y si los pacientes que reciben este ejercicio consejos más que los que no lo hacen. Su muestra incluyó a adultos mayores (65 años y mayores) con bajos ingresos, que viven en viviendas públicas gestionadas por la ciudad, que participaban en actividad física.

En la revisión de la literatura sobre "motivos para la realización de la actividad física y la influencia de los consejos de los médicos en los mayores aún arroja resultados inconsistentes. No Se ha encontrado ninguna escala de motivación de la actividad física para los mayores. Existen deficiencias en las metodologías empleadas: Los cuestionarios tienden a ser autoadministrados y enviados por correo, y los tipos de muestreo no

probabilístico son, más de un muestreo de conveniencia. Balde, et al, (2003); Graupera, et al, (2003); Searle y Iso-Ahola, (1988); Takamine, (2001).

Existe un cuestionario de Actividad Física y Personas Mayores que fue elaborado por Graupera y Martínez del Castillo para medir las demandas de actividad física de las personas mayores y otras variables relacionadas. Graupera, Martínez del Castillo, y Martín, (2003) y ya validado en otros estudios sobre personas mayores por Jiménez-Beatty, Martínez del Castillo y Graupera, (2006) y por Jiménez-Beatty, et al. (2007). Posteriormente este fue realizado también por González, et al. (2010). Al no coincidir los aspectos que pretendíamos investigar, con los recogidos en el citado cuestionario, tomamos la decisión de elaborar y validad un cuestionario propio.

Sigrid Vargas, (2011), en su estudio titulado Capacidad cognitiva y percepción de calidad de vida de personas entre 54 y 78 años de edad que participaron en actividades recreativas, hace un acercamiento a la percepción que tiene el adulto mayor en cuanto a su salud, para ello utiliza el cuestionario de Salud SF-36 además de otros cuestionarios, éste es realizado a varios grupos de baile y mostró resultados más positivos en la percepción del estado de salud general que tienen los adultos mayores del grupo de baile recreativo comparado con el grupo de baile folclórico y el grupo de baile popular.

Matarazzo, et al. (1984), realizan estudios de las relaciones entre el ejercicio físico y la salud, incluyéndolos dentro de su manual de psicología de la salud.

También existen investigaciones que indican la influencia de la imagen corporal en muchos aspectos del funcionamiento psicosocial, Mudarra, (2013).

Hay otro estudio donde se emplearon dos pruebas: el test de imagen corporal o cuestionario BSQ (Body Shape Questionnarie, Cooper y cols., 1987), y la escala de las nueve siluetas (Stunkard y cols., 1983). El BSQ fue elaborado por Cooper y cols., en 1987. Está adaptado a la población española. Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de Likert de 1 a 6. Permite obtener una puntuación global.

García, (2006), y en referencia a las personas de 65 a 74 años, sobre los hábitos deportivos de los españoles, obtuvo los resultados que explican que el 56% de las

personas practicaban actividad física tres veces o más por semana (siendo el grupo socio demográfico que practicaba más frecuentemente). En las instalaciones o espacios, un 42% acudían a instalaciones públicas, un 13% en instalaciones privadas y un 46% en lugares abiertos. (García, 2006).

Otras investigaciones que se relacionan con las personas mayores son cuestionarios donde se incluyen a este grupo de población, tales como:

- Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper et al. 1987) Cuestionario sobre la forma corporal.

- Situational Inventory of Body-Image Dysphoria- short form (SIBID-S; Cash et al., 2000; 2002). Inventario Situacional de la disforia con la imagen corporal – versión corta.

- Body Attitude Test (BAT; Probst et al. 1995). Test de Actitudes Corporales.

- Psychological well-being scales (PWBS) (RYFF, 1989; Van Direndonck, 2004) Escalas de bienestar psicológico.

- El Cuestionario SF-36 (CVRS), es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud.

- The Body Image Quality of Inventory (BIQLI; Cash y Fleming, 2002) Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida.

Para el desarrollo de nuestro cuestionario hemos utilizado algunas preguntas de la Escala de Motivaciones Deportivas en la estrategia de Marketing MODE de (Luna-Arocas, Mundina y Romá, 2001), ya que las considerábamos importantes para conocer la percepción de los sujetos hacia las actividades deportivas, aunque este cuestionario, eran para toda la población, incluían pregunta a personas mayores de 55 años.

Las carencias existentes a este nivel de investigación rigurosa constituyen un acicate para continuar el trabajo en este ámbito en diferentes aspectos y desde diferentes orientaciones.

4.5.1.- Investigaciones en personas mayores de la Región de Murcia.

Solamente hemos encontrado tres estudios sobre personas mayores en la Región de Murcia, uno sobre repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad en personas mayores de Garcés de Los Fayos, Alcántara y Ureña, (2002), y habla sobre la influencia que tiene la realización de un Programa de Actividad Física Gerontológica (de 27 semanas de duración en personas mayores).

El segundo, del Servicio de Promoción Deportiva de la Universidad Politécnica de Cartagena, que confeccionó una encuesta para determinar la medida de los hábitos saludables en actividad física deportiva de los alumnos de la Universidad de Mayores de la Universidad Politécnica de Región de Murcia en el curso académico 2012-2013. Ibáñez, (2012).

El tercero también en la Universidad Politécnica de Cartagena, sobre un programa formativo universitario para personas mayores de 50 años dentro del ámbito de la Universidad de Mayores de la UPCT. Cuyos autores son (Ibáñez, Martínez y Díaz, 2013).

Marco Experimental

5

5.- Marco Experimental.

5.1.- Planteamiento y diseño de la investigación.

En el ámbito de la Sociología del Deporte, García Ferrando, (1990), ha planteado la necesidad de considerar el pluralismo del pensamiento sociológico y el deporte a la hora de determinar el modelo teórico para este tipo de investigaciones. La misma complejidad de la realidad social impide que un único modelo teórico pueda dar respuesta a las necesidades que su estudio implica. Ningún modelo teórico puede aspirar a conocer la realidad social en su totalidad, al ser completamente objetivo y omnicomprensivo, por lo que se postula la adopción de un pluralismo cognitivo para los fenómenos sociológicos. Hace falta diversidad de modelos teóricos y de perspectivas metodológicas para tratar de describir y explicar una realidad social que es multidimensional, contradictoria y ambigua. (Ruiz Cazorla, Chinchilla y Ruiz Cazorla, 2010).

Como señalan Díaz y Martínez (1998), toda política que pretenda difundir la práctica deportiva entre la población debe tener en cuenta como elementos fundamentales: el punto de vista del practicante, su grado de interés por el deporte y el grado de satisfacción que le proporciona o cree que le puede proporcionar la actividad física y deportiva.

Los criterios fundamentales que han guiado la toma de decisiones, tanto en lo que se refiere a la elección de la técnica de recogida de datos como al diseño definitivo, han sido su adecuación al objetivo principal de la investigación, así como la necesidad de ofrecer resultados específicos.

En el estudio que planteamos en este trabajo analizamos los hábitos saludables, la imagen corporal, la calidad de vida y los hábitos deportivos, en concreto, en lo referido a la práctica de actividad física, del colectivo de personas mayores que participan en el Instituto Murciano de Salud (IMAS). Los resultados de este estudio nos aportarán una información muy valiosa, que nos permitirá incidir en la elaboración de programas dirigidos a personas mayores, que cubran los siguientes objetivos: mejora de sus hábitos de actividad física, incremento del número de personas mayores que practiquen actividad física, fomento de la práctica deportiva de estas personas mayores y, por último, desarrollo de su bienestar físico y social.

5.2.- Objetivos generales y específicos de la investigación.

El objetivo general de esta investigación ha sido conocer los hábitos de vida, calidad de vida, percepción y hábitos de práctica de actividad física y deporte, del colectivo de personas mayores de los centros del IMAS de la Región de Murcia.

Los objetivos específicos se desglosan en estos:

- Realizar un análisis de los factores sociodemográficos de las personas mayores de los centros del IMAS de la Región de Murcia.

- Obtener datos reales de la percepción que tiene la población muestral sobre la actividad física y el deporte.

- Conocer la percepción de la población muestral sobre su imagen corporal.

- Analizar las características personales de ocio y tiempo libre de los encuestados en relación a la práctica de la actividad física y el deporte.

- Elaborar un análisis sobre la percepción del estado de salud propio de las personas que realizaron el cuestionario.

- Confeccionar un estudio sobre la percepción de la calidad de vida de las personas mayores de la Región de Murcia.

- Crear observaciones sobre los aspectos sociales de la práctica deportiva de este colectivo de mayores.

- Proporcionar información veraz y productiva a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sobre los programas de actividades deportivas que ofertan en sus centros.

5.3.- Metodología para el diseño de la investigación.

El marco metodológico en el que se enmarca el estudio que se ha llevado a cabo es el de la metodología selectiva, estando ésta entre las más utilizadas dentro de la investigación social, siendo en el ámbito deportivo muy adecuada por las grandes aplicaciones que presenta. Esta metodología recibe esta denominación al referirse a la adecuada selección de sujetos y variables que permite apuntar al representatividad como la condición *sine qua non* de esta metodología. Anguera, (2003). Según (Delgado y Prieto 1997).

Esta metodología es de las más utilizadas debido a una serie de características esenciales que se plantean en su utilización. En este sentido Anguera (2003) establece los siguientes cincos aspectos:

- Elicitación de la respuesta: referida a la posibilidad de preguntar directamente a los sujetos que son el objeto de estudio.

- Uso de instrumentos semi-estandarizados o estandarizados: se emplea un instrumento adecuado a los destinatarios.

- Selección de variables adecuadas al objeto de estudio.

- Relación de covariación existente entre las variables de estudio.

- Investigación preferentemente nomotética: se aplica exclusivamente a un colectivo de individuos.

El proceso de aplicación completo de la metodología selectiva contempla las siguientes fases, Anguera, (2003):

- Planteamiento del estudio.

- Elaboración de instrumentos en función del tipo más adecuado.

- Uso del instrumento considerando el plan de muestreo, selección de la muestra y recogida de datos.

- Transformación y análisis de los datos.

- Elaboración del informe.

Los distintos instrumentos que pueden existir dentro la investigación en metodología selectiva según establece (Padilla-García, González-Gómez y Pérez-Meléndez, 1998) son:

- Entrevista: Instrumento de pasación oral que requiere la interacción entre entrevistador y entrevistado.

- Cuestionario: Sistema de recogida amplia de información sobre los objetivos propuestos. Se suele identificar con un sondeo o medida masiva de la opinión de un amplio colectivo de individuos.

- Test: Instrumento estandarizado de medición psicológica diseñado para cuantificar diversos atributos de un individuo.

- Escala de apreciación ("rating scale"): Instrumento que requiere la ordenación de un atributo o dimensión, que no siempre es fácil y posible, caracterizándose por un alto riesgo de subjetividad.

5.4.- Instrumentos para la recogida de datos: el cuestionario.

El tipo de instrumento empleado en esta investigación es el cuestionario, el cual podemos definir como el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta (García-Alcaraz, et al., 2006).

El cuestionario constituye un procedimiento sistemático y flexible que abarca desde la decisión inicial de elaborar un instrumento hasta los posibles controles de calidad, pasando por la aclaración de los objetivos que se pretenden alcanzar, el diseño del

instrumento, la redacción y elaboración de las preguntas que se incluirán en el mismo, la realización de un estudio piloto, para finalizar la edición del documento que recoja las preguntas de forma ordenada (Anguera, 2003).

5.4.1- Clasificación del Cuestionario.

Anguera (2003), indica la existencia de diversos criterios para poder clasificar los cuestionarios atendiendo a las siguientes condiciones:

- Según la cientificidad, los cuestionarios pueden ser descriptivos (conocer cuál es la distribución de una determinada muestra) o explicativos (determinar las razones por las que sucede un fenómeno).

- Según la forma de administración nos encontramos cuestionario personal cara a cara (más utilizado y costoso), el cuestionario por correo (abarca mayor número de población) y cuestionario mediante entrevista telefónica (bajo coste, mayor accesibilidad a las personas y buena tasa de respuesta). En la tabla 2.1. se muestra una comparación de las principales formas de administrar cuestionarios.

- Según el contenido pueden existir cuestionarios relativos a hechos (recabar información sobre un acontecimiento), sobre acción (qué actividades realizan los encuestados), sobre opiniones (obtención de información subjetiva), sobre intenciones (conocer los propósitos de la población) y cuestionarios actitudinales (lograr información sobre aspectos cognitivos).

- Según la dimensión temporal, se distinguen cuestionarios sincrónicos o transversales (referidos a un momento dado), diacrónicos o longitudinales (estudian los fenómenos en momentos distintos) y cuestionarios de cohortes o longitudinales-transversales (estudian las generaciones de individuos previamente caracterizados).

- Según el tipo de pregunta, los cuestionarios pueden presentar atendiendo al grado de apertura, preguntas abiertas (no preestablecidas previamente) o

cerradas (especifican las posibles respuestas); el modo de respuesta (abiertas, escalares, de clasificación o categorizadas), según la finalidad pueden ser directas o indirectas, y por último, depende de la función que cumplan (filtro, sinceridad, control, etc.).

Tabla 9. Comparación de las formas de administración de cuestionarios.

Método de administración	Tasa de respuesta	Presupuesto o coste	Rapidez de administración	Profundidad de los datos	Tamaño del cuestionario
Autoadministrado (individual)	Media	Medio (pago de recolectores)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado (grupal)	Alta	Bajo (sesiones)	Rápido	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado (envío por correo)	Baja	Bajo (envíos)	Lenta	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado por correo electrónico o página web	Baja	Bajo (diseño electrónico)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Entrevista personal	Alta	Elevado (pago a entrevistadores y gastos de viaje)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Entrevista telefónica	Alta	Bajo (llamadas telefónicas locales y entrevistadores)	Rápido	Baja	Corto

Fuente: Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista (2006).

Existen determinados códigos, puntuaciones y escalas que transforman las respuestas en variables para poder ser analizadas estadísticamente. En este sentido cabe destacar los que describe (García-Alcaraz et al., 2006):

- Escala Likert (rangos sumativos): comprende varias frases que expresan una opinión, grado de acuerdo o desacuerdo sobre un tema.

- Escala Guttman: consiste en una escala constituida por proposiciones rigurosamente jerarquizadas, en las que la adhesión a una proposición de cierto nivel implica necesariamente la adhesión a las proposiciones de nivel inferior.

- Escala de categorías: presentación a los encuestados de una escala en forma lineal con los límites claramente definidos (por ejemplo, entre 0 y 10).

En nuestro cuestionario se utilizó la escala Liker, ya que facilita la respuesta de los encuestados. Dicha escala consiste en formular proposiciones relativas a una serie de atributos de un objeto, y que el entrevistado exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con la pregunta formulada en una escala de 5 categorías en este caso, pudiendo ser de diferentes categorías según el tipo de encuesta.

La documentación existente sobre esta escala recomienda que sean 7 categorías posibles con variación de dos puntos arriba o abajo, ya que cuanto mayor sea el número de categorías, más precisa será la escala y cuando el número de categorías es amplio, cosas que sucede cuando se dispone de 5 o más categorías, los códigos asignados a las categorías tienen las propiedades de los números, es decir, la escala se convierte en métrica, Grande y Abascal (2007). Del mismo modo y para terminar de justificar la escala, y atender que esta cumple todas las características que debe poseer, Lozano y de la fuente (2009), se deben de observar estas reglas:

- Solo se puede preguntar un aspecto en cada ítem.
- La redacción de las preguntas debe ser clara y concisa.
- El enunciado debe ser coherente con el formato de respuesta.
- Las alternativas de respuesta han de ser equidistantes.

5.4.2.- Fases del Proceso de confección y validación del cuestionario:

- Proceso de Creación del Cuestionario.
- Marco Teórico de la Investigación.
- Trabajo y Discusión de los Ítems.
- Revisión del Panel Delphi.
- Redacción de los Ítems.
- Evaluación de Jueces Expertos.
- Depuración de Ítems no válidos.
- Estudio Piloto del Cuestionario.

- Confección del Cuestionario Definitivo.

5.4.3.- Limitaciones, riesgos y cautelas asociadas a los cuestionarios.

Al margen de que un cuestionario cumpla con los criterios de validez y fiabilidad, es importante la realización de pruebas piloto para prevenir posibles errores tales y como indica (Anguera, 2003):

- Situar verticalmente las posibles categorías de respuesta, y cada una de ellas unidas con puntos especiados hasta donde ha de marcarse la respuesta.

- Las categorías de respuesta deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes.

- Respecto a la categoría de respuesta no sabe/ no contesta, es importante distinguir que el individuo deje de responder, bien porque no se le formula la pregunta o porque el encuestado la omite, ó que elija esta categoría de respuesta.

- El tipo de pregunta se deberá seleccionar en función del objetivo propuesto y de las necesidades de análisis de datos.

- Los códigos que se utilizan han de plantearse de forma uniforme para todos los ítems relativos a preguntas de estructura similar.

- Un punto importante es que todos los cuestionarios deben de tener un número de identificación personal para poder llevar un control sobre ellos, ya que éstos deben ser totalmente anónimos.

En comparación con la observación, los cuestionarios proporcionan información “blanda”, además de afirmaciones y no mediciones, donde las respuesta no siempre reflejan la realidad sino la percepción que tiene de ellas el entrevistado (García-Alcaraz et al., 2006).

Por último, es interesante destacar por un lado que podemos encontrar errores asociados a la aplicación del cuestionario, como puede ser la falta de formación de los

encuestadores, los cuales deben estar siempre controlados independiente de la forma en que se pase el cuestionario y se deben repasar los datos una vez recogidos para comprobar que todos estén correctos. Por otro lado, los errores asociados al tratamiento de datos, como los errores en la codificación de los ítems, errores asociados al registro y grabación de los datos o en la preparación de los mismo para el análisis (Anguera, 2003).

Al utilizar un cuestionario es importante conocer en qué medida está adaptado culturalmente. La mayoría de los instrumentos sobre actividad física se han desarrollado en otros países, pero para su utilización en España es necesario realizar una adaptación de la cultura de origen a la nuestra.

Es importante tener en cuenta que el proceso de validación de un cuestionario no finaliza con la realización de un estudio de investigación; son su uso y la investigación en diferentes contextos y poblaciones los que nos permiten documentar la validez del contexto.

5.5.- Elaboración del cuestionario. Diseño y variables.

5.5.1.- Validez y fiabilidad del cuestionario.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó una fuente cuantitativa, concretamente un cuestionario cerrado, cuya información puede analizarse cuantitativamente. Como ventajas destacables de su utilización cabe destacar la estandarización, la facilidad en el tratamiento de los datos y la posibilidad de realizar estudios parciales. (Grande y Abascal 2005).

5.5.1.1.- La validez.

En todos los instrumentos que tengan por objeto la recolección de datos, es indispensable que recojan los requisitos de validez, confiabilidad y objetividad.

El término validez se refiere al grado en que un instrumento mide realmente aquellas variables que pretende medir. La validez es una cuestión compleja que debe

alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica, Hernández-Sampieri et al., (2006). La validez es un concepto en el cual puede tenerse diferentes tipos de evidencias:

- La validez de contenido: es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, Hernández-Sampieri, (2006). El dominio del contenido normalmente viene determinado por los estudios y la literatura precedente.

- La validez de criterio: es el grado en el que las puntuaciones de una prueba se relacionan con algún estándar o criterio reconocido, Thomas & Nelson, (2007). Cuánto más se relacionen los resultados del instrumento con el criterio, la validez será mayor.

- La validez de constructo: es probablemente la más importante, debe explicar el modelo teórico que subyace a la variable de interés. Se puede definir como el grado en el que una prueba mide un modelo ideal, Thomas & Nelson, (2007); se establece normalmente relacionando los resultados de la prueba con algún comportamiento.

Cabe distinguir dentro de este tipo de validez la *convergente* que permite comprobar que los constructos que se esperan recibir estén relacionados; y la *discriminante* o *divergente* para probar que los constructos que no deberían tener ninguna relación, no la tienen.

- La validez de comprensión: se define como la capacidad de los sujetos entrevistados de entender las preguntas que se le formulan en el instrumento y que permite conocer el grado de comprensión o entendimiento de forma cualitativa o cuantitativa.

La validez total de un instrumento se evalúa sobre la base de todas las evidencias anteriores, cuanto mayor evidencia en cada uno de sus aspectos tenga un instrumento más se acercará a representar la variable de interés que se pretende medir.

5.5.1.2.- La confiabilidad.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en el que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados consistentes y coherentes

(Hernández-Sampieri et al., 2006). La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas, las cuales son:

- Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest): se calcula aplicando a los participantes la misma prueba dos veces y luego obteniendo un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de ambas aplicaciones.

- Método de formas alternativas o paralelas: este método se calcula a través de un coeficiente de correlación entre los resultados de dos pruebas supuestamente equivalentes.

- Método de mitades partidas: se calcula por medio de un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de las mitades del instrumento (se correlacionan los resultados de una mitad del instrumento con los resultados de la otra mitad, aparentemente equivalente).

- Medidas de coherencia interna: coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach (α) y los coeficientes KR-20 y KR-21. Este método requiere una sola aplicación y su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento.

Todos estos coeficientes oscilan entre 0 y 1, donde el valor “0” significa nula confiabilidad y “1” representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). No existe una regla que indique a partir de qué valor no hay fiabilidad del instrumento, pero podemos decir que, de forma general, si se obtiene “0.25” o menos en el coeficiente indica una baja confiabilidad, si se encuentra entre “0.26” y “0.5”, la fiabilidad es media o regular, y por el contrario, si supera el “0.75” es aceptable, y si es mayor de “0.90” es elevada, para tomar muy en cuenta.

5.5.1.3.- La objetividad.

La objetividad del instrumento se refiere al grado en el que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan, Hernández-Sampieri et al., (2006). Esta se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instrucciones y

condiciones para todos los participantes) y en la evaluación de los resultados; y emplear personal capacitado y experimentado en el instrumentos.

5.5.1.4.- Relación entre validez y confiabilidad.

Un instrumento de medición puede ser válido pero no necesariamente fiable o viceversa, por ejemplo, un aparato puede ser consistente en los resultados que produce, pero no llega a medir lo que se pretende. Por eso es un requisito esencial que un instrumento demuestre ser válido y fiable al mismo tiempo.

Hernández-Sampieri et al. (2006) muestran una serie de factores que pueden afectar a la relación entre la validez y la confiabilidad, tales como:

- La improvisación: elaborar un instrumento de medición es algo que no se puede considerar a la ligera; no se puede hacer un instrumento de un día para otro porque esto habla del poco conocimiento que se tiene sobre el proceso para construir un instrumento.

Este proceso requiere un cierto tiempo y es importante realizar previamente un análisis de revisión de la literatura existente.

- La utilización de instrumentos desarrollados en el extranjero: muchas veces se escogen instrumentos validados en inglés y se realiza la traducción del mismo y se pasan sin adaptarlos previamente al castellano, ni al contexto temporal y cultural del momento.

- Escoger un instrumento inadecuado para las personas a quien se le aplica: es común en investigadores inexpertos utilizar instrumentos validados para un determinado grupo de edad e intentar aplicarlos en edades diferentes cuando éste no es empático.

- Errores asociados a la deseabilidad social: tendencia a asentir a todo lo que se pregunta, dar respuestas inusuales o contestar siempre negativamente.

- Las condiciones de aplicación del instrumento: el ruido, la iluminación, la temperatura, el uso de instrumentos largos y tediosos o la hora en la que se realice pueden afectar negativamente a la fiabilidad y validez del instrumento.

- La falta de estandarización: puede pasar que las instrucciones no siempre sean las mismas para todos los participantes, el orden de las preguntas distinto, etc.

Una buena forma de evitar estos problemas es realizar una revisión exhaustiva de la literatura y comprobar que se ha hecho en otros trabajos para saber cómo actuar correctamente.

5.5.1.5.- El análisis factorial.

El análisis factorial es una técnica estadística multivariante cuyo propósito es sintetizar las interrelaciones observadas entre un conjunto de variables en una forma concisa y segura como una ayuda a la construcción de nuevos conceptos y teorías. Para ello utiliza un conjunto de variables aleatorias inobservables, que llamaremos factores comunes, de forma que todas las covarianzas o correlaciones son explicadas por dichos factores y cualquier porción de varianza inexplicada por los factores comunes se asigna a términos de error residuales que llamaremos factores únicos o específicos.

El análisis Factorial puede ser exploratorio (AFE) o confirmatorio (AFC). El análisis exploratorio se caracteriza porque no se conocen a priori el número de factores y es en la aplicación empírica donde se determina el número. Por el contrario, en el análisis de tipo confirmatorio los factores están fijados a prior, utilizándose contrastes de hipótesis para su corroboración. (García Jiménez, Gil Flores y Rodríguez Gómez, 2000).

5.5.1.6.- El análisis factorial exploratorio.

Primeramente en esta investigación se realizó un AFE con vistas a estimar la exigencia del número de factores latentes en los que se agrupan variables objeto de estudio con vistas a realizar un AFC que explicara el modelo teórico de 6 factores latentes existentes en el cuestionario inicial. Uno de los requisitos que debe cumplirse para que el análisis factorial tenga sentido, es que las variables estén altamente inter-correlacionadas (es decir que si estas no existen, son de valor bajo o no tienen una correlación alta con el mismo factor al que pertenecen), entonces no tiene sentido realizar el análisis factorial.

Para ello existen una serie de indicadores que al realizar el AFE nos aportan la información del grado de asociación de las variable. Tomaremos como referencia el *Test de esfericidad de Bartlett*, que contrasta bajo la hipótesis de normalidad multivariante, que analiza si la matriz de correlación de las variables observadas es idéntica, lo que indicaría en este caso que las inter-correlaciones entre las variables seria cero, confirmándose la hipótesis nula y descartando así la posibilidad de estudiar la estructura factorial del cuestionario. (García Jiménez, Gil Flores y Rodríguez Gómez, 2000).

Otro aspecto que tenemos que tener en cuenta es la adecuación de la muestra. Tomaremos como indicador el KMO propuesto por Kaiser, Meyer y Olkin y que indica la fuerza de las relaciones entre las variables eliminando la influencia del resto. KMO es un índice que toma valores entre "0" y "1" y se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial de forma de cuanto más pequeño sea su valor, menos deseable es realizar el análisis factorial. Así en la (tabla 10), Kaiser, Meyer y Olkin aconsejan los valores óptimos para la realización de AFC:

Tabla 10. Valores Óptimos de KMO para aconsejar la realización de AFC.

KMO. ≥ 75	Muy aconsejable.
75 > KMO ≥ 50	Aconsejable.
KMO < 50	Inaceptable.

Fuente: García Jiménez, Gil Flores y Rodríguez Gómez (2000).

Una vez que se ha comprobado a través de los indicadores que el AFC es posible de realizar, se tiene que tener en cuenta una serie de condiciones a la hora de realizar el AFE relativos a la extracción de los factores, la rotación elegida, así como los valores mínimos de saturación, que permiten considerar que un ítem no satura lo suficiente en el factor que debe hacerlo.

- Extracción de los factores: hay varios métodos para realizarlo, usando los componentes principales, ejes principales, máxima verosimilitud, los cuales adoptan la hipótesis de normalidad multivariante, resultando más importante sobre los demás ya que las estimaciones obtenidas no dependen de la escala media de las variables. Del mismo modo, permite seleccionar el número de factores a extraer para contrastar la hipótesis

inicial. En el presente trabajo realizamos la extracción inicial de forma exploratoria, optando finalmente por una extracción forzada a "4" factores entre los que se interpretó de una explicación lógica la forma de agruparse las variables en dimensiones o factores.

- Método de rotación: Entre los diversos métodos de rotación existentes se optó por el de rotación Varimax, el cual minimiza el número de variables con cargas altas en un factor tratando de mejorar la interpretación de los factores.

- Saturación de los factores: Entre las posibilidades sobre las diferentes saturaciones de los ítems con el factor al que pertenecen, el investigador debe decidir cuál es el mínimo exigido para que un ítem siga formando parte del mismo, Kline (2005). Dadas las exigencias del posterior AFC se estimó para la presente investigación que la mínima saturación posible en la AFE para pertenecer al factor Fuera de "0.30".

- Variancia Explicada: Por último, hay que tener en cuenta el porcentaje de varianza que resulta de nuestros valores utilizados y que explican los factores latentes en la escala y la variabilidad total, obteniendo los grupos de ítems que satura cada factor una vez rotados.

5.5.1.7.- El análisis factorial confirmatorio.

Con el objetivo de confirmar la dimensionalización anterior, se aplicaron modelos de ecuaciones estructurales, evaluando así la estructura factorial del instrumento.

A diferencia de lo que sucede en el AFE, una característica del AFC es que el investigador debe concretar de antemano todos los aspectos relativos al modelo, aspectos que deben estar sólidamente fundamentados en la teoría previa y en la evidencia conocida. Se deben especificar con anterioridad que factores e indicadores forman el modelo, saturaciones de cada factor, relaciones entre factores entre sí como otros condicionantes que se detallan en el apartado de resultados de este trabajo.

Para realizar la AFC se utilizó el programa Amos 20.0[(1)], y se obtuvo una serie de parámetros o índices, tanto globales como parciales, que indicaban el ajuste del modelo.

[1] El programa AMOS 18.0 permite la estimación y contraste de modelos estructurales mediante un sencillo y cómodo interface gráfico

5.5.1.8.- Fiabilidad. (Test-retest y coeficientes de consistencia interna).

Una escala es fiable cuando proporciona resultados consistentes cada vez que se realizan mediciones con ella, cuando siempre mide lo mismo. Grande y Abascal (2005). Por tanto, se asocia el concepto de fiabilidad al de precisión, de forma que un instrumento aplicado varias veces debería arrojar valores similares. (Morales Vallejo, 2007).

En el ámbito de las ciencias sociales y de los test, el concepto de finalidad desemboca en diversos métodos o enfoques de comprobación que se traducen en unos coeficientes de fiabilidad. Morales Vallejo (2007). Calcular el coeficiente de fiabilidad en una nueva muestra es una de las recomendaciones de la American Psychological Association (2001), como de expertos investigadores españoles.

Morales Vallejo (2007); Grande y Abascal (2005). Dicen del mismo modo, que conviene aclarar que la fiabilidad no es una característica de un instrumento sino de resultados y de las puntuaciones obtenidas en ellos, con lo que un instrumento puede medir o clasificar muy bien a los sujetos de una muestra y mal, con un margen de error grande, a los sujetos de otra muestra. Por esta razón, la fiabilidad de un test o de una prueba objetiva, no se puede interpretar automáticamente como un indicador de calidad del test debiendo atender a las recomendaciones que hemos apuntado anteriormente.

Para calcular la fiabilidad de un test, hay 3 enfoques que aun partiendo de modelos teóricos similares, sus procedimientos son distintos. Estos tres enfoques son:

1º) el test-retest.

2º) el de las pruebas paralelas.

3º) los coeficientes de consistencia interna (Morales Vallejo, 2007).

Los coeficientes de consistencia interna, expresan hasta qué punto las respuestas son lo suficientemente coherentes (relacionadas entre sí), como para poder concluir que todos los ítems miden lo mismo. Se aducen como garantía de unidimensionalidad. (Morales Vallejo, 2007).

Por otro lado, interesa también conocer, cual es el valor óptimo que debe alcanzar el coeficiente de fiabilidad para poder aceptar como buena la precisión del instrumento de medida. En la literatura consultada no hay un consenso claro al respecto pudiendo variar según el tipo de instrumento medido, de la muestra a la que se aplique o del uso que pretendamos dar al instrumento.

Metodología 6

6.- Metodología.

6.1.- Metodología empleada para la muestra.

Este diseño muestral en el estudio cualitativo tiene un carácter intencional, dado que busca seleccionar aquellos grupos de personas situadas en posiciones estratégicas dentro del sistema de relaciones vinculadas al objeto de estudio. Y es que lo que se busca no es la representatividad extensiva, sino la intensiva, la de recoger la información de la mayor parte de las perspectivas de la estructura social implicada. Por tanto, no ha de tener una representatividad extrapolable al conjunto de la población, sino al campo de estudio.

La estrategia de muestreo utilizada para la selección de los sujetos es del tipo no probabilístico por cuotas, ya que se escogieron personas con las características deseadas para conformar diferentes grupos con similar proporción de sujetos (Salkind, 1999).

El presente estudio está realizado con un diseño experimental, transversal y descriptivo.

6.2.- Descripción de la población y muestra del estudio.

En el estudio, se realizaron cuatro grupos para participar en alguna de las fases de proceso de validez y fiabilidad del cuestionario:

1. Grupo “A”, formado por el doctorando responsable de esta tesis doctoral y sus dos directores de tesis.

2. Grupo “B”, para la comprobación de la validez del cuestionario. Este se facilitó para su valoración, a dos tipos de grupos de expertos:

El primer grupo de expertos “B1”, formado por cinco profesionales de la Educación Física concretamente:

- ✓ El Jefe de Servicio de una Concejalía de Deportes de un Ayuntamiento de más de 100.000 habitantes.

- ✓ Un profesor titular de Educación Física de un Instituto de Secundaria de Cartagena.

- ✓ Un profesor titular de Educación Física de un Instituto de Técnicos de Animación Física y Deportes que a su vez es profesor de la universidad de mayores.

- ✓ El cuarto, es el Jefe del Servicio de Actividades Deportivas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

- ✓ El quinto es el Director de deportes de una Concejalía de un municipio de 41.000 habitantes.

El segundo grupo de expertos "B2", está formado por otros cinco profesionales:

- ✓ Dos de los centros del IMAS de la Región de Murcia, una trabajadora social y una directora de centro.

- ✓ Tres de la Concejalía de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena, técnicos de área de mayores de la Concejalía de Servicios Sociales.

3. Grupo "C", el grupo piloto, ya para obtener la validez de fiabilidad del cuestionario, se realizó un estudio piloto cuya muestra fue de 82 personas mayores de las clases de Gerontogimnasia del Excmo. Ayuntamiento de Torre Pacheco de Murcia (35 varones y 47 mujeres) de entre 57 y 79 años de edad, respondiendo a cuestionario ya modificado con las apreciaciones del grupo de expertos, para ello se realizó un muestreo intencional atendiendo a criterios de accesibilidad.

Cada experto contesto a 36 preguntas relacionadas con el cuestionario "B", (Anexo 13), con una escala de puntuación de Likert de 1 a 5 (1=En total desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=No estoy seguro, 4=De acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo). Valorando cada una de las preguntas y después realizando una valoración global del cuestionario.

4. Grupo "D", es la Población central de la Muestra, para la validez del constructo.

La Región de Murcia tiene una población total de 1.330.599 a 1 de Enero de 2014, según los datos del INE-2014, de los cuales 414.007 son mayores de 55 años, que suponen el 23,45% del total de personas que hay en le Región de Murcia.

Por otro lado sabemos que hay 97.069 personas mayores que están asociadas a los centros del IMAS de la Región de Murcia, que suponen el 23,45% de las personas mayores de 55 años censadas en la Región de Murcia.

De todas las personas inscritas en el IMAS, solamente 3.804 personas realizan algún tipos de actividad física, que representa solamente el 3,92% del total.

Como la población de la que queremos realizar la encuesta es mayor a (1.000 personas), entonces realizaremos el tamaño de la muestra en relación con el total de la población y será tanto más pequeño cuanto más grande sea esta población. Por ejemplo, fijadas tres condiciones que más adelante explicaremos *(p* = q = 0,5; error = 5%; fiabilidad= 95,5%), la muestra sería de 222 individuos para una población de 500 (44,4%), de 286 para una población de 1.000 personas (28,6%) y de 385 para una población de 10.000 (3,8%). (Ver anexo 9).

Por lo que si aplicamos esta fórmula para nuestra muestra han sido necesarias 1.088 encuestas, aunque para incrementar la fiabilidad de cuestionario, se pudieron realizar finalmente 1.560 encuestas.

Las personas encuestadas son personas asociadas a los 17 centros que el Instituto Murciano de Acción Social posee en la Región de Murcia y que además están inscritas en algunas de las modalidades deportivas que ofrecen estos centros dentro de su programa

de actividades anual. Estas actividades son de las diez modalidades deportivas que se ofrecen y abarcan disciplinas tan diversas como Gerontogimnasia, bailes, Yoga, Aquafitness, Taichí o Senderismo. Siendo hasta un total de 69 actividades y horarios las que se ofrecen en estos centros en el año 2015.

6.3.- Descripción de la muestra del estudio piloto para la validez del constructo.

La muestra del estudio consta de un total de 1.560 personas pertenecientes a los Centros de IMAS en la Región de Murcia El sexo de la muestra fue de un 20% hombres y un 80% mujeres. La distribución de la edad de los encuestados (Ilustración 19) fue de un 35,8% para los que tenían una edad comprendida entre los 66 y los 70 años, seguido con un 25,9% los que presentaron una edad entre 71 y los 75 años, y los que tuvieron una edad entre los 61 y 65 años con un 18,5%.

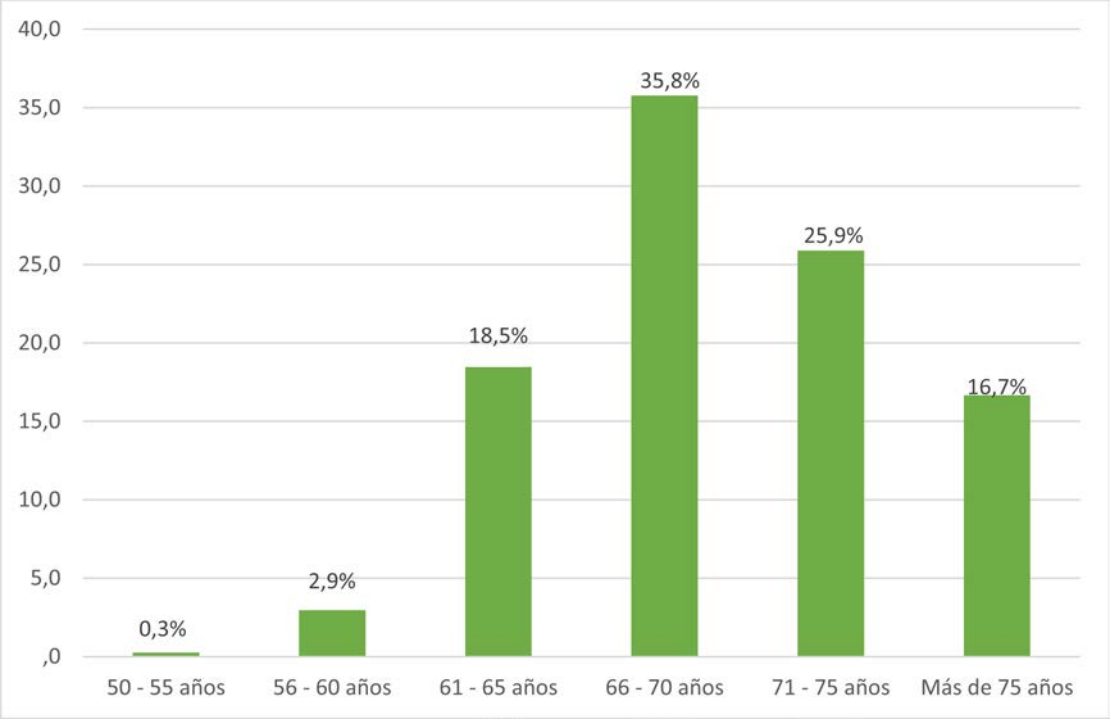


Ilustración 18. Distribución de la muestra según la edad.

En concreto el nivel de estudios de los participantes presentó altos porcentajes de personas sin formación con un 42,6%; en segundo lugar estuvieron aquellas personas con E.G.B. con un 35,6%; y en tercer lugar, el bachiller superior un 7,9%. En último lugar, se encontraron la formación profesional y los estudios universitarios con un 7,2% y 6,7% respectivamente (Ilustración 20).

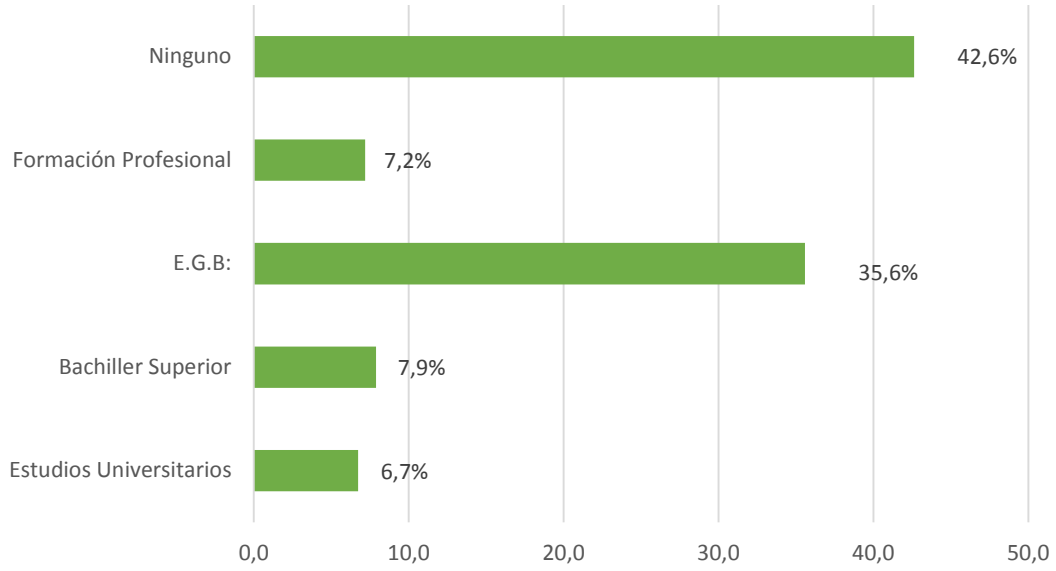


Ilustración 19. Distribución de la muestra según el nivel de estudios.

En lo referido al estado civil de los encuestados (Ilustración 21) indicó que un 63,2% estaba casado, seguido de los viudos/as con un 27,3%, los solteros presentaron un 4,4%, y en último lugar, los divorciados/as y separados/as con un 3,6% y un 1,5% respectivamente.

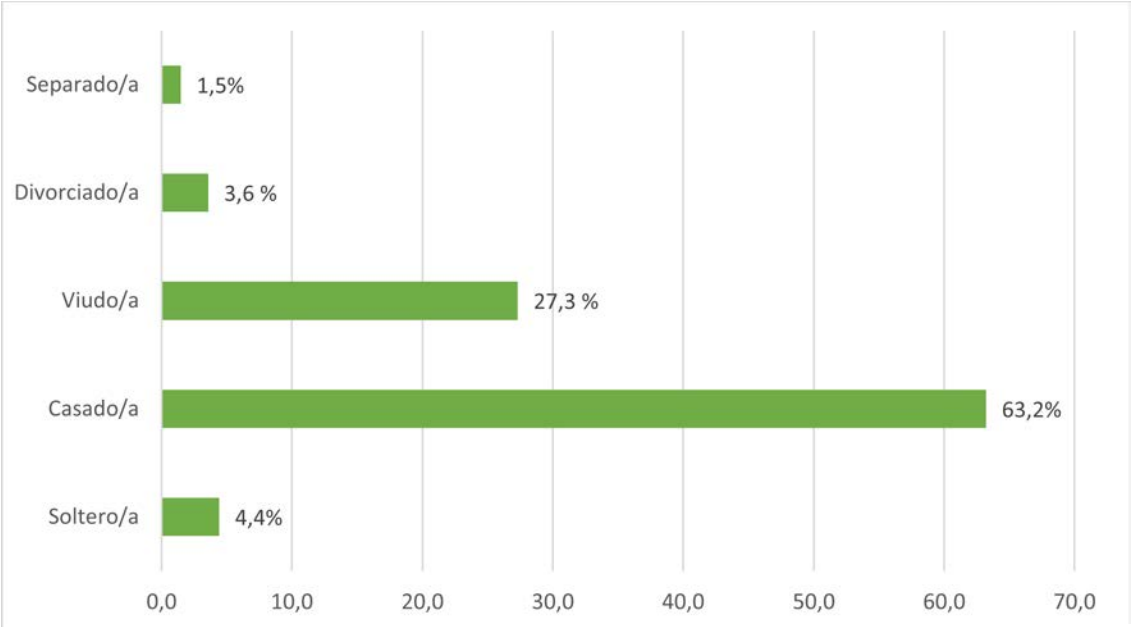


Ilustración 20. Distribución de la muestra según el estado civil.

Respecto a la situación laboral de los encuestados (Ilustración 22) el 53,7% era amo/a de casa, un 44,4% era jubilado/a o pensionista, un 1,2% de los encuestados se encontraba en paro. Un 0,7% estaba en activo y el 0,1% fue estudiante.

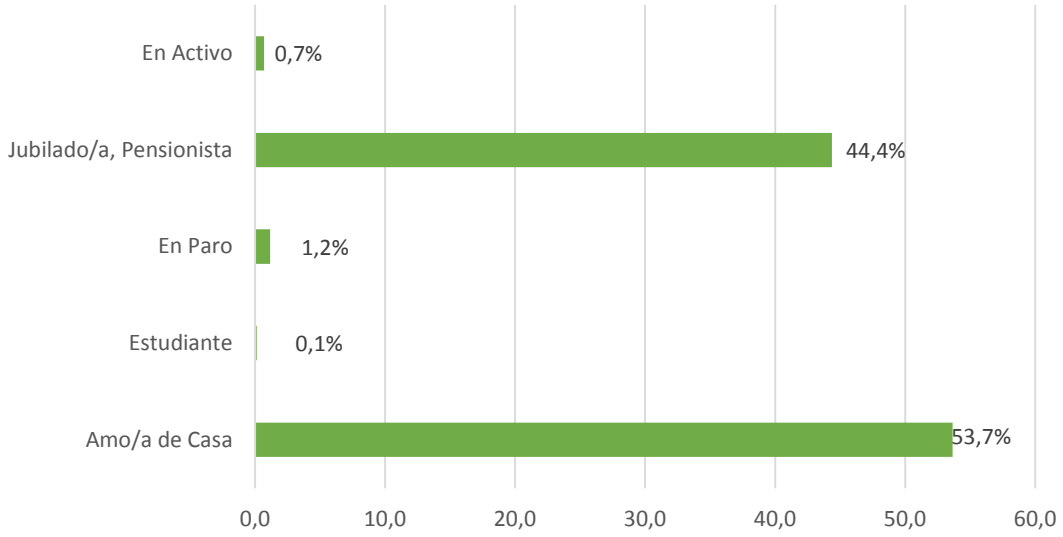


Ilustración 21. Distribución de la muestra según situación laboral.

Los resultados sobre la percepción de la imagen corporal de las personas mayores, se distribuyen de la siguiente forma, según la (Ilustración 23), el 36,1% tenía una percepción corporal de ser una persona delgada, seguida de los que opinan que tienen una imagen corporal normal (35,5%), de los que tienen una imagen corporal de ser gruesos (12,8%), muy delgada (11,5%) y muy gruesa con un 4,0%.

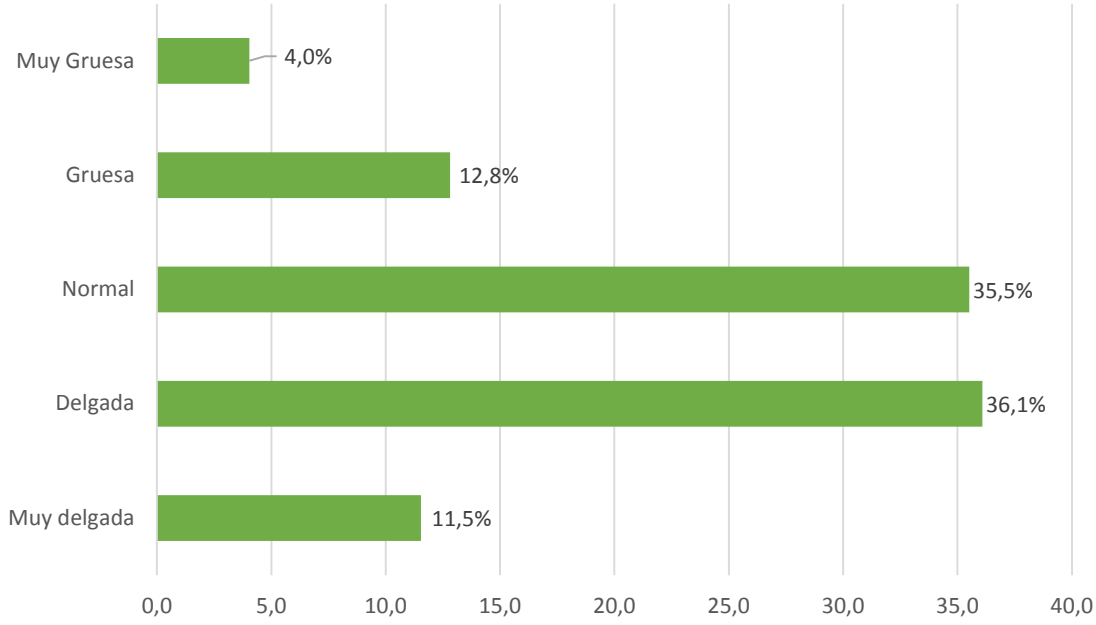
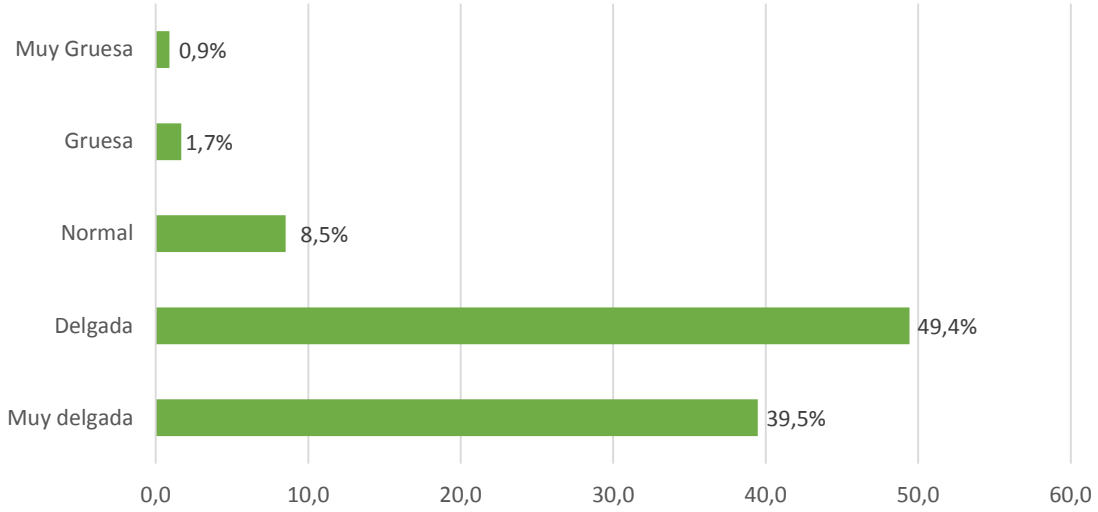


Ilustración 22. Resultados de la percepción de la imagen corporal.

La ilustración 24 muestra la opinión que tienen las personas mayores sobre cuál sería su imagen corporal idónea. Los resultados arrojaron que casi la mitad de los encuestados (49,4%) opinaron que debían de tener una imagen de persona delgada, mientras que un 39,5% era de muy delgada. En menor medida, un 8,5% opinaba que su

imagen corporal debía ser normal seguida de gruesa y muy gruesa con un 1,7% y 0,9% respectivamente.

Ilustración 23. Resultados de la percepción de la imagen corporal idónea.



Por último, en la Tabla 11 se muestra la distribución de la muestra según el centro del IMAS de la Región de Murcia.

Tabla 11. Distribución de la muestra según el Centro del IMAS.

	Número de Encuestas Realizadas en el Estudio de Mayores 2015	Porcentaje
CENTROS DEL IMAS DE LA REGION DE MURCIA	Alcantarilla	3,7
	Caravaca	4,7
	Cartagena II	6,8
	Torres Cotillas	3,6
	Lorca	7,9
	Murcia II	10,1
	Mazarrón	5,1
	Roldan	1,6
	San Javier	4,5
	Yecla	7,9
	Archena	6,7
	Cartagena III	6,9
	Cieza	5,2
	Jumilla	7,3
	La Unión	2,6
	Molina Segura	6,1
	Murcia I	9,4
	Total	100,0

Total de encuestas realizadas, 1.560.

6.4.- Procedimiento para la toma de datos.

Este modelo de investigación (el cuestionario), fue propuesto por Carretero-Dios & Pérez (2005, 2007), lo fundamento en cuatro criterios que se establecen para la elaboración de test-cuestionarios.

En el caso de nuestra investigación se cumplen los criterios siguientes:

1. Cuestionario nuevo con una escala de respuesta de tipo Likert común para todos los constructos.

2. Creación de un nuevo instrumento para evaluar la percepción de la calidad de vida, hábitos saludables, imagen corporal y la práctica de actividad física de los individuos.

3. Creación de un cuestionario que tiene como objeto evaluar una cualidad o un rasgo latente del sujeto.

Se diseñó y validó el cuestionario sobre hábitos saludables en personas mayores (HASAMA) en seis fases, siguiendo las indicaciones de (Carretero-Dios y Pérez, 2005, 2007).

En la primera fase se realizó una revisión previa de la literatura existente sobre hábitos saludables e instrumentos existentes y se observó la existencia de otros instrumentos que miden otras variables relacionadas con los mayores, pero ante la inexistencia de un cuestionario global que recogiera todos las dimensiones que deseamos valorar, decidimos crear un nuevo instrumento.

En la segunda fase se diseñó un cuestionario inicial para valorar las dimensiones, calidad de vida, imagen corporal, practica de actividad física y percepción deportiva desde el punto de vista de las personas mayores que practican actividad física y deportes, intentando que el cuestionario reflejara lo más verazmente posible los principales factores que presentan estas características. Para ello se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica previa existente en este campo.

Los ítems fueron redactados según los criterios establecidos por Martín-Arribas (2004) y que componían el cuestionario inicial. Los ítems fueron agrupados en factores según la finalidad de la pregunta, dando como resultado las siguientes dimensiones: Bloque I. Datos Socio-demográficos. Bloque II. Hábitos Saludables. Bloque III. Calidad de Vida y Actividad Física. Bloque IV. Imagen Corporal. Bloque V. Motivación hacia la Actividad Física. Bloque VI. Práctica de Actividad Física y Deporte.

La tercera fase, tenía por objetivo adquirir la validez de contenido. Para ello, se envió el cuestionario a un grupo de 10 jueces expertos. A cada uno de ellos se le pidió que evaluara la calidad del cuestionario diferenciando los criterios de adecuación de las preguntas y respuestas de los ítems, su importancia, las escalas de medida utilizadas, así como la precisión y corrección de los términos utilizados.

Siguiendo lo encontrado en estudios semejantes, Nuviala et al. (2013); Ortega, et al., (2008), se solicitó al panel de jueces expertos que valorasen en una escala de 1-10 (1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) los siguientes aspectos de los ítems que componían el cuestionario:

1. Grado de adecuación de la pregunta-respuesta.

2. Nivel de comprensión de la redacción, y

3. Una valoración global del cuestionario.

En el caso de que la puntuación otorgada fuese menor a 7 en dicha escala, se les solicitaba una propuesta de mejora. Se decidió eliminar todos aquellos ítems que se siguiendo las indicaciones del panel de jueces expertos no eran válidos y aquellos ítems que indicaron que no eran necesarios estar en el cuestionario.

La cuarta fase, supuso la interpretación de las respuestas de cada uno de los 10 jueces expertos, tras las cuales se modificaron algunos aspectos de los cuestionarios. Los 31 ítems iniciales se pasaron a 36 ítems, añadieron 5 preguntas para obtener información sobre la práctica de actividad física de los encuestados. Reduciendo de 5 a 4 dimensiones.

En esta fase se calculó la V de Aiken para obtener la valoración cuantitativa de los jueces expertos, debido al planteamiento realizado para la valoración de los constructos e ítems, en lugar del índice de Osterlind como plantean (Carretero-Dios y Pérez, 2005, 2007).

En la cuarta fase también se realizó un análisis de la validez de comprensión de la población encuestada. Para ello se valoró el grado de entendimiento sobre cada uno de los ítems, analizando:

- Grado de comprensión cualitativo del cuestionario. Para ello, se registraron las preguntas, dudas, sugerencias, etc., que el grupo piloto (n = 82) realizó en la sesión de cumplimentación del cuestionario. De igual forma, se le solicitó que indicasen aquellos ítems que no entendían tras una primera lectura.

- Análisis de las respuestas. Para conocer el grado de comprensión de cada uno de los ítems, se analizaron las respuestas de los sujetos desde el punto de vista de la frecuencia de respuesta elevada, con el objetivo de que los ítems de los cuestionarios discriminasen a los sujetos objeto de estudio y se decidió eliminar todos aquellos ítems que presentasen la misma respuesta en más del 90% de la muestra, exceptuando preguntas socio-demográficas.

La quinta fase supuso el estudio de la dimensionalidad del instrumento para analizar su estructura interna mediante la realización de un análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC) para determinar la validez de constructo.

En el AFE entre los valores que se han utilizado para el análisis de la estructura factorial se han considerado el determinante de la matriz de correlaciones, la medida de adecuación muestral de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. El análisis factorial exploratorio se ha realizado mediante el procedimiento de extracción de factores de componentes principales, siendo utilizado el método de rotación de factores “Varimax”.

Respecto al AFC este análisis permite comprobar la existencia de pertinencia o bondad de ajuste a los datos en un modelo teórico especificado inicialmente que

representa relaciones entre variables. De este modo, se han utilizado los índices Chi-cuadrado (x2), la razón x^2/gl, los índices de ajuste GFI, AGFI, CFI y NNFI (altos valores indican un mejor ajuste (>0.9) y los índices de error RMSEA, RMR y RMSR (con valores aceptables entre 0.05 y 0.08), para comprobar existente entre el modelo teórico planteado y la matriz de datos recogida. Tras el AFC se calculó la fiabilidad compuesta (CFC), la varianza media extraída (AVE) y la validez discriminante.

Los valores obtenidos en la fiabilidad compuesta se consideran adecuados, tomando como criterios que la fiabilidad compuesta debe presentar valores superiores a 0,7 y en la varianza extractada mayores de 0,5 según, Hair, et al. (1998). La validez discriminante puede determinarse en la medida en que la variancia media extractada de cada variable latente fuera superior al cuadrado de la correlación entre ellas.

Finalmente, en la sexta fase, se realizó un estudio piloto de fiabilidad mediante el método de dos mitades en el que se administró el cuestionario a 82 sujetos de la población objeto de estudio que, posteriormente, no formara parte de la muestra.

El procedimiento de las dos mitades es el de uso más extendido en la actualidad para la evaluación de la fiabilidad de las puntuaciones, este método requiere de la correlación de Pearson para obtener una evaluación empírica, el coeficiente de fiabilidad que se obtiene es el coeficiente del test mitad, por lo que se requiere emplear la ecuación de Spearman-Brown para conseguir el coeficiente de fiabilidad del test completo (Sánchez-Meca, López-Pina, López-López, 2009).

6.5.- Procedimiento para el desarrollo de la Investigación. El Instrumento.

El instrumento que se pretende validar es de nueva creación y diseñado por el doctorando, para valorar aspectos de la vida cotidiana de las personas mayores, de su calidad de vida, de sus hábitos saludables y de sus costumbres para la práctica de actividades físicas y deportivas, y cuya denominación pasará a ser “Cuestionario – HASAMA –“, con la descripción de “cuestionario de hábitos saludables para mayores”.

El cuestionario “HASAMA”, está compuesto por tres partes diferenciadas, una presentación a modo de introducción donde se justifica el motivo del estudio, otra donde

se garantiza el anonimato del participante y se agradece su colaboración y la tercera el cuestionario en sí, para la toma de datos.

El cuestionario sobre hábitos saludables y de práctica de Actividad Física y Deportiva en personas mayores (HASAMA) fue dividido inicialmente en las siguientes dimensiones:

- Bloque I. Datos Socio-demográficos (ítems 1 al 5).
- Bloque II. Hábitos Saludables (ítems 6 al 9).
- Bloque III. Calidad de Vida y Actividad Física (ítems 10 al 18).
- Bloque IV. Imagen Corporal (ítems 19 al 23).
- Bloque V. Motivación hacia la Actividad Física (ítems 24 al 30).
- Bloque VI. Práctica de Actividad Física y Deporte (ítems 31 al 35).

En la tabla 12 se define cada dimensión de la escala. Los ítems del Bloque I y Bloque VI son preguntas cerradas, igual que los ítems 19 y 20. El resto de ítems presenta la alternativa de respuesta tipo Likert de cinco anclajes (1 – Nada de desacuerdo a 5 – Muy de acuerdo).

Tabla 12. Dimensiones iniciales del instrumento.

Bloque	Explicación
I. Datos Socio-demográficos	Este bloque pretende adquirir información sobre las características básicas de la muestra como es el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios o la situación laboral.
II. Hábitos Saludables	Este bloque pretende conocer la percepción que muestran las personas mayores sobre sus hábitos como el estado de salud, la alimentación o el descanso diario.
III. Calidad de Vida y Actividad Física	Este bloque mide la percepción del encuestado sobre la incidencia que tiene para la persona la realización de actividad física en su calidad de vida y en su tiempo libre.

IV. Imagen Personal	Este bloque pretende medir la percepción de los encuestados sobre la incidencia de la actividad física en su imagen personal.
V. Motivación hacia la Actividad Física	Este bloque pretende medir cómo afecta la práctica de Actividad físico-deportiva en la vida cotidiana de las personas mayores, sobre sus beneficios a nivel de salud y a nivel social.
VI. Práctica de Actividad Física y Deporte	Este bloque mide la frecuencia de actividad físico-deportiva diaria y semanal de las personas mayores así como con qué frecuencia la realizan, con quién o dónde hacen ejercicio físico.

Tras la aplicación del AFE el número de dimensiones de la escala de hábitos saludables quedó reducido, tras una extracción forzada, a tres factores, cumpliendo así el AFE su función de reducción de factores dentro de una escala. Los ítems 21, 22, 23 y 25 fueron eliminados. Las dimensiones resultantes son las siguientes:

- Bloque I. Datos sociodemográficos. Este bloque añade los ítems sobre la morfología corporal (Ítems 1 al 7).

- Bloque II. Hábitos saludables y calidad de vida. Conformado por el anterior Bloque II y la parte del Bloque III correspondiente a los ítems sobre calidad de vida (Ítems 8 al 15).

- Bloque III. Actividad Física y Tiempo Libre. Conformado por la parte del Bloque III con ítems correspondientes a la necesidad de realizar Actividad Física y su incidencia en la práctica en el tiempo libre y el ítem 24 (Ítems 16 al 21).

- Bloque IV. Motivación hacia la Actividad física y el deporte. Este bloque queda igual, a excepción de la pérdida de dos ítems (Ítems 22 al 26).

- Bloque V. Práctica de Actividad Física y Deporte. Igual que el Bloque VI (Ítems 27 al 31).

El encuestador en todos los casos es el propio doctorando, que asiste al inicio de las clases y da las indicaciones a todos los encuestados de la misma manera, realizando las idénticas instrucciones para la toma de datos.

Antes de comenzar a completar la encuesta, se comunicaron a los mayores las siguientes premisas:

- Se informó a los mayores de que la encuesta es voluntaria y además anónima.
- Las Encuestas son realizadas en los meses de abril, mayo y junio de 2015, ya finalizando las actividades deportivas.
- Las personas que estaban inscritas en dos cursos, solo han realizado la encuesta una vez.
- Se les proporciona bolígrafos a todos los encuestados y la realizan todos al mismo tiempo en cada curso.
- El volcado de datos es realizado por un becario, no por al doctorando.

6.6.- Análisis de datos.

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v20.0 y SPSS Amos v20.0 y Microsoft Excel 2010. Se realizaron diferentes técnicas de análisis de datos que se detallan a continuación:

- Análisis descriptivo de variables. Cálculo de parámetros descriptivos; media, mínimo, máximo, desviación típica y varianza.
- Análisis de fiabilidad. Se ha empleado el cálculo de estadístico Alfa de Cronbach como modelo de fiabilidad y método de dos mitades.
- Análisis factorial. Se aplican métodos de análisis de reducción de datos mediante componentes principales, en este caso se utiliza el método de análisis factorial con rotación Varimax, que permite el cálculo de factores con alto grado de correlación interna.
- Las pruebas de correlación Pearson se desarrollaron para determinar la validez de las escalas.

- La fiabilidad compuesta y varianza extractada se calcularon utilizando una hoja de cálculo Excel de microsof.

Para el análisis de las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas (validez y fiabilidad), en primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos para cada ítem, y a continuación, se procedió a evaluar la consistencia interna y la estructura factorial de la escala, utilizando para ello análisis factoriales tanto de tipo exploratorio como confirmatorio.

6.7.- Resultados de la validación.

6.7.1.- Análisis de la validez de contenido.

En cuanto a la validez de contenido, los resultados mostraron que los jueces expertos valoraron bien de forma global las preguntas con una V de Aiken mínima de 0,80 y una máxima de 1,20. A continuación en la tabla 13, se exponen las valoraciones de los ítems que resultaron después de analizar los datos, atendido a las consideraciones tomadas por el grupo coordinador, además de los ítems que se excluyeron en los análisis factoriales posteriores.

Tabla 13. Valores obtenidos en el análisis del contenido por parte de los jueces expertos.

COD	Ítem	V Aiken	IC 95%
6	Bajo mi propia percepción, mi estado de salud es el adecuado para mi edad.	0,97	(0,92-0,99)
7	Bajo mi propia percepción, mi alimentación diaria es correcta.	1,00	(0,95-1,00)
8	Bajo mi propia percepción, duermo las horas necesarias.	1,00	(0,95-1,00)
9	Considero que practicar actividad física es un buen hábito saludable.	1,00	(0,95-1,00)
10	Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad.	0,93	(0,86-0,96)
11	Bajo mi propia percepción, la actividad física me permite estar ágil físicamente.	0,88	(0,80-0,93)
12	Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida.	0,92	(0,84-0,96)
13	Bajo mi percepción, creo que tengo una buena Calidad de Vida.	0,88	(0,80-0,93)

14	No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante.	0,94	(0,87-0,97)
15	Si realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre.	0,88	(0,80-0,93)
16	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física.	0,92	(0,84-0,96)
17	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.	0,91	(0,83-0,95)
18	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.	0,91	(0,83-0,95)
19	Elige de 1 a 5, ¿Con que número de silueta te identificas?	0,88	(0,80-0,93)
20	Elige de 1 a 5, ¿Qué figura crees que es el cuerpo ideal?	0,91	(0,83-0,95)
21	Si realizo actividad física, es para tener una mejor silueta corporal.	1,00	(0,95-1,00)
22	Controlo mis actividades y alimentación para tener una buena imagen corporal.	1,00	(0,95-1,00)
23	No me importa tener una buena imagen corporal.	0,86	(0,78-0,92)
24	Pienso que la actividad física no es necesaria para mí persona.	0,80	(0,70-0,86)
25	Realizar actividad física es necesario para mí persona.	0,90	(0,82-0,94)
26	Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida.	0,88	(0,80-0,93)
27	Realizar actividad física me ayuda a superar problemas diarios.	0,88	(0,80-0,93)
28	Cuando realizo actividad física me permite conocer a gente diferente a mí familia.	0,93	(0,86-0,96)
29	Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos.	0,93	(0,86-0,96)
30	Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales.	0,93	(0,86-0,96)
31	Si hago actividad física. ¿Cuántos días la realizo?	0,88	(0,80-0,93)
32	Si hago actividad física. ¿Cuántas horas al día la realizo?	0,88	(0,80-0,93)
33	Si hago actividad física. ¿Dónde la realizo?	0,88	(0,80-0,93)
34	Si hago actividad física. ¿Cómo la realizo?	0,88	(0,80-0,93)
35	Si hago actividad física. ¿Qué tipo de actividad te gusta realizar?.	0,92	(0,84-0,96)
	Global	0,91	(0,83-0,95)

Nota: Índice de Confianza (IC).

6.7.2.- Validez discriminante de la escala de hábitos saludables.

La Tabla 14 muestra las correlaciones entre los factores de la primera escala, la varianza extractada de cada factor y R^2 con el objetivo de determinar la validez discriminante de la escala.

Tabla 14. Matriz de correlaciones de la escala de hábitos saludables.

	Factor 1 (R^2)	Factor 2 (R^2)	Factor 3 (R^2)
Factor 1	(0,38)	-	-
Factor 2	0,095** (0,009)	(0,19)	-
Factor 3	0,416** (0,173)	0,144** (0,021)	(0,34)

** La correlación es significativa al nivel 0.01.
Nota: Calidad general (Factor 1); Valor percibido (Factor 2); Intenciones futuras (Factor 3); varianza extractada (valor).

Los resultados indicaron que la varianza extractada para los factores 1, 2 y 3 es mayor que R^2, por tanto, se demostró que estas tres dimensiones fueron independientes una de otra.

6.7.3.- Análisis factorial exploratorio de la escala de hábitos saludables.

Los resultados mostraron que el índice del KMO (Tabla 15) para la medida de adecuación muestral, según Visauta, Martori y Cañas (2005), fue satisfactoria ya que resultados por encima de 0,70 se consideran aceptables, presentando valores de 0,853 en este caso. Por último, los resultados del test de Esfericidad de Barlett muestran resultados altamente significativos (p =.000) en la escala, lo que permite realizar el análisis factorial exploratorio. El determinante de la matriz de correlaciones resulta bajo cerda de “0”y, por tanto, se considera adecuado.

Tabla 15. Criterios de pertinencia del análisis factorial de la escala de hábitos saludables

Escala	Determinante	KMO	Test de Esfericidad de Bartlett
1	0,008	0,853	X^2 7534,441 gl 253 Sig. ,000

Nota: Chi-cuadrado ($x^{2)}$; grados de libertad (gl); significación (sig.).

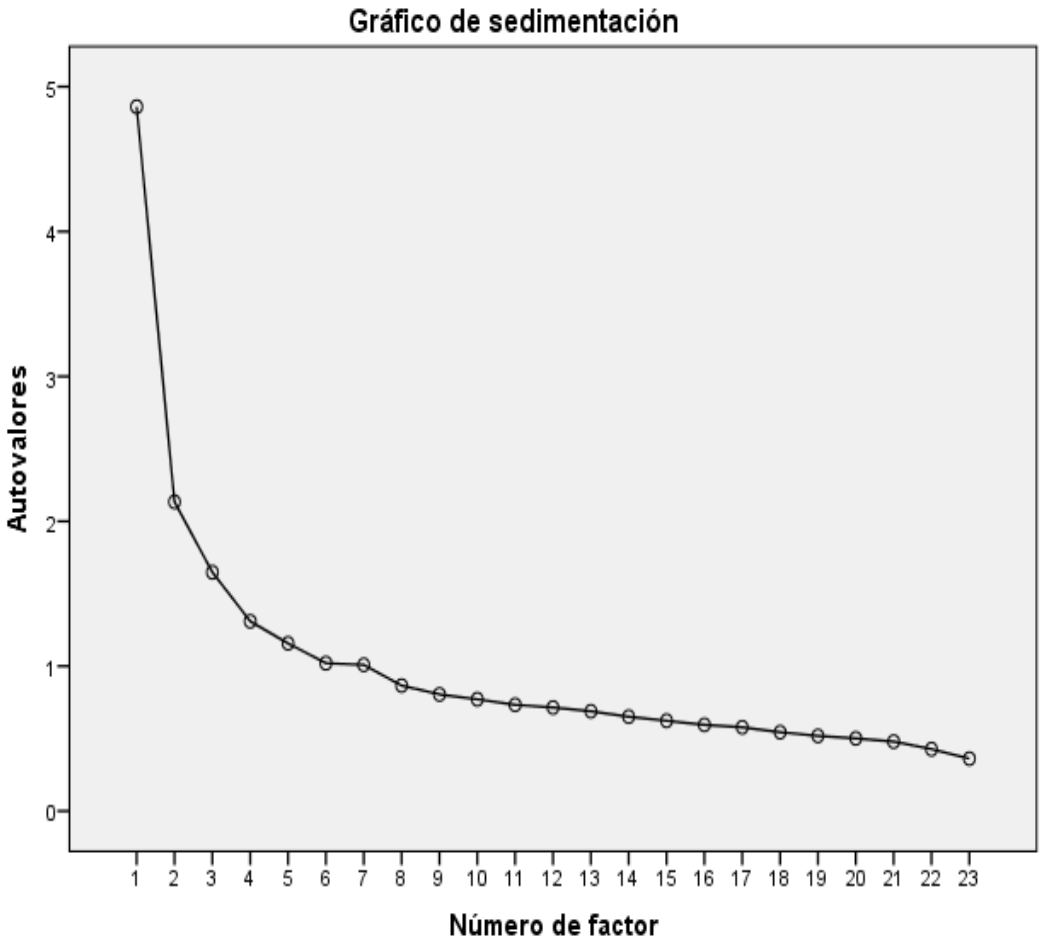


Ilustración 24. Gráfico de sedimentación de la escala de factores de hábitos saludables.

Tabla 16. Varianza explicada del análisis factorial de la escala de factores de hábitos saludables.

	Autovalores iniciales			Suma saturaciones al cuadrado de rotación		
Factor	Total	% Varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	4,920	21,391	21,391	3,628	15,775	15,775
2	2,049	8,907	30,298	2,745	11,933	27,708
3	1,645	7,152	37,450	2,241	9,742	37,450

En relación a la varianza explicada (Tabla 16) se observó que los 19 ítems que conformaron la escala de hábitos saludables explicaron únicamente un 37,45%% de la varianza con una solución de 3 factores tal y como se observa en el gráfico de sedimentación (Ilustración 25). En el análisis factorial exploratorio, se observa que el 21,39% pertenece al primer factor, un 8,91% al segundo y un 4,15% al tercero.

Tabla 17. Matriz de componentes de la escala de factores de hábitos saludables.

Ítems		Factores		
		1	2	3
Ítem 6.	Bajo mi propia percepción, mi estado de salud es el adecuado para mi edad.	,711		
Ítem 7.	Bajo mi propia percepción, mi alimentación diaria es correcta.	,599		
Ítem 8.	Bajo mi propia percepción, duermo las horas necesarias.	,600		
Ítem 9.	Considero que practicar actividad física es un buen hábito saludable.	,582		
Ítem 10.	Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad.	,612		
Ítem 11.	Bajo mi propia percepción, la actividad física me permite estar ágil físicamente.	,609		
Ítem 12.	Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida.	,597		
Ítem 13.	Bajo mi percepción, creo que tengo una buena Calidad de Vida.	,688		
Ítem 14.	No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante.			,563
Ítem 15.	Si realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre.			,475
Ítem 16.	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física.			,648
Ítem 17.	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.			,482
Ítem 18.	Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.			,571
Ítem 24.	Pienso que la actividad física no es necesaria para mí persona.			,477
Ítem 26.	Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida.		,584	
Ítem 27.	Realizar actividad física me ayuda a superar problemas diarios.		,657	
Ítem 28.	Cuando realizo actividad física me permite conocer a gente diferente a mí familia.		,625	
Ítem 29.	Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos.		,581	
Ítem 30.	Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales.		,643	

Nota: Interacción personal (Factor 1); comunicación (Factor 2); servicios complementarios (Factor 3); infraestructura logística (Factor 4).

En la tabla anterior (Tabla 17), se presenta la matriz de componentes correspondiente a la escala de hábitos saludables que contó con una estructura interna formada por tres dimensiones, donde los pesos factoriales oscilan entre un mínimo de 0,475 del ítem 15 y un máximo de 0,711 del ítem 6, considerando que son representativos al presentar valores por encima de 0,40.

Por último, para concluir el análisis factorial exploratorio, en la Tabla 18 se expone la estructura final de la herramienta después de realizar este análisis.

Tabla 18. Estructura final de la escala de factores de hábitos saludables.

Escala	Total ítems	Factores	Denominación	Ítems
1	19 (8-26)	1	Hábitos saludables y Calidad de Vida	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
		2	Actividad Física	16, 17, 18, 19, 20, 21
		3	Motivación hacia la Actividad Física	22, 23, 24, 25, 26

6.7.4.- Análisis factorial confirmatorio de la escala de factores de hábitos saludables.

Los resultados del AFC de la escala (Tabla 19) en cuanto a pesos factoriales, se encontraron entre 0,31 y 0,79 (Ilustración 26). La razón x^2/gl mostró un valor aceptable de 6,52 en lo que respecta a los índices de bondad de ajuste, el GFI y AGFI se situaron por encima de 0,90 indicando un alto ajuste del modelo, el CFI con un valor próximo a 0,90, presentando un buen ajuste y el NNFI fue correcto.

Los índices de error se sitúan por debajo de 0,10 reafirmando la estructura obtenida en el AFE.

Tabla 19. Índices de ajuste de la escala de factores de hábitos saludables.

Escala	RMSEA	RMRS	RMR	GFI	AGFI	CFI	NNFI	GL	X^2	X^2/GL
1	0,060	0,059	0,059	0,941	0,919	0,879	0,705	140	913,636	6,525

Nota:
Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA); Residuo Cuadrático Medio Estandarizado (RMRS); Residuo Cuadrático Medio (RMR); Índice de Bondad Ajuste (GFI); Índice Ajustado de Bondad (AGFI); Índice de Ajuste Comparado (CFI); Índice de Ajuste No Normado (NNFI); Grados de Libertad (GL); Chi-cuadrado (x^2); Razón de Chi-cuadrado/grados de libertad (x^2/gl).

La Ilustración 26 indica la representación gráfica de la escala tras la realización del AFC.

La covarianza entre factores asume valores positivos oscilando entre 0,21 del factor 2 de actividad física y el factor 3 de motivación hacia la actividad física, y 0,55 entre el factor 1 de hábitos saludables y calidad de vida y el factor 3.

La adecuación de los errores dentro de cada factor obtiene valores adecuados en prácticamente todos los ítems en ambas escalas, salvo el ítem 25.

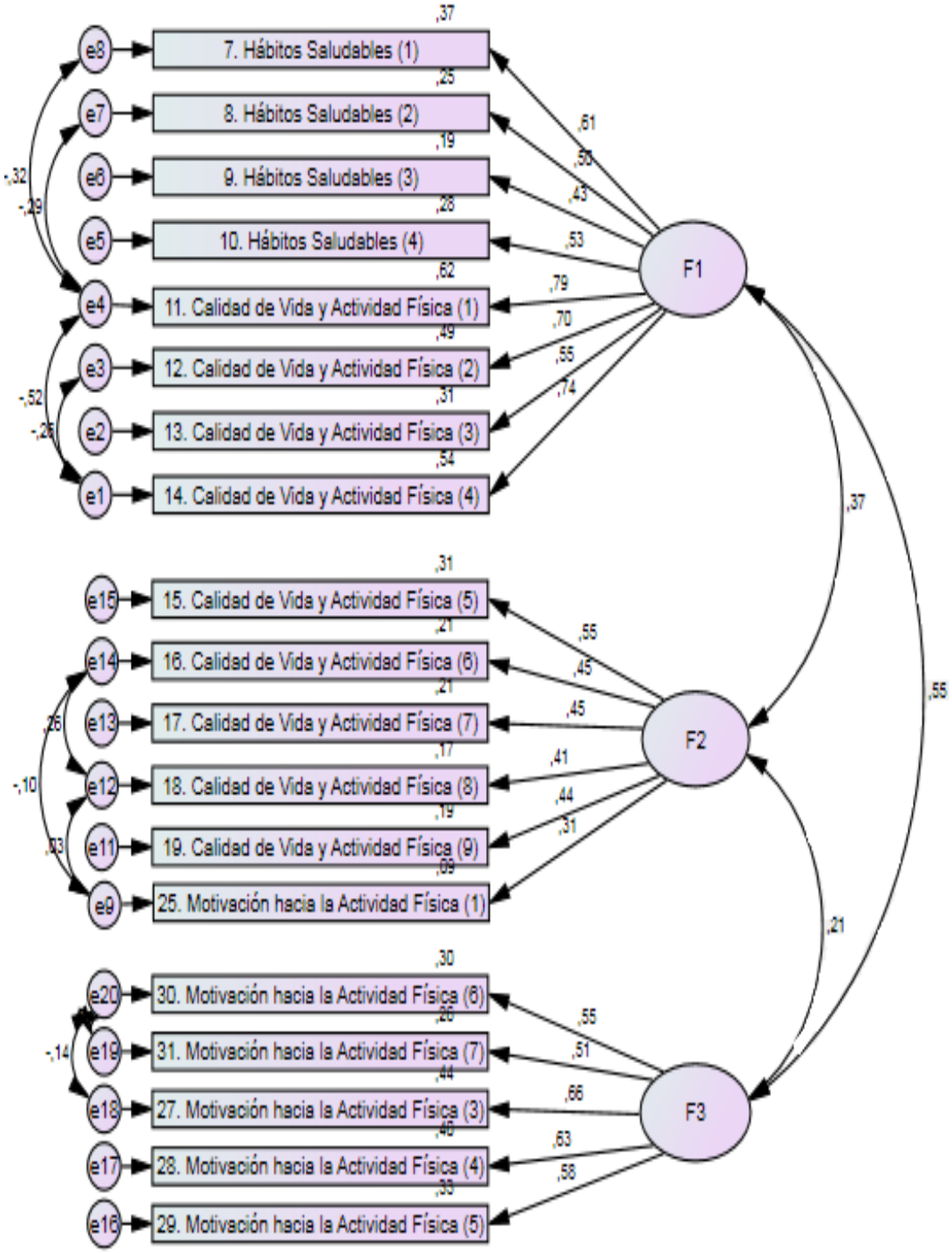


Ilustración 25. Path Diagrama de la escala de hábitos saludables. (HASAMA).

Tabla 20. Fiabilidad de las dos mitades de la escala de hábitos saludables.

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	0,671
		Nº de elementos	10[a]
	Parte 2	Valor	0,689
		Nº de elementos	9[b]
	Nº total de elementos		19
Correlación entre formas			0,474
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		0,643
	Longitud desigual		0,643
Dos mitades de Guttman			0,5641

6.7.5.- Análisis de la fiabilidad de la escala de factores de hábitos saludables.

Los resultados de la escala de la prueba test previa se muestran en la Tabla 20, donde los 19 ítems que conforman la escala fueron divididos en dos partes de diez y nueve ítems cada una, ambas partes presentan una fiabilidad aceptable 0,671 en la parte 1 y 0,689 en la parte 2. Sin embargo, el coeficiente de Spearman-Brown para una división de igual número de ítems en cada parte, muestra un valor de correlación medio-alto con 0,643.

6.7.6.- Análisis de la consistencia interna de las dimensiones de la escala de factores de hábitos saludables.

El análisis de la consistencia interna de la escala arrojó unos buenos resultados de fiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo la escala un valor de 0,763 como se muestra en la Tabla 21.

Tabla 21. Análisis de fiabilidad de la escala de hábitos saludables.

Escala	Media	Varianza	Desv.Tip.	Ítems	Alfa de Cronbach
1	79,94	65,006	8,063	19	0,763

El análisis de los ítems de la escala de factores de calidad (Tabla 22) mostró que todos los resultados contribuyeron al conjunto de la escala, presentando bajas correlaciones. La eliminación de alguno de los ítems como el 18 y el 21 mejoraría levemente la fiabilidad de la escala, ante la poca diferencia se optó por la no eliminación de los mismos al presentar un buen ajuste en el AFC.

Tabla 22. Análisis de los ítems de la escala de hábitos saludables.

Ítem	Media	DT	CCI-c	α.-c
8	4,02	1,01	,407	,748
9	4,03	0,89	,374	,751
10	3,82	1,04	,326	,754
11	4,69	0,59	,439	,751
12	4,67	0,56	,520	,748
13	4,61	0,66	,502	,746
14	4,61	0,65	,438	,749
15	4,07	0,91	,530	,739
16	4,18	1,35	,340	,755
17	4,13	0,99	,362	,751
18	3,69	1,32	,132	,775
19	4,04	1,09	,401	,748
20	3,96	1,17	,206	,765
21	4,21	1,26	,141	,772
22	4,51	0,66	,448	,749
23	4,29	0,81	,368	,752
24	4,47	0,73	,356	,753
25	4,03	1,05	,295	,756
26	3,92	1,08	,331	,754

Nota: Media (M); Desviación típica (DT); Coeficiente de Correlación elemento-total (CCI-c); Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α.-c).

El coeficiente alfa de Cronbach de la escala presentó una buena puntuación de 0,790. No existen mejoras de la fiabilidad eliminando un elemento de la escala.

La primera dimensión de la escala denominada “Hábitos saludables y calidad de vida” (Tabla 23) arrojó que la totalidad de los elementos superan el valor mínimo de 0,30 en la correlación.

Tabla 23. Fiabilidad de la dimensión “Hábitos saludables y calidad de vida”.

	M	DT	CCI-c	α.-c
Ítem 8	4,02	1,01	0,562	0,757
Ítem 9	4,03	0,89	0,476	0,771
Ítem 10	3,82	1,04	0,440	0,783
Ítem 11	4,69	0,59	0,470	0,774
Ítem 12	4,67	0,56	0,526	0,768
Ítem 13	4,61	0,66	0,543	0,763
Ítem14	4,61	0,65	0,488	0,770
Ítem 15	4,07	0,91	0,599	0,749
				Alfa de Cronbach
Escala	17,20	4,14	-	0,790

Nota: Media (M); Desviación típica (DT); Coeficiente de Correlación elemento-total (CCI-c); Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α.-c).

La Tabla 24 presenta los valores para la dimensión “Actividad Física” los valores de correlación elemento de todos los ítems superaron el valor mínimo, aunque presenta puntuaciones más bajas que la dimensión anterior. El ítem 21 presenta una correlación por debajo de 0,30, pero su eliminación no supone ninguna mejora de la fiabilidad de la escala, por lo que optó por mantener dicho ítem. La fiabilidad total de la escala de aceptable con 0,596. No se producen mejoras con la eliminación de algún ítem.

Tabla 24. Fiabilidad de la dimensión “Actividad Física”.

	M	DT	CCI-c	α.-c
Ítem 16	4,18	1,35	,365	,536
Ítem 17	4,13	0,99	,343	,550
Ítem 18	3,69	1,32	,385	,526
Ítem 19	4,04	1,09	,340	,548
Ítem 20	3,96	1,17	,339	,548
Ítem 21	4,21	1,26	,228	,595
				Alfa de Cronbach
Escala	24,21	4,17	-	0,596

Nota: Media (M); Desviación típica (DT); Coeficiente de Correlación elemento-total (CCI-c); Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α.-c).

En la tabla 25 indica la fiabilidad para la escala de “motivación hacia la actividad física" y se observaron valores bajos en el nivel de correlación aunque todos los ítems superan el mínimo establecido de 0,30. El índice de fiabilidad aceptable de ,707. Todos los ítems no producen mejoras si se elimina alguno de ellos.

Tabla 25. Fiabilidad de la dimensión “Motivación hacia la actividad física”.

	M	DT	CCI-c	α.-c
Ítem 22	4,51	0,66	,466	,665
Ítem 23	4,29	0,81	,491	,648
Ítem 24	4,47	,073	,494	,652
Ítem 25	4,03	1,05	,470	,660
Ítem 26	3,92	1,08	,462	,667
				Alfa de Cronbach
Escala	21,21	3,00	-	0,707

Nota: Media (M); Desviación típica (DT); Coeficiente de Correlación elemento-total (CCI-c); Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α.-c).

6.7.7.- Análisis de la fiabilidad compuesta y análisis de la varianza extractada de la escala de hábitos saludables.

Los resultados obtenidos (Tabla 26) mostraron valores excelentes en todos los factores y en la escala general tanto en la fiabilidad compuesta (siendo superiores a 0,70) confirmando los resultados obtenidos en los análisis anteriores. Sin embargo, en la varianza extractada (valores superiores a 0,50), mostró valores inadecuados para todas los factores y la escala en general.

Tabla 26. Fiabilidad compuesta y varianza extractada de la escala de hábitos saludables.

	(p_c)	(p_v)
Factor 1	0,825	0,38
Factor 2	0,588	0,19
Factor 3	0,723	0,34
Escala	0,892	0,31

Nota; fiabilidad compuesta (p_c); varianza extractada (p_v); Comunicación (Factor 1); Interacción personal (Factor 2); Infraestructura logística (Factor 3); Servicios complementarios (Factor 4).

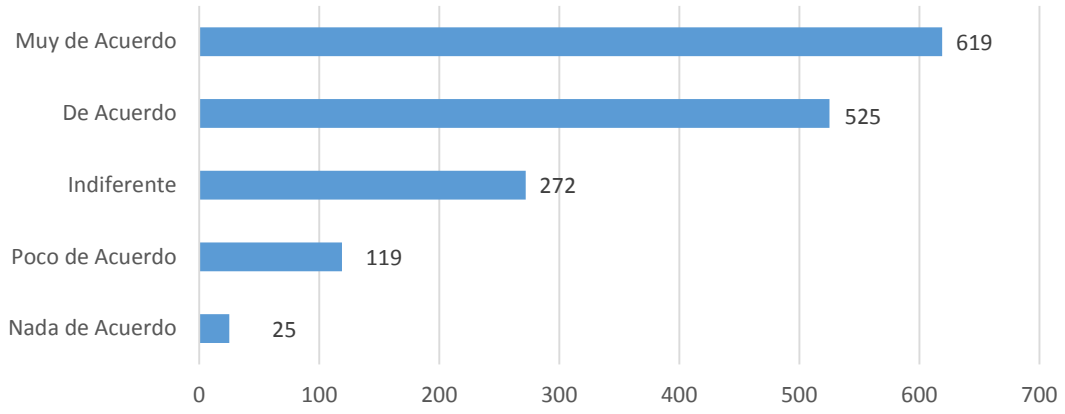
Resultados De la Muestra

7

7.- Resultados de la Muestra.

A continuación reflejamos los gráficos de todas las preguntas realizadas a la muestra en el cuestionario pasado y que nos son sociodemográficas y de identificación. El total de la muestra fueron: 1.560 personas mayores de los que el 20% eran hombres y el 80% mujeres.

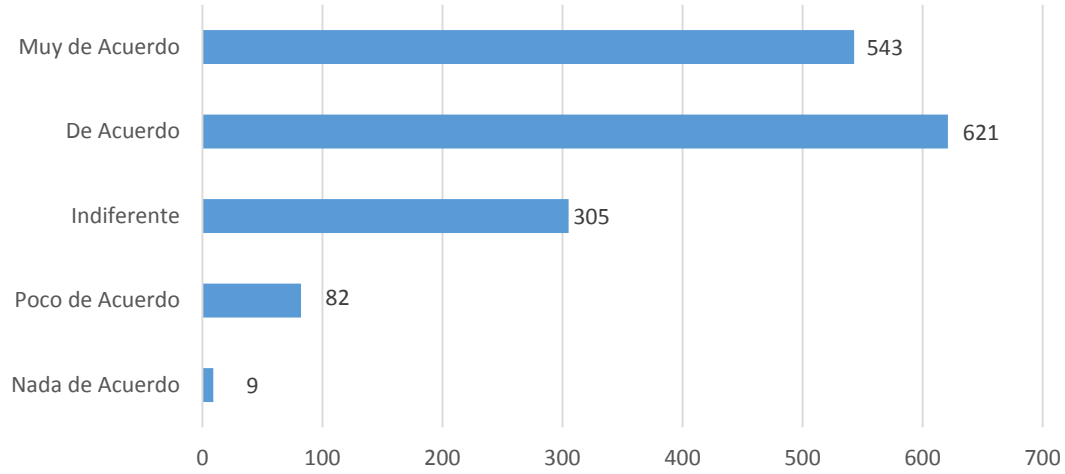
Ilustración 26. El estado de salud es adecuado para su edad.



Pregunta Nº 7:

Observamos que el 39,7% de los encuestados están de acuerdo en que su estado de salud, si es el adecuado para su edad, mientras que solamente el 1,6%, no están para nada de acuerdo.

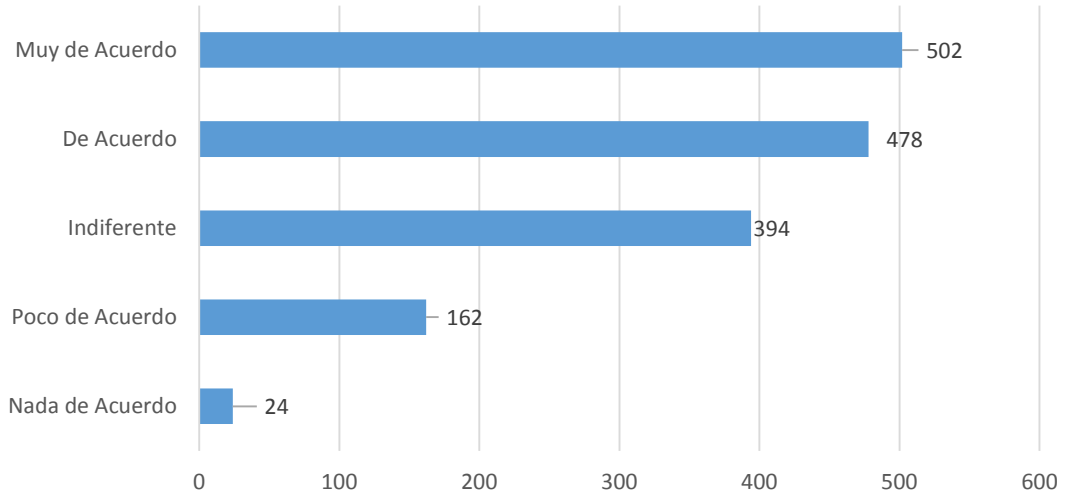
Ilustración 27. Mi alimentación diaria es correcta.



Pregunta Nº 8:

En este grafico vemos que el 39.8% de los mayores, creen que su alimentación diaria es correcta por el 0,6% que creen que su alimentación diaria es incorrecta.

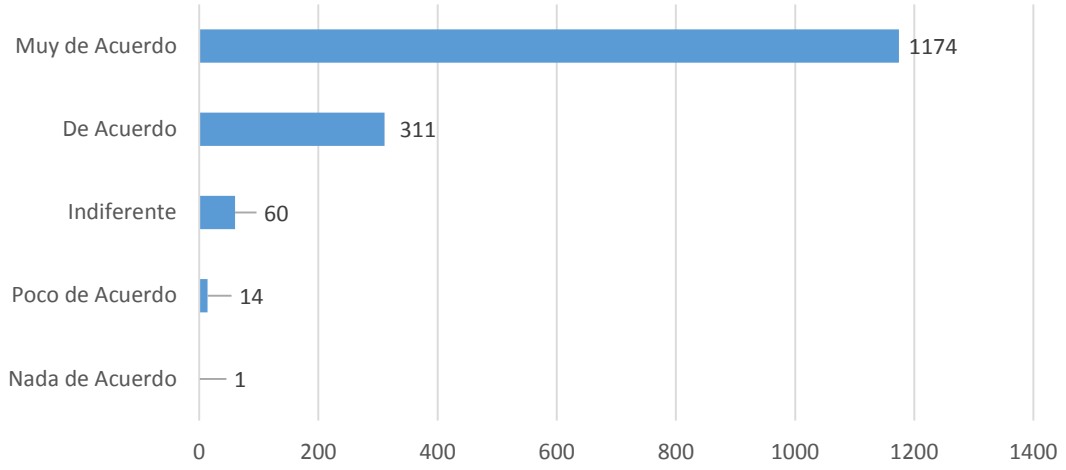
Ilustración 28. ¿Duermo las horas necesarias.?



Pregunta Nº 9:

El 32,2% de las personas están muy acuerdo con que duermen las horas necesarias, seguidos de un 30,6% que están de acuerdo con las horas que duermen, por el contrario solamente el 1,5% creen que no duermen lo necesario.

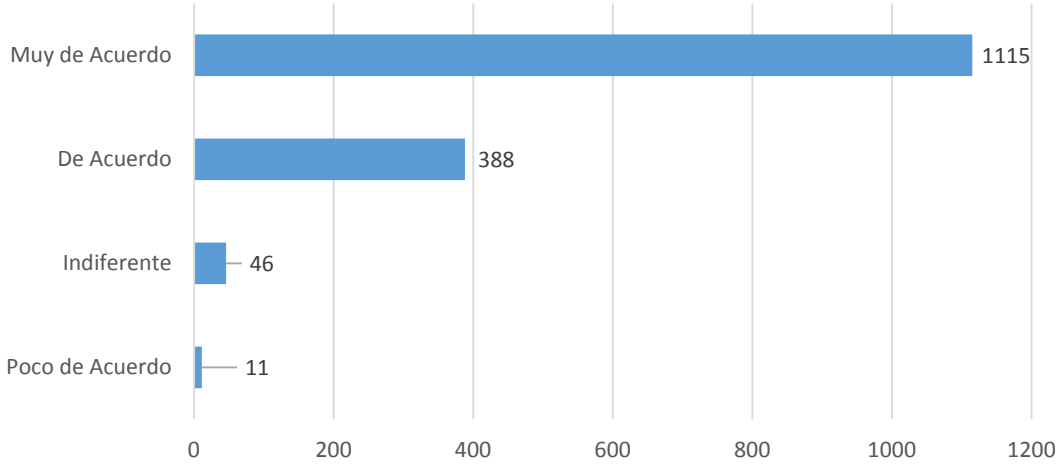
Ilustración 29. Practicar actividad física es un buen hábito saludable.



Pregunta Nº 10:

Un total de 71,5% de los practicantes del IMAS, creen que practicar actividad física es un buen habito saludable, solamente el 0,7% creen que no.

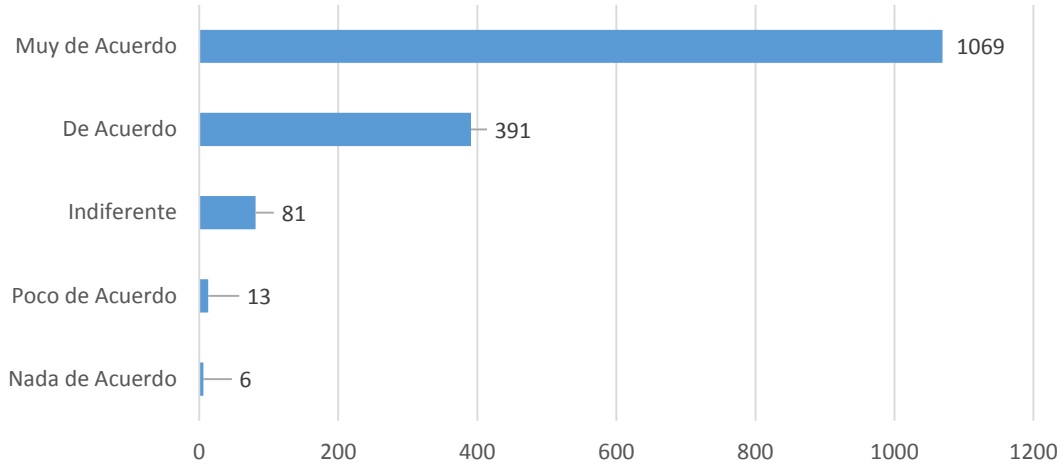
Ilustración 30. Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad.



Pregunta Nº 11:

El 71,5% piensa que la actividad física es adecuada para la edad que tienen, por tan solo el 0,7% piensan que no es adecuada.

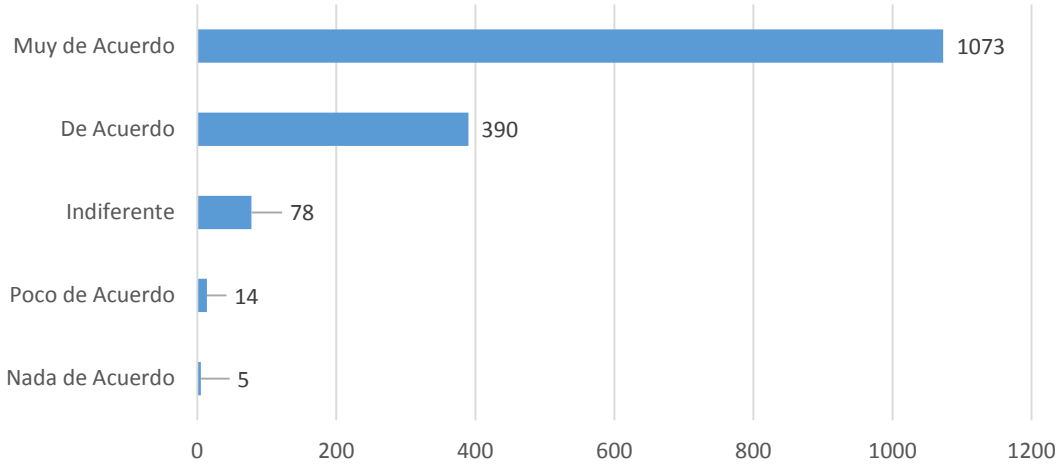
Ilustración 31. La actividad física me permite estar ágil físicamente.



Pregunta Nº 12:

Estar ágil físicamente gracias a la práctica de actividad física está muy de acuerdo el 68,5%, además del 25,1% que opinan de forma adecuada, siendo un total de 93,6%.

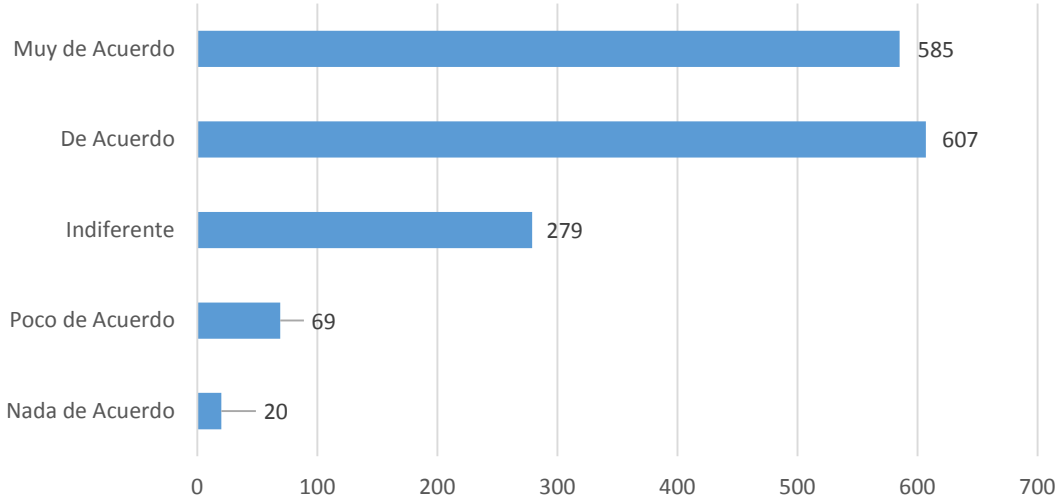
Ilustración 32. Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida.



Pregunta Nº 13:

El 68,8% de las personas del IMAS, están muy de acuerdo con que la práctica de actividad física y el deporte les mejoran su calidad de vida.

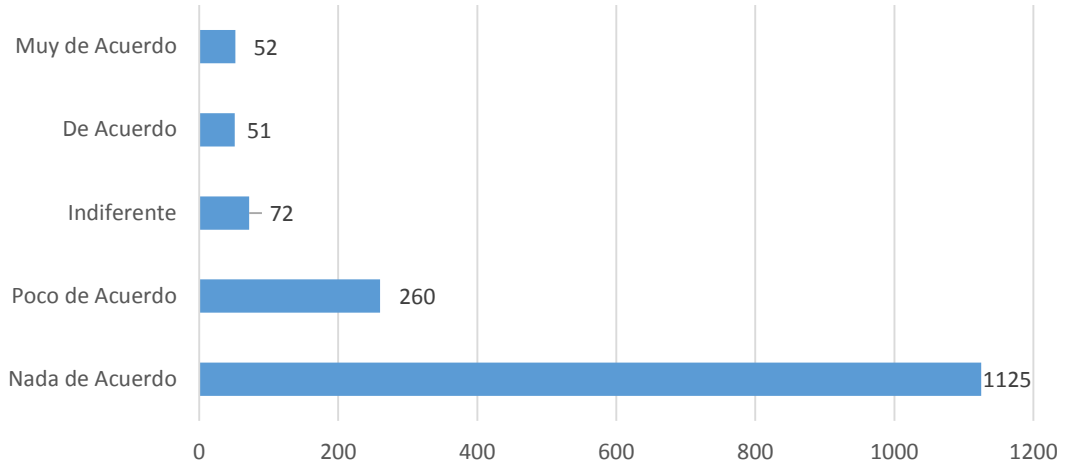
Ilustración 33. Creo que tengo una buena Calidad de Vida.



Pregunta Nº 14:

Un 76,8% de los encuestados, creen que tienen una buena calidad de vida, por solo el 1,3% piensan que tienen una muy mala calidad de vida.

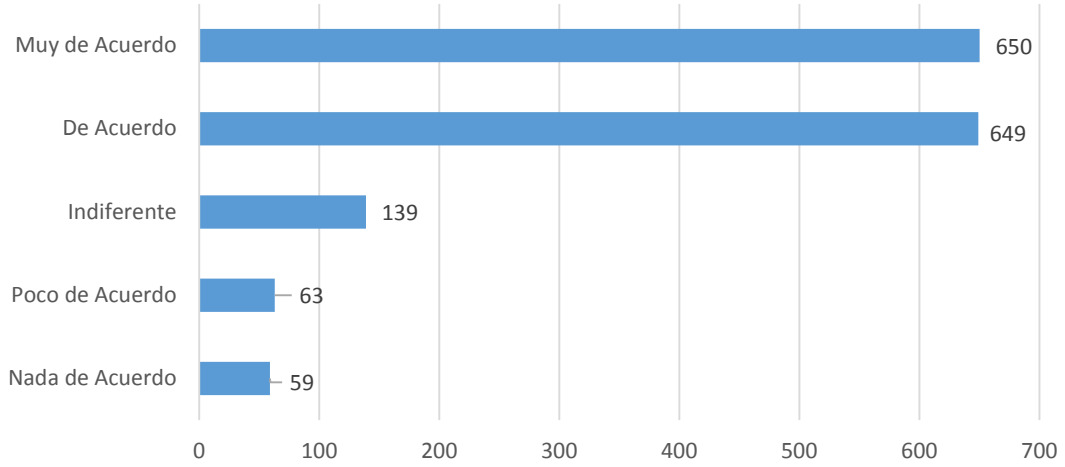
Ilustración 34. No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante.



Pregunta Nº 15:

El 72,1% de las personas mayores opinan que no están para nada de acuerdo con que la actividad física no es importante.

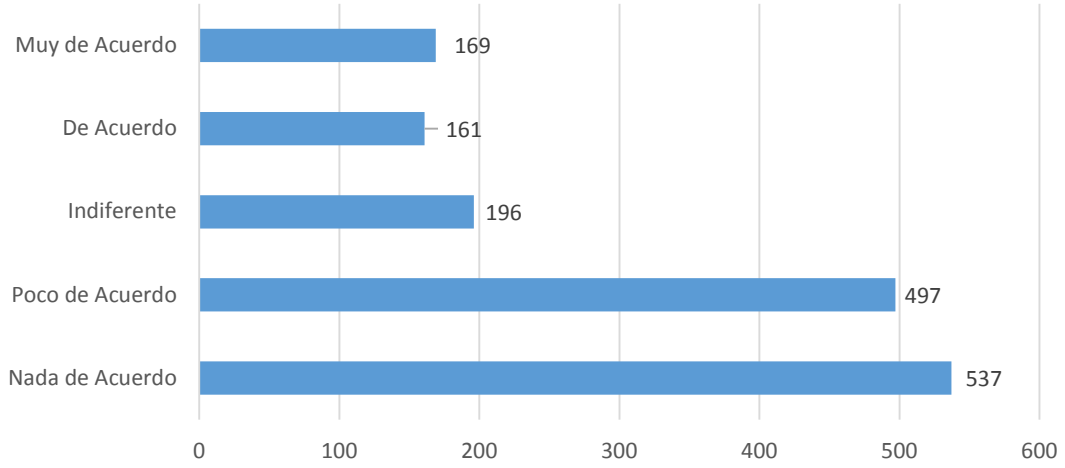
Ilustración 35. Si realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre.



Pregunta Nº 16:

El 83,3% de los encuestados dicen que SI realizan actividad física en su tiempo libre. Estando solamente el 3,8% totalmente en desacuerdo.

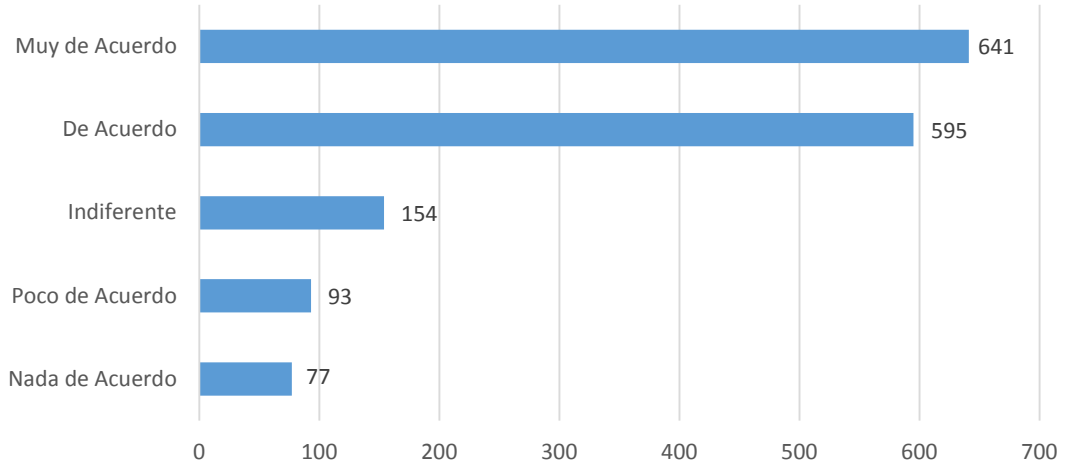
Ilustración 36. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física.



Pregunta Nº 17:

El 34,4% de la población que para nada están de acuerdo, junto al 31,9 que están en desacuerdo, son la mayoría de usuarios, sumando el 65,3% del total, con respecto al resto que si realizan actividades.

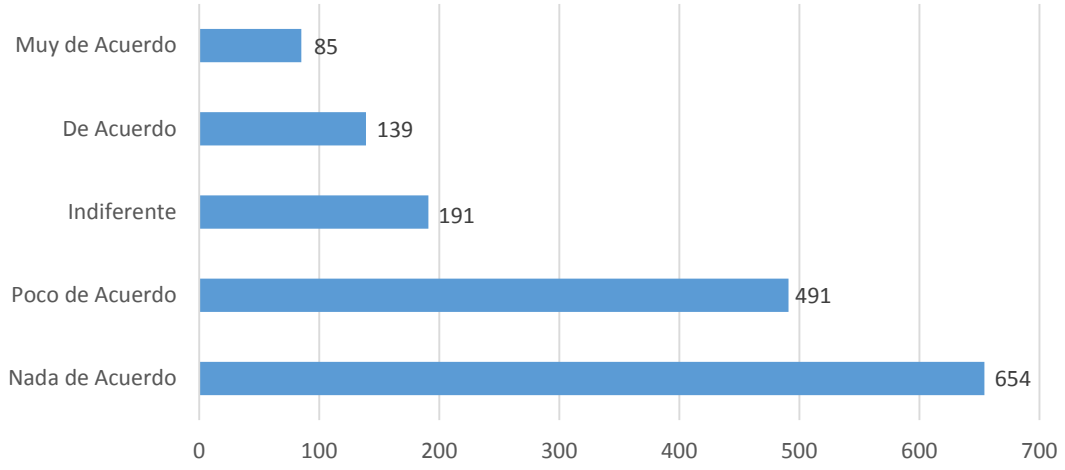
Ilustración 37. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.



Pregunta Nº 18:

El 79,2% de la población de la muestra, utilizan su tiempo libre para realizar otras actividades, además de actividad física. Y el 10,9% solamente hacen actividad física en sus tiempo libre.

Ilustración 38. Solamente realizo actividad física en mi tiempo libre. No hago más actividades.

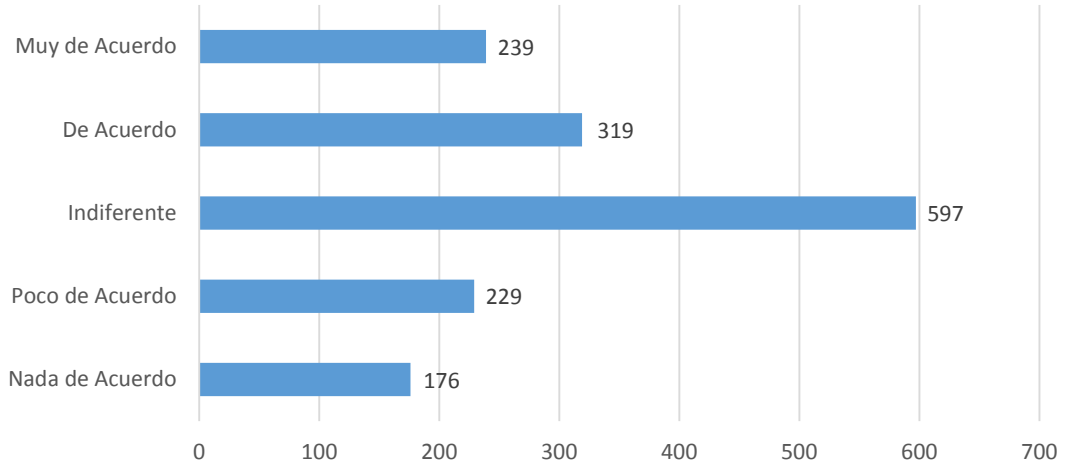


Pregunta Nº 19:

El 41,9 de los mayores, comentan en el cuestionario que en su tiempo libre solamente realizan actividad física y deporte, y no realizan ninguna otro tipo de actividades.

Las preguntas Nº 20 y Nº 21: ya están descritas en el apartado de metodología.

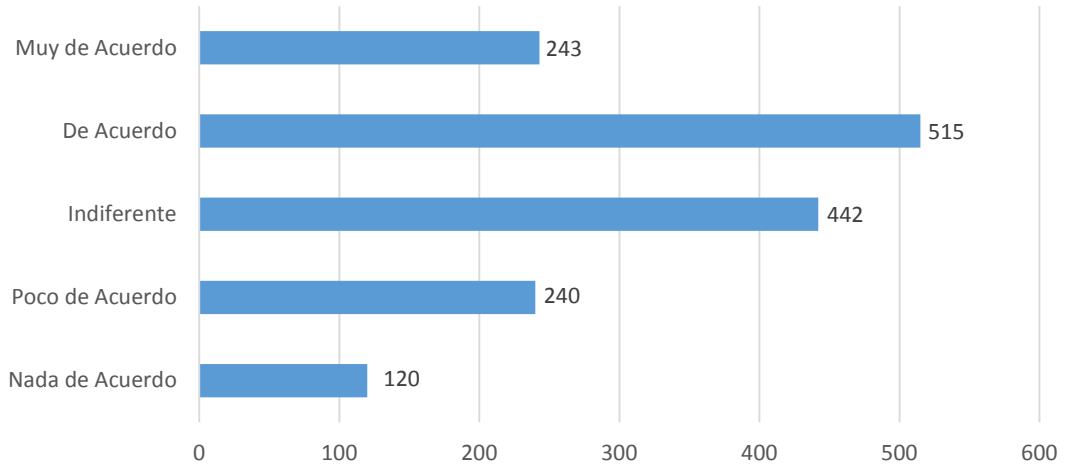
Ilustración 39. Si realizo actividad física, es para tener una mejor silueta corporal.



Pregunta Nº 22:

El dato más significativo es que al 38,3% de los mayores encuestados, les es indiferente tener una mejor silueta corporal.

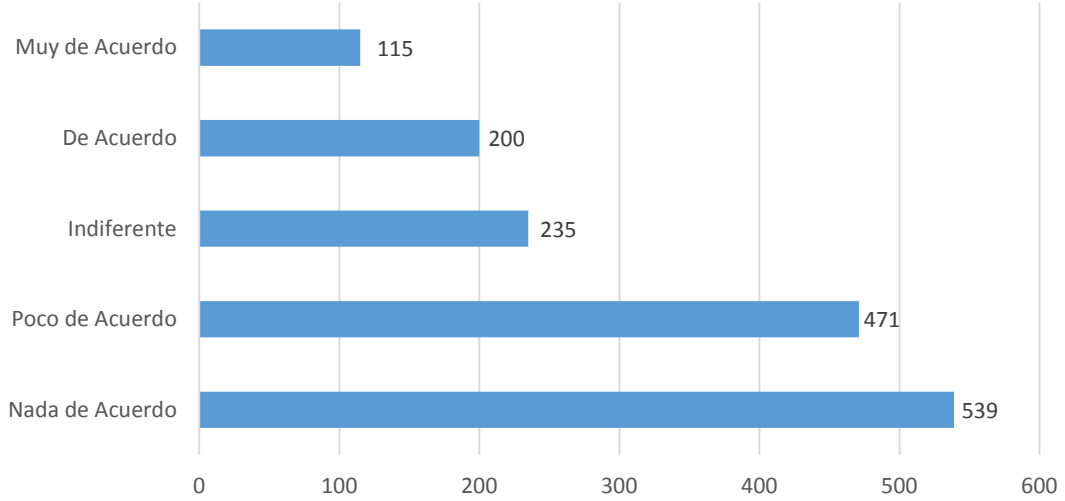
Ilustración 40. Controlo mis actividades y alimentación para tener una buena imagen corporal.



Pregunta Nº 23:

Sin embargo el 33,0% de los encuestados, si controlan sus actividades y la alimentación para tener una buena imagen corporal.

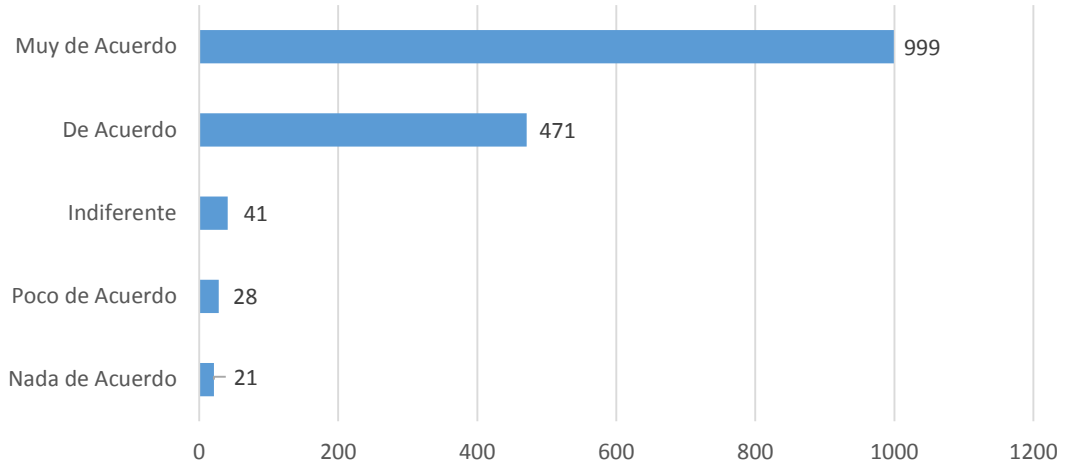
Ilustración 41. No me importa tener una buena imagen corporal.



Pregunta Nº 24:

El 64,8% de las personas mayores del IMAS, responden que “Si” les importa tener una buena imagen corporal, a l 15,1%, les es indiferente y el resto del grupo no les importa.

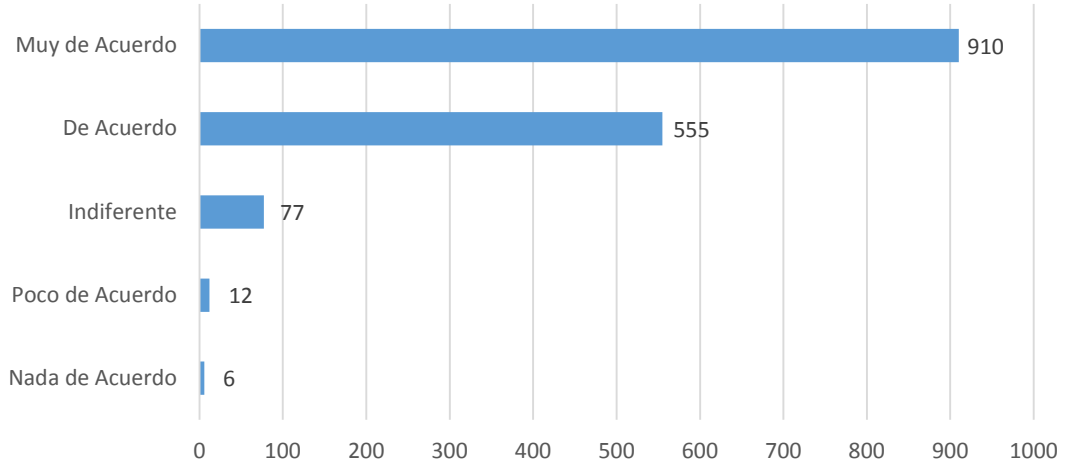
Ilustración 42. Realizar actividad física es necesario para mí persona.



Las Preguntas Nº 25 y 26:

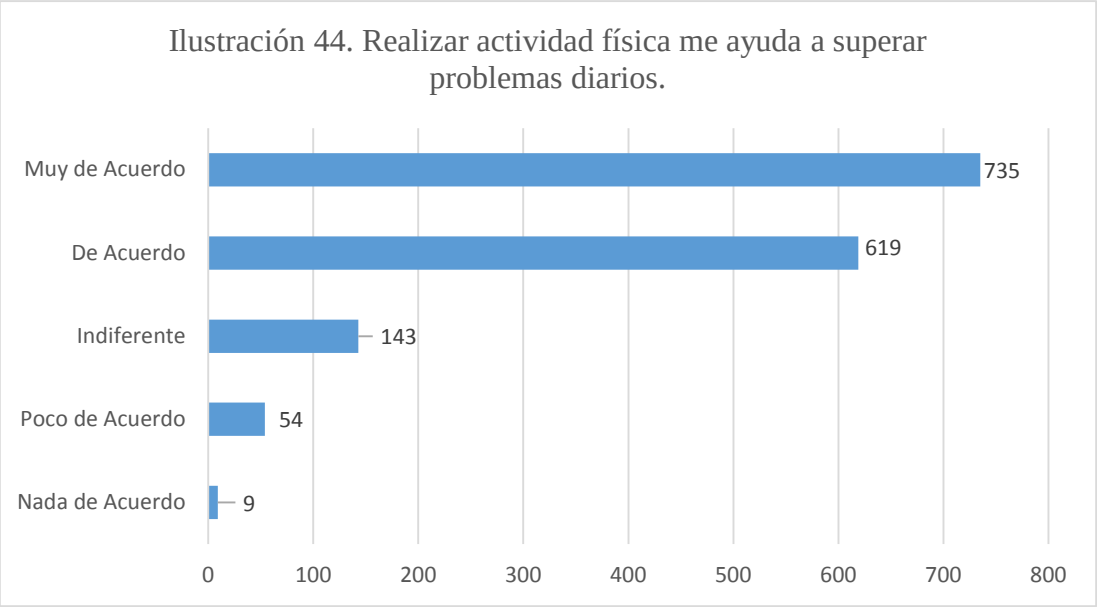
Son la misma, pero formuladas en negativo y en positivo y los resultados han salido muy parecidos, es decir un 94,2% de las personas mayores encuestadas, piensan que la actividad física es importante para su persona.

Ilustración 43. Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida.



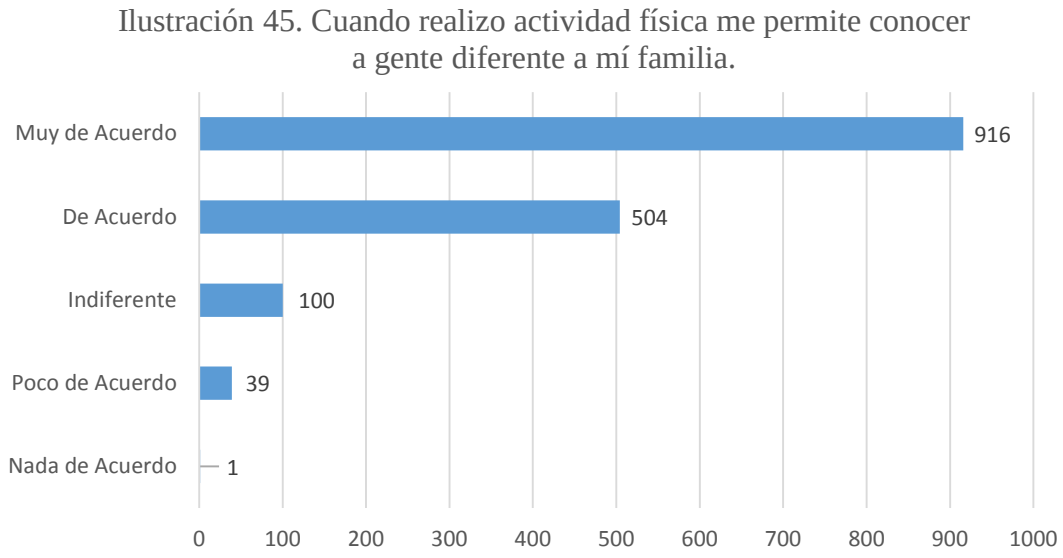
Pregunta Nº 27:

El 58,3% de las encuestas dicen que están totalmente de acuerdo en la actividad física les ayuda en otros aspectos de la vida.



Pregunta Nº 28:

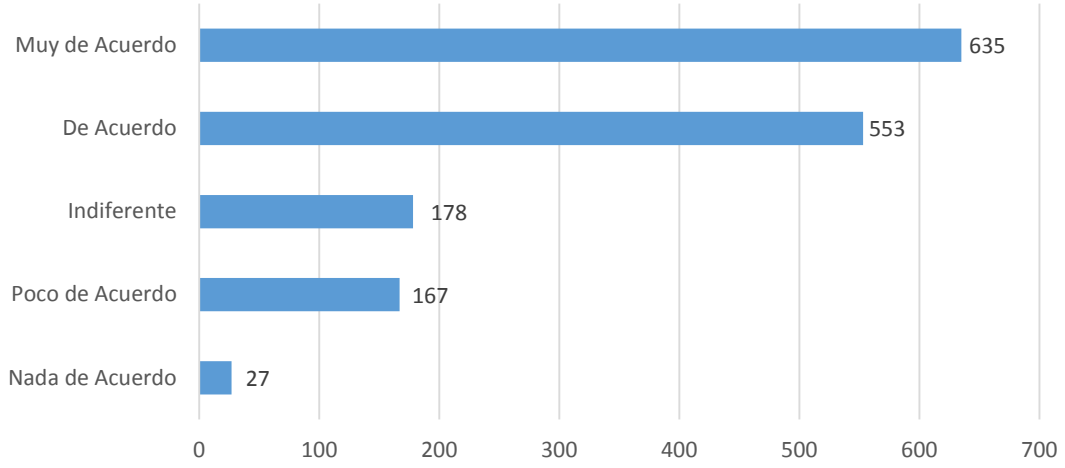
El 86,8% de las personas mayores del IMAS dicen que realizar actividad física y deporte les ayuda a superar problemas diarios.



Pregunta Nº 29:

El 58,7% de las personas mayores encuestadas, confirman que cuando hacen actividad física y deporte les permite conocer a gente diferente a su familia.

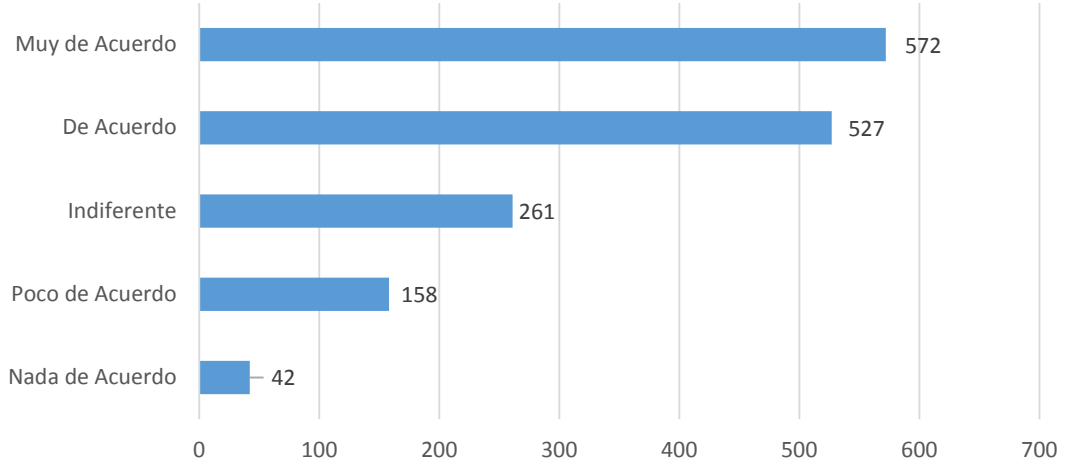
Ilustración 46. Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos.



Pregunta Nº 30:

De las personas mayores que realizan actividad física en el IMAS, el 76,1% reconocen que cuando hacen actividad física conocen a personas con intereses iguales a los suyos.

Ilustración 47. Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales.



Pregunta Nº 31:

De todas las personas mayores que han contestado el cuestionario, el 70,5% piensan que realizar actividad física y deporte, les ayuda a ponerse metas y retos personales, mientras que el 2,7% no lo cree así.

Además el resto son:

- Las preguntas del 1 al 6 son sociodemográficas y atienden a valores de sexo, edad, estado civil y nivel de estudios.

- Las preguntas del 32 al 36, lo hacen sobre los hábitos de los mayores encuestados, con relación al número de días, número de horas, donde, y como hacen y practican actividad física y deporte, así como la posibilidad de elegir entre una serie de modalidades deportivas que nos permitan conocer sus gustos. Estas preguntas se han decidido no incluir en esta tesis doctoral para evitar la dispersión de la misma y que se centrará en los objetivos generales y específicos propuestos, ya que las investigaciones, y bibliografía sobre la frecuencia de práctica deportiva, hábitos hacia la práctica deportiva, tipos de instalaciones de práctica, etc., serán motivo de futuras investigaciones.

Discusión

8

8.- Discusión.

Atendiendo a otras investigaciones que se han publicado sobre hábitos saludables para realizar comparaciones de los datos obtenidos en esta investigación, utilizaremos la bibliografía encontrada y expuesta en el apartado bibliográfico. Además de intentaremos cotejar con otras investigaciones de carácter general que avengan a los objetivos generales de nuestra investigación.

En un estudio del año 2005 en España, García (2006), midió que con respecto a las personas en edades de 65 a 74 años, solamente el 17% de la población practicaban actividad física. Posteriormente, González y Cols. (2010), afirman que ha aumentado hasta el 17,4%. En la comparativa con los centros del IMAS de la Región de Murcia (2015), donde la participación en actividades físicas es solamente de 3.804 personas, sobre los 414.007 personas mayores censadas por el INE en la región de Murcia, la población que practica actividad física es solamente el 3.29%, porque estamos teneindo en cuenta solamente a los centros del IMAS, no a todos los grupos de mayores que realizan actividad física en la Región de Murcia.

Utilizaremos variables independientes como es el sexo, ya que la mujer sigue teniendo niveles de práctica deportiva inferiores al hombre. Mendoza (2000), Otero (2004) o Castillo (2006). En nuestra investigación el nivel de práctica es al revés, teniendo la mujer el mayor porcentaje de participación sobre el hombre hasta una diferencia de un 60%. Esto puede ser explicado por dos factores, primero por el mayor de mujeres inscritas en los centros del IMAS, y segundo porque los hombres prefieren realizar otro tipo de actividades que se ofertan en estos centros.

En un estudio de las personas de 65 a 74 años realizado por García (2006), los varones practicaban en el 45% de los casos, frente al 30% de las mujeres. Por el 60% de mujeres y el 20% de hombres de nuestra investigación.

El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 39,7% de los varones auto valora bien o muy bien su estado de salud, mientras que sólo el 30,6% de las mujeres considera su salud como buena o muy buena. Abellán, A. y Pujol, R. (2013). En

nuestro estudio la percepción de la salud es mejor considerada en las mujeres por un 79,6% y por los hombres en un 20,4%.

En los recientes estudios sobre los hábitos de actividad física predominantes en nuestra sociedad se han basado preferentemente en un análisis a partir de la edad y el género de la población, confirmando que a medida que aumenta la edad se realiza menos actividad física (García Ferrando, 1984, 1990; Sánchez-Barrera y cols., 1995; Piéron y cols., 1999; López y González, 2001).

Corroborando estos estudios con los datos que aparecen en nuestra investigación. En nuestro caso es muy evidente que con el aumento de la edad, se produce el abandono de la práctica de actividad física y deportiva, ya que los practicantes de actividad física desciende hasta el 16.7% en los mayores de 75 años.

Referenciamos los resultados de la tesis doctoral de hábitos de práctica de actividad físico-deportiva de la población adulta de Sevilla de Chacón, F. (2011), en cuanto a la importancia y la utilidad de la práctica de actividad física y deporte en la edad adulta y concluye que los ciudadanos independientemente de que la realicen o no, consideran que practicar actividad física-deportiva es importante (un 79.56%). Nuestro estudio valora que el 72,1% de los encuestados valoran como importante o muy importante la práctica de actividad física.

En un estudio de (ENS, 2011), el estado de salud subjetivo varía poco entre una encuesta y otra. El 34,3% de los mayores percibe su salud como buena o muy buena. Las percepciones negativas aumentan con la edad. Con respecto a nuestro estudio de mayores, observamos que el 39,7% de los encuestados están de acuerdo en que su estado de salud, si es el adecuado para su edad, mientras que solamente el 1,6%, no están para nada de acuerdo.

Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, (1996), realizan un estudio examinando los niveles de conocimiento, utilización y satisfacción de 19 servicios sociales y de salud. Dada la complejidad de los datos obtenidos se resume diciendo que los sujetos han mostrado un muy bajo conocimiento de los servicios existentes, no obstante las personas que utilizan estos servicios están en una altísima proporción satisfechas de ellos. En

nuestro estudio el conocimiento de los programas deportivos es del 95%. Y la satisfacción por realizar los programas de actividad física es del 97,8 % de todos los que la practican.

En nuestra investigación no podemos discutir con el estudio de la Escala de Motivaciones Deportivas en la estrategia de Marketing MODE de (Luna-Arocas, Mundina y Romá, 2001), ya que va enfocado hacia otros aspectos diferentes como el marketing y la satisfacción del servicio percibido, aunque hayamos utilizado alguna preguntas de este cuestionario para el nuestro.

En un estudio de, de Gracia y Marco (2000), dicen que la práctica regular de actividad física, tanto aeróbica como no-aeróbica (yoga), puede inducir cambios positivos en el estado de ánimo en personas mayores inicialmente sedentarias, y que esos cambios parecen estar relacionados con el grado de satisfacción experimentado. En nuestro estudio el 94.2% de los encuestados están muy satisfechos de practicar actividad física y por ende de los beneficios en su estado de ánimo y calidad de vida.

Reflexiones Finales

9

9.- Reflexiones finales.

9.1.- Conclusiones.

En las conclusiones merecen estar presentes el trabajo que desarrollan los Directores de los centros del IMAS de la Región de Murcia, que gracias a ellos se consigue que estos programas de actividad física se desarrollen, a pesar de todas las contingencias y problemas que puedan surgir en su realización.

Los hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos ayudan a incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida y de ahí surge el "concepto de calidad de los años vividos, porque siguiendo a Sánchez Bañuelos (1996), debemos no considerar solamente el total de años de que vivimos, sino los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida".

Con nuestro estudio intentamos contribuir la promoción de un envejecimiento activo y saludable, ya que nuestro fin es la apoyo a la salud y a la forma física para ayudar a envejecer bien, cuidar del cuerpo a través del ejercicio físico, como el mejor remedio para conseguir el envejecimiento activo.

Valoramos también, que para aumentar la calidad de vida en los mayores hay que mejorar aquellas situaciones en las que viven las personas y que incluyen medidas o acciones encaminadas hacia una igualdad social, consiguiendo el mejor grado de salud para permitirle funcionar de manera autónoma.

Es necesario que las administraciones públicas españolas contemplen en sus programas y oferta formativa para mayores, actuaciones en materia de actividad física y deportes y satisfagan las inquietudes y necesidades de estos alumnos, fomentando todos los valores descritos anteriormente. (Ibañez, Martinez y Diaz, 2014).

Por eso, consideramos que un modo de evitar la saturación sanitaria sería invertir más en un planteamiento preventivo, porque está muy claro que mejorar la calidad de vida de los mayores reduciría el uso de los servicios sanitarios y psiquiátricos, utilizando la actividad física como medio preventivo.

El papel que asume la familia ante el proceso de envejecimiento de sus miembros influye en la autoimagen del anciano y en su calidad de vida.

La percepción y asignación social del proceso de envejecimiento es ante todo un producto socio - cultural.

La realización de actividad física y deporte por parta de las personas mayores influye positivamente sobre su percepción de autoestima personal y su imagen corporal.

A medida que las personas envejecen tienen menor nivel de actividad y esto hace que se pierda o disminuya las capacidades y habilidades físicas, mentales y de relaciones interpersonales por ello la principal estrategia para disminuir los efectos del envejecimiento que ocurre con la edad es mantener una actividad física regular.

Nuestro estudio ha revelado que la actividad física y el deporte contribuyen a que las personas sientan que su salud y bienestar son mejores.

La población mayor está sujeta a unas condiciones de salud que, en sí mismas, la incapacitan para desarrollar con facilidad ejercicio físico y deporte. Tal es su situación, que los problemas de salud, junto con la edad, constituyen los motivos más aludidos por las personas mayores para explicar su escasa participación en la práctica del deporte.

Las personas mayores, sector de población en auge en España, gracias a la calidad de vida que se produce en nuestro país y a la mejora de los servicios que se prestan en la actualidad para este colectivo, gozan de buen estado de salud y demandan actividades no exclusivamente “de mayores”. Nuestra aportación como profesionales que trabajamos con mayores, debe ser afrontar los nuevos retos que se nos presentan hacia dicho colectivo, dotándolos de diversidad y calidad en nuestros servicios, investigando posibles innovaciones; buscando la mejora de los programas de actividad física que ayuden a la mejora del envejecimiento activo y una calidad de vida saludable.

Este suficientemente demostrado que los beneficios de la actividad física en los mayores tienen una base científica incontestable, ya que el ejercicio es la mejor herramienta para vivir más y vivir mejor. Solo nos queda aplicar esta evidencia.

Como dijo la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Dª. Gro Harlem Brundland, “tenemos un remedio inmediato, seguro y ajustado para algunos de los principales riesgos de la salud. Es gratis. Funciona para ricos y pobres, hombres y mujeres, jóvenes y mayores. Es la actividad física”.

9.2.- Limitaciones encontradas.

El presente estudio parte de una aparente contradicción: si bien los beneficios de la práctica deportiva para la salud y la calidad de vida son ampliamente reconocidos, dicha práctica no forma parte de los hábitos cotidianos de la mayoría de la población, por lo que el número de personas mayores que practican actividad física en los centros del IMAS en muy bajo en relación al número de asociados a estos centros. La escasez de práctica de actividad física en los mayores se puede achacar a los trabajos de tipo sedentario que realizan, la falta de tiempo libre y las actividades de ocio pasivo.

En el estudio hemos visto las limitaciones que tienen las instalaciones deportivas de los centros del IMAS y en aquellos donde no se realizaba la actividad física dentro del centro, los problemas de los mayores para poder llegar hasta ellos por su lejanía al domicilio del mayor o los espacios donde se realizaban que no reunían las condiciones idóneas para la práctica deportiva, por carecer de ventilación adecuada, comodidad en el acceso, o espacio suficiente para un grupo numeroso.

Otra limitación encontrada es la poca importancia que le dan los mayores a los estudios de investigación. El nivel cultural y el desconocimiento del instrumento, produce un rechazo inesperado.

Cuando el entrevistador les requiere para la toma de datos, se produce una situación no agradable ante la negativa de colaborar de la investigación, debiendo de intervenir muchas veces el director de los centros para animar a los mayores a participar en la encuesta.

9.3.- Prospectiva de futuro.

Para que nuestra investigación sea consecuente con su título, nuestros pasos a partir de ahora deben ir encaminados a la promoción y el apoyo del envejecimiento activo.

Un envejecimiento activo que estamos seguros se conseguirá a través de la mejor y más eficaz herramienta que puede haber para conseguirlo y que no es otra que la actividad física y el deporte.

Este proceso puede ir acompañado de estas consideraciones a modo de prospectiva y conclusión:

- Concienciar a todos los grupos sociales y en especial a las personas mayores de que la práctica regular de ejercicio físico y la práctica de deporte se convierta en un eje de su vida diaria, y que aprendan a vivir la actividad física como una actividad gratificante, reconfortante y placentera.

- Emprender campañas de divulgación e información de los beneficios de la actividad física y el deporte en los medios de comunicación, en los centros de salud y en los centros sociales, especialmente coordinadas y lideradas por los equipos multidisciplinares de atención a las personas mayores (médico de atención primaria, enfermería, trabajador social, animador sociocultural, y profesionales de la actividad física.

- Crear y adecuar nuevos espacios, mejorando los existentes, de forma que permitan la práctica del ejercicio físico y que, además, sean agradables y motiven e incentiven a practicar actividad física en ellos, ya sean espacios naturales al aire libre, o bien, espacios cerrados que permitan la práctica. En nuestro caso, en la mejora de los espacios destinados para la práctica de actividad física de los centros de la IMAS, donde hemos realizado el estudio.

- Organizar planes de formación específicos en actividad física y deporte para todos los profesionales que estén relacionados con las personas mayores, de manera que se transmitan los valores y los conocimientos idóneos.

- Promover la celebración de encuentros para consolidar grupos y dar a conocer los diferentes programas a la población mayor para integrar la demanda latente y para informar a la sociedad de la necesidad de seguir practicando a todas las edades.

Bibliografía

10

10.- Bibliografía.

Abellán, A. & Pujol, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013 Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Informes Envejecimiento en red nº1.

Ackermann, RT., Cheadle, A., Sandhu, N., Madsen, L., Wagner, EH., & LoGerfo, JP. (2003). Community exercise program use and changes in healthcare costs for older adults. Am J Prev Med; 25:232-7.

Alcántara, P., Ureña, F. & Garcés de los Fayos, E.J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. Cuadernos de Psicología del Deporte, 2, 57-73.

Alcaraz, F. G., Espín, A. A., Martínez, A. H., & Alarcón, M. M. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones.*Revista Clínica de Medicina de Familia*, *1*(5), 232-236.

Almorza, D., Yébenes, A., Rivas, R. & Bable, J.A. (2010). El Deporte Universitario en Andalucía. Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on selfconcept and well-being. International journal of sport psychology, 31 (1), 47-65.

Allaz, A.F,. Bernstein, M, Rouget, P., Archinard, M. & Morabia, A. (1998). Body weigth preoccupation in middle-age and ageing women: A General population survey. Intl J, Eating Disorders; 23: 287-98.

Allied Dunbar National Fitness Survey and Health (1990). Encuesta sobre la importancia atribuida a la actividad física y su relación con la salud en Inglaterra en personas de edades comprendidas entre 16 y 74 años.

Allen, L.R. (1991). Benefits os leisure services to community satisfaction. En Driver, B.L.; Brown, P.J. y Peterson, G.L.: *Benefits of leisure*. PA. Venture, State College.

American College of Sport Medicine (1978). Position statement on the recomended quanty and qualyty of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. Medicine and Sciencie in Sport and Exercise, 10, vii-x.

American College of Sports Medicine: “Physical activity programs and behavior counseling in older adult populations”. Med SciSports Exerc, nº 36, 1997- 2003.

Andrade, F., & Pizzarro, J. (2007). Beneficios de la actividad física en el adulto mayor. Recuperado el, 28.

Andrew, G.M. & Parker, J.O. (1979). Factors related to dropout of postmyocardial infartation patients from exercise programs. Medicine and Sciencie in Sports and Exercise, 11, 376-378.

Anguera, M.T. (2003). La metodología selectiva en la Psicología del Deporte. En A. Hernández Mendo (Coord.), *Psicología del Deporte (Vol. 2). Metodología* (p. 74-96). Buenos Aires: Efdeportes.

Annicchiarico Ramos, R. J. ”La actividad física y su influencia en una vida Saludable” Revista Digital 2002: 8 (51). URL disponible en: http://www.efdeportes.com

Añó, V. (1995). Aspectos psicosociales en la oferta de instalaciones deportivas. Tesis doctoral. Dir. Dr. José María Peiró y Dr. José Ramos. Valencia: Universidad de Valencia.

Antó, J. M. & Martí, J. (1977). Algunas posibilidades de actuación sanitaria en la escuela. Cuadernos de Pedagogía, 31-32, 66-69.

AERA, APA & NCME, (1999). Standards for educational and psychological tests. Washington DC: American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.

Aparicio García-Molina, V.A., Carbonell Baeza, A. & Delgado Fernández, 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.

Ara, I. (2015). Políticas y estrategias nacionales e internacionales para la promoción de la actividad física y el envejecimiento activo. Actas del VI Congreso Internacional de Mayores, Málaga, con el Título “Longevidad y salud”. Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga. ISBN: 978-84-7785-955-0.

Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marques-Lopes, I., ... & Vaquero, M. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo" Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición hospitalaria*, *18*(3), 109-137.

Arnold, P. J. (1988). Health Promotion In Society, Education And The Movement Curriculum. Physical Education Review, 11 (2), 104-117.

Arrieta, C. & Espinosa, J. (2005). El boom de los abuelitos. Una investigación sobre la imagen que los mayores tienen de sí mismos y de la vejez. Recuperado el 4 de abril de 2009 dehttp://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=3190.

Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión, 5* (17), 23-29.

Ayuntamiento de Murcia (2007). Guía sobre estilos de vida y salud para mayores.

Ayuste, A., Romañá, T., Salinas, H., & Trilla, J. (2001). Educación y calidad de vida. Las cosas, los otros, uno mismo. *Educación y calidad de vida. Madrid: Editorial Complutense*.

Ayuso, A. Mª. & López, I. (2007): «Sostenibilidad y estilos de vida: obesidad y sobre-peso». Ambienta. La Revista Del Ministerio de Medio Ambiente, 62: 28-29.

Aztarain, F.J. & De Luis, M.R. (1994). Sesenta minutos a la semana para la salud. Archivos de medicina del deporte, XI, 41: 49-54.

Balde, A., Figueras, J., Hawking, D.A. & Miller, J.R. (2003). Physician advice to the elderly about physical activity. Journal of Aging and Physical Activity, 11(1), 90-97.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (Ed.) (1990). Successful aging. New York; Cambridge University Press.

Bárcena, C., Iglesias, J.A., Galán, M.I. & Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL, 1,* 46-52.

Barrios Duarte, R., Borges Mojaiber, R., & Cardoso Pérez, L. D. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 19*(2), 0-0.

Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S., & Owen, N. (2006). Physical activity measurement-a primer for health promotion. *Promotion & Education, 13*(2), 92-103.

Becker, B. (1998). “El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional” Revista Digital [en línea] 1998; 3 (12). URL disponible en: http://www.efdeportes.com.

Barret, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. Personality and individual Diffferences, 42, 815-824.

Bentler, P.M. (1989). EQS structural equations program manual. Los Ängeles, CA: BDMP Statical Software.

Bentler, P.M. (2007). On test anad indeices for evaluating structural models. Personality and individual Differences, 42, 815-829.

Berger, B. G. (1996). Psychological benefits of an active lifestyle: What we know and what we need to know. Quest, 48, 3, 330-353.

Berger, B. G. & Owen, D. R. (1983). Mood Alteration with Swimming-Swimmers Really Do "Feel Better". Psychosomatic Medicine. VL - 45http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1983/10000/Mood_Alteration_with_Swimming_Swimmers_Really_Do.6.aspx.

Bergland, A., Thorsen, K. & Loland, N.W. (2010). The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing & Society, 30,* 949-963.http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X1000022X

Bernacki, E.J., Baun, W.B., Williams, K.S. & Landgreen, M.A. (1983). Effects of age, sex and time on exercise adherence level changes. Medicine and Sciencie in Sport and Exercise, 15, 118.

Beswick, A., Gooberman-Hill, R., Smith, A., Wylde, V. & Ebrahim, S. (2010). Maintaining independence in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20, 128-153.

Biddle, S. & Bailey, C (1985). Motives for participation and attitudes toward physical activity of adult participants in fitness programs. Perceptual and Motor Skills, 61, 831-834.

Biddle, J. H. & Mutrie, N. (1991). Psychology of Physical Activity and Exercise. London: Springer Verlag.

Biddle, J. H. & Mutrie, N. (2001). Psychology of Physical Activity Determinants, well-being and interventions. 2nd edition

Biedma, L., Fernandez-Ballesteros, R., Martín, M., Ramos, C., Rodriguez-Morcillo, L. & Serrano, R. (2009). Deporte, salud y Calidad de Vida. Colección Estudios Sociales, nº 26. Fundación" la Caixa", 2009.

Balde, A., Figueras, J., Hawking, D. A., & Miller, J. R. (2003). Physician advice to the elderly about physical activity. *Journal of Aging* and *Physical Activity*, *11*(1), 90-97.

Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A. & Jeandel, C. (2000). The preventive effects of physical activity in the elderly. Presse Med. 24, 29(22):1240-1248.

Blair, S. N. (1995). Exercise prescription for Health. Quest, 47 (3), 338, 353.

Blair, S. N. (2008): Conferencia de presentación del Foro Gana salud 2008. En línea [http://www.foroganasalud.es/upload/documentos/Conferencia].

Blair, S.N. & Hardman, A. (1995). Special Issue: physical activity, helath and well-being – an international scientific consensus conference. Research Quarterly in Exercise and. Sport. 66. 127-134.

Blair, S. N., Kohl, H. W., Gordon, N. & Paffenbarger, J. R. (2006): «¿Cuánta actividad física es buena para la salud?». Annu. Rev. Publ. Health, 13: 99-126.

Blasco, T. (1994, en prensa). Actividad física y salud. Barcelona: Martínez Roca.

Bliss, C. (1996). El estilo de vida y el estándar de vida (p. 534). En M. C. Nussbaum & A. Sen (Compilación). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica.

Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(1), 0-0.

Borrás, P. A., Palou, P. & Ponseti, F. J. (2001). Transmisión de valores sociales a través del deporte como elemento de promoción de la salud desde la perspectiva social. Tandem. Didáctica de la Educación Física, 3, 5-22.

Botero de Mejía, B. E., Merchán, P., & Eugenia, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud, 12(1), 11-24.

Bouchchard, C., Shephard, R., Stephens, T., Sutton, J., & McPherson, B. (1990). Exercise Fitness and Health, Champaing, Human Kinetic.

Brawley, L., Rejeski, W.J. & King, A.C. (2003). Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. American Journal of Preventive Medicine, Volume 25, Issue 3, Supplement 2, October 2003, Pages 172–183.

Bre´chat, P.H., Lonsdorfer, J., Berthel, M. & Bertrand, D. (2006). Subsidising exercise in elderly people. Lancet, 367: 1055–1056.

Breen, L., Stewart, C. & Onambélé, G. (2007). Functional benefits of combined resistance training with nutritional interventions in older adults: A review. *Geriatr Gerontol Int*, 7, 326-340.

Breslow, L. (1987). Setting Objetives for Public Health. Annual Review of Public Health, 8, 289-307.

Bueno, B. & Vega, J. L. (2000). Desarrollo adulto y envejecimiento. Madrid: Síntesis.

Buñuel, A. (1992a). Deporte y calidad de vida: aspectos sociológicos de las actividades físico-deportivas de las mujeres en España. Revista Sistema, 110-111. 105-114.

Cabrera, A. (2009). Correlatos sociodemográficos, psicológicos y características de la actividad físico-deportiva del adulto mayor de 60 años de Tapachula (Chiapas-Mexico). Tesis doctoral.

Cagigal, J. M. (1966). Deporte, pedagogía y humanismo. Madrid: Publicaciones del Comité Olímpico Español, Madrid.

Cagigal, J. M. (1971). “Ocio y deporte”, Citius, Altius, Fortius, 119, p 79, Madrid: INEF.

Cagigal, J. M. (1975). El deporte en la sociedad actual. Madrid: Prensa Española/Magisterio Español.

Cagigal, J. M. (1975). Hombres y deporte. Madrid: Tarurus.

Cagigal, J. M. (1983). El Deporte Contemporáneo frente a las Ciencias del Hombre, I Simposio El Deporte en la Sociedad Española Contemporánea. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Chaturvedi, S.K. (1991). What’s important for quality of life to Indians - in relation to cancer. *Social Science and* Medicine, *33*, 91-94.

Cheng, S.T. (1988). Subjective quality of life in the planning and evaluation of program. *Evaluation and Program Planning, 11*, 123-134.

Campos Izquierdo, A., Jiménez-Beatty Navarro, J. E., González Rivera, M. D., Martín Rodríguez, M., & Hierro Pinés, D. D. (2011). Demanda y percepción del monitor de las personas mayores en la actividad física y deporte en España. *Revista de psicología del deporte, 20*(1), 61-77.

Cañellas, A. & Rovira, J. (1995). Los hábitos deportivos de la población adulta barcelonesa (15 a 59 años). Apunts: Educación Física y Deportes, 42, 75-79.

Camiña Fernández, F., Cancela Carral, J. M., & Romo Pérez, V. (2001). La prescripción del ejercicio físico para personas mayores. Valores normativos de la condición física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 1(2), 136-154.

Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 521-551.

Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 863-882.

Carrión, C., Mundina, J.J., Yeste, A. & Balibrea, E. (2006) La mujer y la práctica de la actividad física y el deporte en la Universidad de Valencia y en la Universidad Politécnica de Valencia. Consejo Superior de Deportes. Serie ICd, nº46.

Casas, F. (1989). Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Barcelona: PPU.

Casas, F. (1986). Bienestar social: una introducción psicosociológica. Barcelona: PPU.

Casas, F. (1999). Calidad de Vida y Calidad Humana. Papeles del Psicólogo ISSN 0214 – 7823. Noviembre, nº 74.

Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body image*, *1*(1), 1-5.

Castañeda, C. (2012). Hábitos de práctica de actividad física y estilo de vida saludable del alumnado de la Universidad de Sevilla. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Sevilla.

Casimiro, A.J. (1999). Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, desde final de primaria (12 años) hasta final de secundaria obligatoria (16 años). Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Castillo, E. (2006). Hábitos de práctica de actividad física y estilo de vida saludable del alumnado de la Universidad de Huelva. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Huelva.

Castillo, E. & Sáenz-López, P. (2008). Práctica de la actividad física y estilo de vida saludable del alumnado de la Universidad de Huelva. España. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.

Castillo, I. & Balaguer, I. (2001). Dimensiones de los motivos de práctica deportiva de los adolescentes valencianos escolarizados. Apunts. Educación Física y Deportes, 63, 22-29.

Castillo, I., Balaguer, Isabel. & García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. Revista de Psicología del Deporte 2007. Vol. 16, núm. 2 pp. 201-210 ISSN: 1132-239X.

Cervelló, E. (2000). Una explicación de la motivación deportiva y el abandono desde la perspectiva de la Teoría de Metas: Propuestas para favorecer la adherencia a la práctica deportiva. Primer Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela.

Chacón, F. (2011). Hábitos de práctica de actividad físico-deportiva de la población adulta de Sevilla. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

Choia, K.B., Jangb, S.H., Leea, M.L. & Kima, K.H. (2010). Sexual life and self-esteem in married elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics, 53, 17-20. http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.011

Clarke, L.H. (2001). Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. Can Rev Sociol Anthropology; 38: 441-64.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Guralnik, J.M. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. Journal of Aging and Physical Activity, 11(2), 242-253.

Colom, J. A., Pérez, P. Mª & Vázquez, G. (2001). Calidad de vida, ambiente y educación (pp.1-37). En G. Vázquez (Ed.), Educación y calidad de vida. Madrid: Editorial Complutense.

Collí Novelo, L. B. (1996). *Estilo de vida saludable del anciano y estado de salud percibido* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Consejería de Salud-Junta de Andalucía (2010). Guía de Recomendaciones para la Promoción de Actividad Física. http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/130/Guia_Recomendaciones_AF.pdf.

Consejo Superior de Deportes (1978). Encuesta sobre hábitos deportivos en España.

Consejo Superior de Deportes, Noviembre (2010). *Plan Integral A+D para la Educación Física y el Deporte.*

Corcuera, E. & Villate, R. (1992a). Actitudes ante el deporte en Vitoria-Gazteiz. Estudio cuantitativo. Vitoria-Gazteiz: Neurriak (paper).

Coreil, J., Lewin, J. & Garty, E. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias socio médicas. Clínica y salud, 3, 221-231.

Corning, A.F., Krumm, A.J., & Smitham, L.A. (2006). Differential social comparison processes in women with and without eating disorder symptoms. J Counsel Psychology; 53: 338-49.

Dawson, J. (1994). Health and lifestyle surveys; beyond health status indicators. Health Education Journal, 53, 300-308.

Decisión nº 940/2011/UE del parlamento Europeo y del Consejo de 14 de septiembre de 2011 sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012).

Decisión nº 1672/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 2006, por la que se establece un programa comunitario para el empleo y la solidaridad social — Progress (DO L 315 de 15.11.2006, p. 1).

Decisión nº 1720/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2006, por la que se establece un programa de acción en el ámbito del aprendizaje permanente (DO L 327 de 24.11.2006, p. 45).

Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) (DO L 301 de 20.11.2007, p. 3).

Decisión nº 1982/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativa al Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración (2007 a 2013) (DO L 412 de 30.12.2006, p. 1).

De Abajo Olea, S. & Márquez Rosa, S. (2013). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. Ediciones Díaz de Santos, 3 mar. 2013 - 14 páginas

De Burgos, M. (2001). Diseño y gestión de un programa de actividad física para personas mayores institucionalizadas: un estudio de caso. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

De Gracia, M., Garre, J. & Marco, M. (1999). Desarrollo y validación preliminar de la Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE). Revista Española de Gerontología, 34 (2), 92-100.

De Gracia, M., Marcó, M. & Garre, J. (1999). Valoración de los beneficios psicológicos del ejercicio físico en personas mayores. Apunts. Educación Física y Deportes, 57, 46-54.

De Gracia, M., & Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. Psicothema, 12(2), 285-292.

De la Serna. P. I. (2003). La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura. Madrid: Ediciones Díaz Santos, 2003. p. 115. 4

Delgado, M., Gutiérrez, A. & Castillo, M. J. (1997). Entrenamiento físico-deportivo y alimentación. De la infancia a la edad adulta. Barcelona: Paidotribo.

Delgado, M. & Tercedor, P. (2002). Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física. Barcelona: Inde.

Delgado, A.R. & Prieto, G. (1997). Introducción a los métodos de investigación de la Psicología. Madrid: Pirámide.

Demography, active ageing and pensions, Social Europe guide, Volume 3, European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Manuscript completed in May 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. ISBN 978-92-79-25009-5.

Devís, J., Peiró, C., Pérez, V., Ballester, E., Devís, F., Gomar, M. J…… (2000). Actividad Física, Deporte y Salud. Barcelona: Inde.

Diaz, A. & Martínez, A. (1998). Deporte formativo. En Atas del XVI Congreso Nacional de Educación Física, Facultades de Educación y Escuelas de Magisterio (pp.143-150). Universidad de Extremadura: Badajoz

Dishman, R.K. (1988). Exercise adherence. Its impact on Public Health. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Duda, J.L. (1993). Goals: A social cognitive approach to the study of achievement motivation in sport. In R.N. Singer, M. Murphey, & L.K. Tennant (Eds.), Handbook of research on sport psychology (pp. 421-427). New York: Macmillan.

Durán, D., Orbegoz, L.J., Uribe-Rodríguez, A.F. & Uribe, J.M. (2008). Social Integration and Functional Skills in Older Adults. *Universitas Psychologica, 7,* 263-270.

Dorantes, G., Ávila, J.A., Mejía, S. & Gutiérrez, L.M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública, 22,* 1-11. http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000600001

Dustman, R.E., Ruhling, R.O., Russell, E.M., Shearer, D.E. & Boneket, H.W. (1984). Aerobic training and improved neuropsychological function of older individuals. Neurobiology of Aging. 5, 35-42.

Ekwall, A., Lindberg, A. & Magnusson, M., (2009). Dizzy – Why Not Take a Walk? Low Level Physical Activity Improves Quality of Life among Elderly with Dizziness. Gerontology; 55:652-659

Escartí, A. & Brustad, R. (2000). El estudio de la motivación deportiva desde la perspectiva de la teoría de metas. Primer Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela.

Escolar, JL., Pérez-Romero, C. & Corrales, R. (2003). Actividad física y enfermedad. An Med Interna (Madrid) 2003; 20:427-433.

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

Etxeberria, Y., González, N., ángel Padierna, J., Quintana, J. M., & De Velasco, I. R. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. Psicothema, 14(2), 399-404.

Eurostat. @Unión Europea. 1995. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics.

European Comision (2002). Programas de acción comunitaria en el ámbito de la salud publica 2003-2008). Disponible en http://www.dicoruna.es/ipe/doce/2002/l_27120021009es00010011.pdf

European Comision (2004). Special Eurobarometer. Citizens of the European Union and Sport. Disponible en http://www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_report_en.pdf.

Feingold A. & Mazzella R. (1998). Gender differences in body image are increasing. Psychol Science 1998; 9: 190-95.

Fernández, M. D., & Sánchez, P. T. (1998). Actividad física para la salud: reflexiones y perspectiva. In Nuevos horizontes en la educación física y el deporte escolar= New perspectives in physical education and shool sport (pp. 35-44). Instituto Andaluz del Deporte.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñíguez, J. & García, I.F. (2005). *Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad*". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40 (2), 92-102.

Fernández Ballesteros, R. & Maciá, A. (1993). "Calidad de vida en la vejez" Intervención social, 1993; 2 (5), 77-94.

Fernández-Ballesteros, R. .y Maciá, A. (1996). Informes de allegados sobre los mayores y de éstos sobre sí mismos. *Revista de Gerontologia,* 6.20-30.

Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. & Maciá, A. (1997): Calidad de vida en la vejez en distintos contextos (Quality of Life among the elderly in different contexts). IMSERSO, Madrid

Fernández García, E. (2002). Cultura social y estereotipos de género en la actividad física y el deporte. En Actas del III Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena.

Fonseca, A. & Paula-Brito, A. (2000). Variables motivadoras discriminantes de la intención de practicar actividad física o deporte. Primer Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela.

Forman, M. & Davis, W.N. (2005). Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment, for eating disorders. Int J Eating Disord; 13: 231-43.

Fox, K. R. (1990). The Physical Self-Perception Profile manual. DeKalb: Northern Illinois University, Office of Health Promotion.

Fox, K. R. (2000). Promoting activity in young people: Key psychosocial considerations. En Actas del II Congreso Internacional de Educación Física y Salud (pp. 89-103). Jerez: FETE-UGT.

Folkins, C. H. & Sime, W.E. (1981). Entrenamiento de la aptitud física y la salud mental. American Psychologist, Vol 36 (4), abril 1981, desde 373 hasta 389.Http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.36.4.373

Fragoeiro, I., Pestana, M.H. & Paul, C. (2007). Mental health of the older people from the self-governing Region of Madeira: Pilot study. *Gerokomos, 18,* 23-27.

Franzoi, S.L. & Koehler, V. (1998). Age and gender differences in body attitudes: A comparison of young and elderly adults. Int J Aging Human Dev; 47: 1-10.

Gallo, L. M., Castro, J. A., Monsalve, O. L. & Ochoa, V. (2002). Mujer y deporte en Medellín y su área metropolitana. Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes, 52. http://www.efdeportes.com/efd52b/mujer.htm

García-Alcaraz, F., Alfaro, A, Hernández-Martínez, A. & Molina-Alarcón, M. (2006). Diseño de cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232-236.

Garcés de Los Fayos, E. J. G; Teruel, E.; Jiménez, G. & García, C. (1995). Determinantes motivacionales, burnout y propensión al abandono deportivo. En Actas del V Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte (pp. 90-95). Valencia: Universitat de Valéncia.

Garcés de Los Fayos, E. J. G., Millán, P. A. S., & Villanueva, F. U. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de psicología del deporte*, *2*(2), 57-74.

Garcés de Los Fayos, E. J. G., Millán, P. A. S., & Villanueva, F. U. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de psicología del deporte*, *2*(2), 57-74.

García, M. (2006). Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Madrid: CSD-CIS.

García, A.J. & Troyano, y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad físico-deportiva. Escrito de Psicología vol 6. Nº.2 Málaga. Mayo-agosto. 2013. pp. 34-41. ISSN 1989-3809.

García Ferrando, M. (1982). Deporte y Sociedad. Madrid: Ministerio de Cultura.

García Ferrando, M. (1984). Las prácticas deportivas de los estudiantes universitarios. Madrid: F.E.D.U.

García Ferrando, M. (1985). Informe de la encuesta de opinión a nivel nacional sobre temas deportivos de actualidad: Los hábitos deportivos de los españoles. Madrid: Centro Nacional de Investigación en Ciencias del Deporte.

García Ferrando, M. (1986). Hábitos deportivos de los españoles. Sociología del comportamiento deportivo. Madrid: ICEFD.

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

García Ferrando, M. (1991). Los españoles y el deporte. Madrid: Ministerio de Cultura. I.C. E. F. D.

García Ferrando, M. (1996a). Cambios en los hábitos deportivos de los españoles. Temas para el debate, 23: 43-46.

García Ferrando, M. (1996b). La encuesta. En: M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos.

García Ferrando, M. (1998). Estructura social de la práctica deportiva. En García Ferrando, M.; Lagardera, F. & Puig, N (comps.). Sociología del deporte (pp. 41-65). Madrid: Alianza Editorial.

García Ferrando, M. (1998). Los españoles y el deporte, 1980-1995. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (2001). Las prácticas deportivas de la población española en el cambio de siglo. Actas del II Congreso de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (pp. 95-97). Valencia: Universitat de València.

García Ferrando, M. (2005). Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles: avance de los resultados. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.

García Ferrando, M. (2006). Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Madrid: CSD-CIS.

García Ferrando, M. & Lagardera, F. (1998). La perspectiva sociológica del deporte. En García Ferrando, M.; Lagardera, F. y Puig, N (comps.). Sociología del deporte (pp. 13-39). Madrid: Alianza Editorial.

García Ferrando, M. & Llopís, R. (2011). Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010. Universidad de Valencia.

García Jiménez, E., Gil Flores, J. & Rodríguez Gómez, G. (2000). Análisis Factorial. Cuadernos de Estadística. Madrid: Ed. La Muralla.

Gardner, R. M., Friedman, B. N. & Jackson, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. Perceptual & Motor Skills, Denver, v. 86, n. 2, p. 387-395, apr. 1998.

Gaspar de Matos, M. & Sardinha, L. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. En L. Sardinha, M. Gaspar de Matos y I. Loureiro (Eds.), Promocao da saúde. Modelos e práticas de intervencao nos âmbitos da actividade física, nutricao e tabagismo (pp. 162-181). Lisboa: Facultad de Motricidad Humana.

García Montes, M.E. (1997). Actitudes y comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

García, A., Sáez, J. & y Escarbajal, A. (2000). Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán.

Garner, R. M. & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry and Medicine, v. 11, n. 3, p. 263-284.

Garner, R. M., & Boice, R. A (2004). Computer program for measuring body size distortion and body dissatisfaction. Behavior Research Methods, Instruments & Computers, v. 36, n. 1, p. 89-95.

Garzón, M. C., Porcel, F. O., Ruiz, J. R., & Sainz, A. G. El ejercicio como tratamiento anti-envejecimiento.

Gaullier, X. (1988). *La deuxième carrière. Âges, emplois, retraites* (Doctoral dissertation, Paris 5).

Gavin, J. (1992). The Exercise Habit. Champaign, Illinois: Leisure Press.

Generelo, E. (1998): «Educación Física y Calidad de Vida». En Martínez del Castillo, J. (comps.): Deporte y Calidad de Vida (309-331). Esteban Sanz, Madrid.

Generelo, E. (2001). La salud... Algo más que un discurso teórico. En J. Tejada, A. Nuviala y M. Díaz Trillo (Eds.), Actividad Física y Salud (pp. 115-134). Huelva: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.

Gili-Planas, M. & Ferrer-Pérez, V. (1994). Práctica deportiva y estereotipos de género: un estudio en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (CAIB). Revista de Psicología del Deporte, 5, 81-88.

González, M.ª D., Martín, M.ª, Jiménez-Beatty J. E., Campos, A. & Del Hierro, D. (2010). Hábitos de actividad física de las personas mayores en España y condición social. Apunts. Educación Física y Deportes 2010, Nº 101, 3.er trimestre, pp. 87-98.

González-Gross, M. (2011). Simposio de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) en el 2º Congreso Mundial de Nutrición y Salud Pública celebrado el en Oporto (Portugal).

González-Gross, M., Pedrero-Chamizo, R., Aparicio-Ugarriza, R., Fuentes, & F., Meléndez, A. (2015). Ejercicio físico y envejecimiento: Aspectos cognitivos y de calidad de vida. Actas del VI Congreso Internacional de Mayores, Málaga, con el Título "Longevidad y salud". Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga. ISBN: 978-84-7785-955-0.

Gonzalo, E. & Pasaríb, M. I. (2004): «La salud de las personas mayores». Gaceta Sanitaria, 18 (supl. 1).

Grande, l. & Abascal, E. (2005). Análisis de Encuesta. Madrid: ESIC Editorial.

Graupera, J. L., Martínez del Castillo, J. & Martín, B. (2003). Factores motivacionales, actitudes y hábitos de práctica de actividad física en las mujeres mayores. Serie ICD de Investigación en Ciencias del Deporte (35), 181-222.

Guérin, F., Marsh, HW, & Famose, JP. (2004). Generalización del PSDQ y su relación con la aptitud física:. La conexión francesa Europea *Diario del Deporte y Psicología del* ejercicio, *26* (1), 19-38.

Gillison, F., Skevington, S., Sato, A., Standage, M. & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 68, 1700-1710.

Guillén García, F., García, G., & Castro Sánchez, J. J. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. In Revista de psicología del deporte (Vol. 6, pp. 0091-110).

Guillén García, F., & Ramírez Gómez, M. (2011). Relación entre Autoconcepto y Condición Física en Alumnos del Tercer Ciclo de Primaria. In Revista de Psicología del deporte (Vol. 20, pp. 0045-059).

Guillen, F. & Sánchez, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *Edupsykhé, 2* (2), 259-272.

Gutiérrez, M. (1995). Valores sociales y deporte. La Actividad Física y el Deporte como transmisores de valores sociales y personales. Madrid: Gymnos.

Gutiérrez, M. (2000a). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. Revista de Educación Física, 77, 5-14.

Gutiérrez Robledo, L. M. (1994). Concepción Holística del envejecimiento. En: Organización Panamericana de la Salud, OPS. La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington D.C.: OPS, 1994. p. 34-36.

Gutiérrez Robledo, L. M. (1997). La atención en ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington D.C. 1997. 67p.

Gutiérrez, M., & González-Herrero, E. (1995). Motivos por los que los jóvenes practican actividad física y deportiva: análisis de una muestra de estudiantes universitarios. *Aplicacions i fonaments de les activitats físico-esportives*, 363-374.

Gutiérrez, M., Moreno, J. A. & Sicilia, A. (1999a). Medida del Autoconcepto Físico. Una adaptación del PSPP de Fox (1990). En Aplicacions i fonaments de les activitats físico-esportives (pp. 187-198). Actes del IV Congrés de les Ciéncies de l'Esport, l'Educació Física i la Recreació. Lleida: INEFC.

Harter, S. (1987). Effectance motivation reconsidered. Human Development, 21, 34-64.

Harwood, R.H, & Conroy, P. (2009). Slow walking speed in elderly people BMJ; 339:b4236

Haumont, A. (1987). La pratique esportiva. En R. Thomas, A. Haumont y J. Levet (Eds), Sociologie du sport (pp. 150-156). París: Presses Universitarie de France.

Heinzelmann, F., & Bagley, R.W. (1970). Response to physical activity programans and their effect on health behavior. Public Health Report, 85, 905-911.

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGrawhill Iberoamericana.

Hellin, P. (2003). Hábitos físico-deportivos en la Región de Murcia: implicaciones para la elaboración del currículum en el ciclo formativo de actividades físico-deportivas. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Murcia.

Hu, L. & Bentler. P. M. (1999). Cutoff criteria for: fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new altematives. Structural Equation Modelling, 6, 1-55.

Hudgson, N. M.; Andrews, B. C. y Butler-Adam, J. F. (1995). Leisure participation and perceptions of psychological benefits. Journal for research in sport, physical education and recreation, 18 (2), 29-37.

Informe Del Año Europeo Del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012. Resultados del Programa de Actividades en España. (2012).

Imserso (2012). Resultados del Programa de Actividades en España en relación al año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional 2012.

Imserso (1998): III Congreso de Organizaciones de Mayores. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Fundación Mapfre medicina. Madrid.

Imserso (2000): Las personas mayores en España. Informe. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Imserso (2003): Plan de acción para personas mayores 2003-07. Imserso. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística. Explotación Estadística Del Padrón (2010).en http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245&file=inebase&L=0

Instituto Nacional de Estadística (INE), sitio web del INE: www.ine.es**.** Mayo 2015.

Izquierdo, M., & Aguado, X. (1998). Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. *Archivos de Medicina del Deporte*, *15*(66), 299-306.

Jaeger, B., Ruggiero, G.M., Edlund, B., Gómez-Perretta, C. & cols. (2001). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. Psychother Psychosom; 71: 54-61.

Jiménez-Beatty, J. E. (2002). La demanda de servicios de actividad física en las personas mayores. Tesis doctoral. Universidad de León.

Jiménez-Beatty, J.E., Graupera Sanz, J.L., Martínez del Castillo, J., Campos Izquierdo, A. & Martín Rodríguez, Mª. (2007). Motivational Factors and Physician Advice for Physical Activity in Older Urban Adults. Journal of Aging and Physical Activity, 15, 236-252.

Jiménez, R., Cervelló, E., Gusi, N. & Gálvez, A. (2000). Un estudio de la influencia del ejercicio físico en el autoconcepto de mujeres mayores. En Actas del II Congreso Internacional Educación Física y Diversidad (pp. 297-304) Murcia: Universidad de Murcia.

Jürgens, I. (2006) Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 6 (22) pp. 62-74 http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.htm.

Kaiser, H.F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika, 23, 187-200.

Kaiser, H.F. (1960).The application of electronic computers to factor analysis. Educational and Psychological.

Kaiser, H.F. (1974), An index of factorial simplicity. Psychometrika, 39, pp. 31-36.

Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., ... & Corso, P. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review1, 2 1The names and affiliations of the Task Force members are listed in the front of this supplement and at www. The community guide. org. 2.

Katula, J.A., Rejeski, W.J & Marsh, A.P. (2008). Enhancing quality of life in older adults: A comparison of muscular strength and power training.Health and Quality of Life Outcomes, 6:45.

Kenyon, G. S. (1988). Six scales for assesing attitudes toward physical activity. Research Quarterly, 39. 566-574.

King, A. C., Rejeski, W. J., & Buchner, D. M. (1998). Physical activity interventions targeting older adults: a critical review and recommendations.*American journal of preventive medicine*, *15*(4), 316-333.

King, A. C., Blair, S. N., Bild, D. E., Dishman, R. K., Dubbert, P. M., Marcus, B. H., ... & Yeager, K. K. (1992). Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.

Kline, R.B. (2005). Principles and practise of esstructural equiation modelling. (2ed.) New York: The Guilford Press.

Krueger, D. W. Psychodynamic perspectives on body image. In: Cash, T.; Pruzinsky Y. T. (2004). Body image: a handbook of theory, research & clinical practice. Nova Iorque: Guilford, Press, 2004. p. 30-37.

Kutsenko, Y. (2015). Efectos de la actividad física en la enfermedad de Alzheimer en humanos y modelos animales. Trabajo de Fin de Grado. Murcia: Universidad de Murcia.

LaFontaine, T., Dilorenzo, T.M., Frensch, P.A., Stucky-Ropp, R., bargman, E.P. & Mcdonald, D.G (1992). El ejercicio aeróbico y el estado de ánimo. Medicina del Deporte, 03 1992, Volumen 13, Número 3, pp 160-170

Landeta, J. (1999). El Método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre. Ariel. Barcelona.

Landers, D.M., Arent S.M., (2001). La Actividad Física y la Salud Mental. Manual de psicología del deporte. Volumen 2. Páginas, 740-765.

Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública, 38(4), 562-580.

Latiesa, M., Martos, P. & Gallo, M. A. (1998). Deporte y salud en la mujer. En Martínez del Castillo (comp.) Deporte y calidad de vida (pp. 8596). Madrid: Librerías deportivas Esteban Sanz.

Layman, E. M. (1960). Contributions of exercise and sports to mental health and social adjustment. *Science and medicine of exercise and sports*, 560-599.

Lee, I.M., & Buchner, D.M. (2008). La importancia de caminar para la salud pública. Medicina y Ciencia en Deportes y Ejercicio, 40 (Supl 7): S512-8.

Leith, L. M., & Taylor, A. H. (1990). Psychological aspects of exercise: A decade literature review. *Journal of Sport Behavior*.

Levy, L. & Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: El Manual Moderno.

Lewis, BS. & Lynch WD. (1993). The effect of physician advice on exercisebehavior. Prev Med 1993; 22:110–21.

Libro Blanco del Envejecimiento Activo. (2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Catálogo General de Publicaciones Oficiales.

Loland, N. W. (1999). Body image and physical activity. Norges idrettshogskole, 1v.

Long, BJ., Calfas, KJ., Patrick, K., Sallis, JF., Wooten, WJ.,.. & Polinkas, L. (1996). Heath G. Acceptability useability and practicality of physician counseling for physical activity promotion: Project PACE. Am J Prev Med 1996; 12(2):73–81.

Los Santos, S.F. (2002): La recreación en la tercera edad. Lecturas: EF y Deportes, nº 45.

López-Cózar, R & Rebollo, S. (2002). La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la calidad de vida y la práctica deportiva realizada. Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes, 53. http://efdeportes.com/

López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, *153*(6), 1194-1217.

Lozano, L.M., & De la Fuente, l. (2009). Diseño y validación de cuestionarios. Capítulo 9. En A. Pantoja, Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Madrid: EOS, 251-274.

Llopis, D. & Llopis, R. (1999b). Motivación y práctica deportiva. En G. Nieto y E. J. Garcés de Los Fayos (Coords.), Psicología de la Actividad Física y el Deporte, Tomo I (pp. 127-134). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.

Luna-Arocas, R.; Mundina, J.J. & Quintanilla, I. (1997). Marketing social aplicado al deporte: una nueva conceptualización. Capítulo 13 del libro Análisis de la práctica deportiva: una visión multidisciplinar. P. 345-362. Ed. Promolibro. Valencia.

Luna-Arocas, R. & Mundina, J.J. (1998a). La satisfacción del consumidor en el marketing del deporte. Revista de Psicología del Deporte, 13, 147- 155.

Luna-Arocas, R.; Mundana, J.J. & Gómez, A. (1998). La creación de una escala de medir la Calidad del Servicio y la Satisfacción: El Neptuno-1. En J, Martínez del Castillo (comp.) Deporte y Calidad de vida. Librerías Deportivas Esteban Sanz. Madrid, pp. 279-290.

Luna-Arocas R. & López López, A. (1999). Necesidades formativas en marketing y gestión pública del deporte. Agua y Gestión, 48, Octubre-Diciembre, 27-31.

Luna-Arocas, R. (2001). Marketing y deporte: La escala MODE de motivaciones deportivas. Revista digital efdeportes. com, 35.

Luna-Montaño I. (2004). Belleza, imagen corporal y psicopatología. Fuente: Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_enf_mentales/15091/.

Mahler, D.A. et all. (2007). Manual de ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. 2 ed. Barcelona, España: Paidotribo, 2007. p. 22-23.

Marcos, J. (1989). Encuesta sobre los comportamientos deportivos de los barceloneses. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

Marcos Becerro, J. F. (1989). *Salud y deporte para todos*. Madrid: Eudema.

Marcos Becerro, J.F. y cols. (1995) La Salud y la actividad física en las personas mayores. Tomos I y II. Madrid: Ed. R. Santonja.

Marcos Becerro, J.F. (1994): Ejercicio, forma física y salud. Fuerza, resistencia y flexibilidad. Eurobook, Madrid.

Márquez, S. (1995). Beneficios Psicológicos de la Actividad Física. Revista de Psicología General y Aplicada. 1995. 48 (1), 185-206.

Márquez, S.; Rodríguez Ordaz, J. y Debajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos para la actividad física. Revista Apunts de Educación Física y Deportes. 1º Trimestre 2006 (12-24).

Marsh, Herbert W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., et al. (1994). Diario del Deporte y Ejercicio Psicología, Vol 16 (3), septiembre 1994, desde 270 hasta 305.

Martin, J. E., & Dubbert, P. M. (1982). Ejercicio y salud: El problema de adherencia. Medicina Conductual Update, Vol 4 (1), 16-24.

Martín, A. (1995). *El ejercicio físico como estrategia de salud*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Martín-Albo, J. & Núñez, J. (1999). Las motivaciones deportivas: ¿Cuestión de tiempo?. *Revista de Psicología del Deporte, 8, 2,* 283, 293.

Martínez Baena, A.C. (2013). Importancia de la actividad físico-deportiva para la salud del adulto mayor. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 18, Nº 183, Agosto de 2013. http://www.efdeportes.com

Martínez, D., Martínez de Haro, V., Pozo, T., Welk, G.J., Villagra, A.,.. & Veiga, O. (2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. Revista Española Salud Pública. 83, 427-439.

Martínez, V. & Lozano, A. (1998). Calidad de vida en ancianos. España: Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Martínez del Castillo, J. (1983). Evolución de las prácticas físico-recreativas en la formación social española en el período 1968-1980. En I Simposio Nacional El Deporte en la Sociedad Española Contemporánea. Madrid: Ministerio de Cultura.

Martínez del Castillo, J. (1986). Activitats fisiques de recreació. Apunts: Educació Física i Esports, 4, 9-17.

Martínez del Castillo, J. (1991). La estructura ocupacional del deporte en España. Encuesta realizada sobre los sectores de entrenamiento, docencia, animación y dirección. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Consejo Superior de Deportes (Informe final no publicado).

Martínez del Castillo, J., Graupera, J. L., Jiménez-Beatty, J. E. & Rodríguez, M. L. (2006). Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez. Revista Internacional de Sociología, 64 (44), 39-62.

Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E., González, Mª. D., Graupera, J. L., Martín Rodríguez, M. & Del Hierro, D. (2008). Los hábitos de actividad física de las mujeres mayores en España. Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 5 (14), 81-93.

Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J.E., Graupera, J.L., Martín, M., Campos, A. & Del Hierro, D. (2010). Being physically active in old age: relationships with being active earlier in life, social status and agents of socialisation. Ageing and Society, 30(7), 1097-1113.

Martínez del Castillo, J., Rodríguez, M.L., Jiménez-Beatty, J.E. & Graupera, J.L. (2005). Influencia de la educación física escolar en la práctica de actividad física en la vejez – "The physical education influence in primary school on the practice of physical activity in old age". Motricidad. European Journal of Human Movement, 13, 71-86.

Martínez del Castillo, J. & Puig, N. (1998). Espacio y tiempo en el deporte. En García Ferrando, M.; Lagardera, F. y Puig, N (comps.). Sociología del deporte (pp. 151-174). Madrid: Alianza Editorial.

Martinson, B. C., Crain, A. L., Pronk, N. P., O'connor, P. J., & Maciosek, M. V. (2003). Changes in physical activity and short-term changes in health care charges: a prospective cohort study of older adults. *Preventive Medicine,37* (4), 319-326.

Marquéz, S. (2004). Aherencia al ejercicio físico: determinantes, modelos y estrategias de mantenimiento. Domus. 11/12, 93-116.

Márquez Rosa, S., Rodríguez Ordax, J., & De abajo Olea, F. (2006). Sedentarismo y salud: Efectos beneficiosos de la actividad física. S. Apunts: Educación física y deportes, ISSN 1577-4015, Nº 83, págs. 12-24. http://articulos-apunts.edittec.com/83/es/083_012-024ES.pdf

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

Mata, E. (1990). Promoción de la mujer en el deporte recreativo. Situación en Barcelona. En Actas del Seminario Mujer y Deporte (pp. 56-67). Valencia: Generalitat de Valencia.

Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., & Miller, N.E. (1984). Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention. New York: John Wiley & Sons.

Mayorga, A. (1985). Encuesta sobre el Deporte en la Universidad de Extremadura. Extremadura: Universidad de Extremadura.

Mcdonald, D.G. & Hodgdon, J.A. (1991). Psychological effects of aerobic fitness training. Research and Theory. New York: Springer Verlag.

Méndez, A. & Fernández, J. (2005): "Prescripción de la actividad física en personas mayores: Recomendaciones actuales". Revista Española de Educación Física y Deportes, nº 2, julio- diciembre 2005.

Mendoza, R. (1988). Los escolares y la salud. Estudio de los hábitos escolares españoles en relación con la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mendoza, R., Ságrera, M. R. & Batista, J. M. (1994). Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud. Madrid. C.S.I.C.

Mazzeo, R.S. & Tanaka, H. (2001). Exercise prescription for the elderly: current recommendations. Sports Med., 31 (11):809-818.

Michel, S., Soppelsa, R. & Albaret, J.M. (2010). Examen Geronto-Psicomotor (EGP). Ed. hogrefe. France. Traducción de Rosario Tuzzo y Juan Mila.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol. 1. Madrid, Secretaria General de Asuntos Sociales, (IMSERSO).

Miñarro. P.A.L. (2009). Actividad física para la salud. Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Apuntes. Universidad de Murcia.

Miranda, J. (1991). ¿Salud, forma física, estética, bienestar? ¿Qué lleva al usuario al gimnasio?. Apunts: Educación Física y deportes, 26, 61, 70.

Miranda, J. G. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 15-36). Universidad de La Rioja.

Miriam, E; Nelson, W & col. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Official Journal of the American College of Sports Medicine http://www.acsm-msse.org

Montaño, I.L. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. Avances en Psiquiatría Biológica; 9: 57-73.

Montorio, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Intervención Psicosocial, 16,* 43-54.

Morales, V., Hernández Mendo, A. & Blanco Villaseñor, A. (2005). Evaluación de la calidad en los programas de actividad física. [Versión electrónica]. *Psicothema*, 17(2), 311-317.

Morales, E. M., Lozano, M. D. C. C., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología, 14(1), 11-27.

Morales Vallejo, P. (2007). La fiabilidad de los test y escalas. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

Moreno, J. A. (1997). Valoración de la Satisfacción de los Usuarios de Instalaciones Acuáticas Cubiertas. Del III Cogrés de Ciències de l'Esport, l'Educació Física i la Recreació. INEFC. LLeida.

Moreno, J. A. & Gutiérrez, M. (1998a). Motivos de práctica en los programas de actividades acuáticas. Áskesis, 2.

Moreno, J. A., Rodríguez, P. L. & Gutiérrez, M. (1996): Actitudes hacia la Educación Física: elaboración de un instrumento de medida. En Actas del III Congreso Nacional de Educación Física de Facultades de Educación y XIV de Escuelas Universitarias de Magisterio (pp. 507-516). Guadalajara, Universidad de Alcalá.

Moreno, J. A., Rodríguez, P. L. & Gutiérrez, M. (2003). Intereses y actitudes hacia la Educación Física. Revista Española de Educación Física, XI, 2, 14-28.

Moreno, J., Martínez Galindo, C., González-Cutre, D. & Cervelló, E. (2008). Motivación hacia la práctica físico-deportiva en personas mayores. En E. H. Martín y R. Gomes de Sousa (Eds.), Atividade física e envelhecimento saudável (pp. 153-169). Rio de Janeiro: Shape.

Moreno, J.A., Cervelló, E. & Moreno, R. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. Psicología y Salud, Vol. 17, Núm. 2: 261-267, julio-diciembre de 2007.

Moreno, J. A., Hellín, P., & García, P. L. R. (2004). Motivos de práctica físico-deportiva en la Región de Murcia. Cuadernos de psicología del deporte, 4(1), 101-116.

Moreno González, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, ISSN*, 1577-0354.

Morgan, W. P. & O'Connor, P. L. (1988). Exercise and Mental Health. In R. K. Dishman (Ed.) Exercise Adherence. Its Impact on Public Health (pp. 91-121). Champaing, Human Kinetics.

Morel, V. (2011). Ejercicio y el adulto mayor. Geosalud Revista de Educacción,11(2), 427-34.

Morilla, M. (2001). “Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte” Revista Digital 2001; 7 (43). URL: disponible en: http://www.efdeportes.com

Morilla Cabezas, M. (2001). “Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte”. Revista Digital, 7 (43). URL: http://www.efdeportes.com

Morillo, E.M. & Oliva, P.L (2015). Influencia del ejercicio físico en el autoconcepto de las personas mayores desde una perspectiva de género. Actas del VI Congreso Internacional de Mayores, Málaga, con el Título “Longevidad y salud”. Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga. ISBN: 978-84-7785-955-0.

Morrow, J. R. & Gill, D. L. (1995). Physical Activity, Fitness and Health: Introduction. Quest, 47 (3), 201-202.

Mosquera, M. J. & Puig, N. (1998). Género y edad en el deporte. En García Ferrando, M.; Lagardera, F. y Puig, N (comps.). Sociología del deporte (pp. 99-120). Madrid: Alianza Editorial.

Mosston, M, & Ashworth, S. (1993). Teaching Physical Education. New York: Macmillan.

Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N. et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc, 39: 1435–1445.

Nied, R.J. & Franklin, B. (2002). Promoting and prescribing exercise for the elderly. American Family Physician, 65(3), 419-426.

Nieman, D. (1998). The exercise-helth connection. Human Kinetics. Champaign.

Nuviala A., Tamayo, J.A., Iranzo, J. & Falcón, D. (2008). Creación, diseño, validación y puesta en práctica de un instrumento de medición de la satisfacción de usuarios de organizaciones que prestan servicios. [Versión electrónica]. Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, 14, 10-16.

Nuviala, A., Tamayo, J. A., Nuviala, R., González, J. A. & Fernández, A. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de valoración de organizaciones deportivas EPOD. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, 18, 82-87.

Nuviala, A., Grao-Cruces, A., Tamayo, J.A., Nuviala, R.; Álvarez, J. & Fernández-Martínez, A. (2013) Diseño y análisis del cuestionario de valoración de servicios

deportivos (EPOD2). Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 13 (51), 419-436.

Olivera, J. (1999). Sobre el modelo corporal de la mujer. Apunts: Educación física y Deportes, 55, 3-4.

O.M.S. (1960). Definición de Salud: Organización Mundial de la Salud.

O.M.S. (1986). Carta de Otawa. Otawa: Organización Mundial de la Salud.

O.M.S. (1998). La política SALUD21 para la Región Europea de la OMS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS-Egrepa (1997). Las directrices de Heidelberg para promover la actividad física entre las personas mayores. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura-Consejo Superior de Deportes.

Orduna, G. & Naval, C. (2001) (Eds.) Gerontología educativa. Barcelona: Ariel.

Orley, J. (1994). "El proyecto de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" Avances en Epilepsia, 1994; 3 (4), 13-18.

Ortega, E., Calderón, A., Palao, J.M. & Puigcerver, M.C. (2009). Diseño y Validación de contenido de un cuestionario sobre la satisfacción, participación y opinión de mejora en las clases de Educación Física en secundaria. Wanceulen F.F. Digital, 5, 15-26.

Ortega, E., Egido, J.M., Palao, J.M. & Sainz, P. (2008). Diseño y validación de un cuestionario para valorar las preferencias y satisfacciones en jóvenes jugadores de baloncesto. [Versión electrónica]. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 8*(2), 39-58.

Ortega Sánchez, R. et al. (2000). Ejercicio físico: una intervención poco desarrollada en atención primaria. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 9. 30 de noviembre 2000.

Ortíz, J.B. & Castro, M. (2009). The psychological well-being of the elderly and their relation with self-esteem and self- efficiency: nursing contribution. *Ciencia y Enfermería, 15,* 25-31.

Osterlind, S.J. (1989). Constructing test ítems. Boston: Kluwer.

Padilla García, J.L., González Gómez, A. & Pérez Meléndez, C. (1998). Elaboración del Cuestionario. En A.J. Rojas Tejada, J.S. Fernández Prados y C. Pérez Meléndez (Eds.), Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos (pp. 115-140). Madrid: Síntesis.

Pastor, Y. (1995). Estilos de vida y Salud: Una revisión. Tesis de Licenciatura. Universitat de Valencia.

Pavón, A., Moreno, J.A., Gutiérrez, M. & Sicilia, A. (2004). Motivos de práctica físico deportiva según la edad y el género en una muestra de universitarios. Apunts. Educación física y deportes, 76, 13-21.

Pavón, A. (2004) Motivaciones e intereses de los universitarios murcianos hacia la práctica físico-deportiva. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Murcia.

Pavón, A. & Moreno, J.A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: diferencias por géneros. Revista de Psicología del Deporte, 17 (1), 7-23.

Pedersen, S. & Seidman, E. (2004). Team Sports achievement and self-esteem development among urban adolescents girls. *Psychology of Women Quarterly, 28,* 412-422. http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00158.x

Peiró, J. M., Meliá, J. L., Valcarcel, P., Balaguer, I. & Osca, A. (1987). Frecuencia de uso de las instalaciones deportivas y variables relacionadas. En II Congreso de evaluación psicológica. Madrid.

Petlenko, V. P. & Davidenko, D. N. (1998). Esbozos de valeología: Salud como valor humano. San Petersburgo: Ciencias de la Educación del Báltico.

Pigeassou, Ch. & Miranda, J. (1995). Deporte y ocio: Evolución y tendencias. Revista Española de Educación Física y deportes, 1, 5-14.

Pereira, Mª C., Seoane, E. & Sueiro, E. (2001). La educación para la salud y el consumo en las personas mayores desde los estímulos culturales (pp. 277-291).

Pereira, Mª C. & Pino, M. R. (2003). Un programa de intervención pedagógica en educación para la salud con personas mayores en centros de atención primaria (pp. 199-210). En J. A. Lorenzo, Políticas sociales, educativas y financiación de la formación universitaria de personas mayores y su proyección social. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.

Pereira, Mª C. & Pino, M.R. (2003): <<Intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en educación social>>. En Revista Portuguesa de Pedagogía. Año 37, (3), pp. 231-251. ISSN: 0870-418.

Pintanel, M. & Capdevila, Ll. (1999). Una intervención motivacional para pasar del sedentarismo a la actividad física en mujeres universitarias. Revista de Psicología del Deporte, 8, 1,53-66.

Plante, T. G. & Rodin, J. (1990). Physical Fitness and enhanced psychological health. Current Psychology: research and reviews, 9, 3-24.

Pont, P. (2001). Tercera Edad. Actividad física y salud. Editorial Paidotribo. 317 páginas.

Pooley, J. C. (1980). Physical education and sport and the quality of life. Journal of Physical Education Recreation and Dance, 55, 3, 45-48.

Powell, K.E. & Paffenbarger, R.S. (1985). Workshop on epidemiologic and public health aspects of physical activity and exercise: a summary. Public Health Reports, 100(2), 118-126.

Powell K.E., & Dysinger W. (1987). Comportamiento de Epidemiología y Evaluación del Centro de Promoción de la Salud y la Educación, Atlanta, GA 30333. American Journal of Preventive Medicine [1987, 3 (5): 276-281].

Pont, P. (2001). Tercera edad, Actividad Física y Salud. 5 ed. Barcelona: Paidotribo, 2001. p 21.

Poon, C.Y. & Fung, H.H. (2008). Physical activity and psychological well-being among Hong Kong Chinese older adults: exploring the moderating role of self-construal. Int J Aging Hum Dev, 66(1):1-19.

Prat, R., & Doval, E. (2003). Construcción y análisis de escalas [Construction and analysis of scales]. In J.P. Lévy & J. Varela (Eds.), Análisis multivariable para las ciencias sociales [Multivariate analysis for the social sciences] (pp. 43-89). Madrid: Pearson Educación.

Pruzinsky, T. & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En: Cash, T.F., Pruzinsky, T. (eds.). Body Images: Development, deviance and change. New York: The Guilford Press, 1990, 337-49.

Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (2002). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 3-12.

Pruzinsky, T. & Cash, T. F. (2004). Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. The Guilford Press.

Puig, N. (1998). Individualización, diferencia y calidad de vida en el deporte. Educación Física y Calidad de Vida. En J. Martínez del Castillo (Ed.), Deporte y Calidad de Vida (pp. 20-36). Madrid: Librerías deportivas Esteban Sanz.

Puig, N. & Heinemann, K. (1991). El deporte en la perspectiva del año 2000, Papers, 38, 123-141.

Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R. L., Rantanen, T., & Lyyra, T. M. (2012). Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older

people?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbs076.

Raich, R. M., Torras, J. & Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta, 22, 85, 603-626.

Raich, R.M. (2001). Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Editorial Pirámide, 23-25.

Reglamento (CE) nº 1081/2006 Del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de Julio de 2006, relativo al Fondo Social Europeo (DO L 210 de 31.7.2006, p. 12).

Reglamento (CE) nº 1080/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, relativo al Fondo Europeo de Desarrollo Regional (DO L 210 de 31.7.2006, p. 1).

Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, por el que se regula el Consejo Estatal de las Personas Mayores. El Real Decreto 2171/1994, de 4 de noviembre, parcialmente modificado por el Real Decreto 428/1999, de 12 de marzo, creó y reguló el Consejo Estatal de las Personas Mayores, con el fin de institucionalizar la colaboración y participación del movimiento asociativo de las personas Mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida para este sector de población, en el ámbito de las competencias atribuidas a la Administración General del Estado.

Reboussin, B.A., Rejeski, W.J., Martin, K.A., Callahan, K., Dunn, A.L., & cols. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and olderaged adults: The activity counseling trial (ACT). Psychol Health; 15:239-54.

Reig, A. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 167-200). Madrid: Pirámide Psicología.

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

Riddle, P.K. (1980). Attitudes, beliefs, behavioral intentions, and behaviors of women and men toward regular jogging. Research Quarterly for Exercise and Sport, 51, 663-674.

Rhodes, R.E., Martin, A.D., Taunton, J.E., Rhodes, E.C., Donnelly, M., & Elliot, J. (1999). Factors associated with exercise adherence among older adults: An individual perspective. Sports Medicine, 28(6), 397-411.

Rivera, J. M. (2011). Envejecer con Buena Salud. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), Secretaria general de Política Social y Consumo. 3 de noviembre de 2011.

Rodríguez, J. (2000). La muestra: teoría y aplicación (Survey sample: Theory and application). In M. García, J. Ibáñez, & F. Alvira (Eds.), El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación [Analysis of social reality. Research methods and techniques] (pp. 445-483). Madrid: Alianza Editorial.

Rodríguez, D., Wigfield, A. & Eccles, J.S. (2003). Changing competence perceptions, changing values: Implications for youth sport. Journal of Applied Sport Psychology, 15, 67-81.http://dx.doi.org/10.1080/10413200305403.

Rodriguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J., & Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. Psicología desde el Caribe, (25), 246-258.

Rojas, M.J., Toronjo, A., Rodríguez, C. & Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos, 17, 8-23.

Rolland, Y., Van Kan, G.A. & Vellas, B. (2010). Healthy brain aging: role of exercise and physical activity - Clinics in geriatric medicine, 26: 75-87.

Romo-Pérez, V. (2015). Recomendaciones sobre actividad física: un compromiso individual y social. Actas del VI Congreso Internacional de Mayores, Málaga, con el Título “Longevidad y salud”. Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga. ISBN: 978-84-7785-955-0.

Ruiz Cazorla, L.J., Chinchilla, J.L. & Ruiz Cazorla, M. (2010). La vejez y el deporte como objeto de representaciones sociales. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación 2010, nº 17, pp. 118-121.

Ruiz Taramuel, E., & Ochoa Delgado, J. L. (2013). La actividad física en el adulto mayor: percepción del baile recreativo [recurso electrónico] (Doctoral dissertation).

Sachs, M.L. & Buffone, G.W. (1984). Running as Therapy. An integrated approach. Lincoln: University of Nebraska Press.

Safons, M.P. (2000). Contribuições da atividade física, para a melhoria da auto imagem e auto estima de idosos. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Nº 22, en http://www.efdeportes.com/efd22/idosos.htm

Sallis, J. F. & McKenzie, T. L. (1991). Physical education's role in public health. Research Quarterly for Exercise and Sport, 62, 124-137.

Salkind, N. J. (1999). *Métodos de investigación*. Pearson Educación.

Sánchez Bañuelos, F. (1996). La actividad física orientada hacia la salud. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sánchez Bañuelos, F. (1999). La Educación Física orientada a la creación de hábitos saludables. I Jornadas Andaluzas sobre actividad física y salud. Granada: Universidad de Granada.

Sánchez Bañuelos, F. (2001). El papel de la Educación Física escolar en la adopción de estilos de vida saludables. En J. Tejada, A. Nuviala y M. Díaz Trillo (Eds.), actividad Física y Salud (pp. 13-24). Huelva: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva. BUSAR REFERECNIA OFICIAL

Sánchez, A., Ramos, E. & Marset, P. (1993a). Actitud social ante la participación en salud. Revista de Sanidad e Higiene Pública, 67 (3), 201-215.

Sánchez-Barrera, M., Pérez, M. & Godoy, J. (1995). Patrones de actividad física de una muestra española. Revista de Psicología del Deporte, 7-8, 51-71.

Sánchez-Meca, J., López-Pina, J.A. & López-López, J.A. (2009). Generalización de la fiabilidad: un enfoque metanalítico aplicado a la fiabilidad. *Fisioterapia,* 31(6), 262-270.

Sarabia, C.M. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio Descriptivo. Gerokomos 2012; 23 (1): 15-18.

Sardinha, L. (1999). Exercicio, saúde e aptidao metabólica. En L. Sardinha, M. Gaspar de Matos y I. Loureiro (Eds.), Promocao da saúde. Modelos e práticas de intervencao nos âmbitos da actividade física, nutricao e tabagismo (pp. 85-121). Lisboa: Facultad de Motricidad Humana.

Scharll, M. (1994). La Actividad Física en la Tercera Edad, Paidotribo, Barcelona.

Schilder, P. (1999). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Searle, M. & Iso-Ahola, S. (1988). Determinants of leisure behaviour among retired adults. Therapeutic Recreation Journal, 22(2), 38-46.

Serra, J.A. (2015). Actividad Física y Personas Mayores. Actas del VI Congreso Internacional de Mayores, Málaga, con el Título "Longevidad y salud". Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga. ISBN: 978-84-7785-955-0.

Setíen, M. L. (1993). Indicadores sociales de la calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Shaw, S. M., Kleiber, D. A & Caldwell, L. L. (1995). Leisure and identity formation in male and female adolescents: A preliminary examination. Journal of leisure research, 27, 3, 245-263.

Shaw, B.A., Liang, J. & Krause, N. (2010). Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem, *Psychology and Aging, 25,* 82-94. http://dx.doi.org/10.1037/a0018242

Sheldon, W. H. (1940). The Varieties of Human Physique, Nueva York, Harper and Brothers, Pub.

Shephard, R. J. (1990). Sport, physical fitness and the costs of public health. Sport Science Review, 13, 9-13.

Shephard, R. J. (1994). Determinants of exercise in people aged 65 years and older. En Dishman, R. (ed.), Advances in exercise adherence. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

Shephard, R. J. (1995). Physical activity, health and well-being at different life stages. Research quarterly for exercise and sport, 66 (4), 298,302.

Sheppard, L., Senior, J., Park, C.H., Mockenhaupt, R., & Chodzko-Zajko, W. (2003). Strategic priorities for increasing physical activity among adults age 50 and older: The National Blueprint Consensus Conference summary report. Journal of Aging and Physical Activity, 11(3), 286-292.

Sniadek, J. (2006). Age of seniors: a challenge for tourism and leisure industry. Studies in Physical Culture & Tourism, 13, 103-105.

Sicilia-Camacho, A., Ferriz, R. & Saenz-Álvarez, P. (2013). Validación española de la escala de frustración de las necesidades psicológicas (EFNP) en el ejercicio físico. Psychology, Society & Education, 5 (1), 1-19.

Sidney, K.H., & Shepard, R.J. (1976). Attitudes towards health and physical activity in the elderly. Effects of a physical training program. Medicine and Sciencie in Sport and Exercise, 8, 246-252.

Sonströem, R. J. (1987). Stage model of exercise adoption.

Sonströem, R. J. (1978). Physical estimation and attraction scales: Rationale and research. Medicine and Sciencie in Sport, 10, 97-102.

Sonströem, R. J. (1984). Exercise and Self-Esteem. En R. L. Terjung (ed.). Exercise and Sport Sciences Reviews, (pp. 123-135). Lexintong, Collamore Press.

Sonströem, R. J. & Potts, S. A. (1996). Life adjustment correlates of physical self-concepts. Medicine and science in sports and exercise, 28 (5), 619-625.

Soto, A., Soto, E., Archilla, I., & Franco, C. (1998). La condición del género en las preferencias por la actividad física y deportiva. In Actas del II Congreso Internacional sobre la Enseñanza de la Educación Física y el Deporte Escolar (pp. 131-135).

Subirats, J. (1992). La vejez como oportunidad. *Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales*.

Ulla, S., Coca, C., Rincón, C., Díaz, J.L., Remor, E., Arranz, P. & Bayés, R. (2003). Coping with Death: Perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and a geriatric service. *Illnes, Crises & Loss, 12.* http://dx.doi.org/10.1177/1054137303256534

Takamine, O. (2001). Differences in characteristics between Japanese walkers and sport participants. Focusing on walking by inactive persons. International Review for the Sociology of Sport, 36(4), 379-391.

Tercedor, P. (2001). Actividad Física, condición física y salud. Sevilla: Wanceulen.

Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J. & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, *60*(1), 34-42.

Thomas, J.R., & Nelson, J.K. (2007). Métodos de investigación en actividad física. Barcelona: Ed. Paidotribo.

Tinajas, A. (1999). Algunos aspectos teóricos y prácticos en la elaboración de encuestas en el ámbito escolar. En Apunts. Educación Física y Deportes. 56, 57-74.

Tuero, C., Márquez, S. & de Paz, J. A. (2001). El cuestionario como instrumento de valoración de la actividad física. Apunts. Educación Física y Deportes, 63, 54-61.

Tuero, C., & Márquez Rosa, S. (2013). Estilos de vidad y actividad física. Ediciones Díaz de Santos, 3 mar. 2013 - 18 páginas.

Tuero, C., Eseverri, M. & Albarracín, A. (1995). La actividad física en el agua: un planteamiento para la salud. Habilidad Motriz, 7, 46-51.

Universidad Politécnica de Cartagena (2012). Normativa de la Universidad de Mayores de la UPCT. Curso Académico 2012/13.

Urdaniz, G. (1994). El acontecimiento de las motivaciones deportivas y su relación con la gestión deportiva. Pamplona: AEISAD.

Van der Bij, A.k., Laurant, M. & Wensing, M. (2002). Effectiveness of Physical Activity. Interventions for Older Adults. A Review. American Journal of Preventive Medicine (Am J Prev Med 2002; 22 (2):120–133).

Van Norman, K. (1998). Motivation and compliance in exercise programs for older adults. Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 69(8), 24-27.

Vargas-Méndez, S. (2013). Capacidad cognitiva y percepción de calidad de vida de personas entre 54 y 78 años de edad que participaron en actividades recreativas.

Vázquez, B. (1992). La presencia de la mujer en el deporte español. En Consejo Superior de Deportes, Ministerio de Educación y Ciencia, Secretaria de Estado de Educación, Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer (Eds). El ejercicio físico y la práctica deportiva de las mujeres. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Ministerio de Educación y Ciencia, Secretaria de Estado de Educación, Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. Serie Debate, 12: 9-15.

Vázquez, B. (1993). Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres españolas. Madrid: Ministerio de Asuntos sociales.

Vega, D. (2003). El Uso de los Métodos Cualitativos en el Desarrollo de la Investigación. Los Sistemas de Investigación. Documento en Línea [Consultado: 18/03/2013]. http://www.se.escyt.gou.do.htm.

Velázquez, R. (1996). Actividad físico-deportiva y calidad de vida: una respuesta educativa. En Revista Española de Educación Física y Deportes. 3, (2).

Velázquez, R. & Hernández, J. L. (2001). Deporte, práctica deportiva y formación de actitudes y valores: el caso de la Comunidad de Madrid. Actas II Congreso de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (pp. 935-946). Valencia: Universidad de Valencia.

Visauta, B., Martori, I. & Cañas, J. C. (2005). *Análisis estadístico con SPSS para Windows*. España: McGraw-Hill.

Vogel, T., Brechat, P.H., Lepreˆ tre, P.M., Kaltenbach, G., Berthel,M. & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. Int J Clin Pract, 63:(2) 303–320.

Vuori, I. & Jantunen, T. (1989). Suomalaisten liikunta. M-tietokeskus Oy, Helsinki. En La función del deporte en la sociedad. Salud, socialización, economía (pp. 21-95). Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. Consejo Superior de Deportes.

Wankel, L.M. (1985). Personal and situtional factors affecting exercise involvement: The importance of enjoyment. Research Quarterly for Exercise and Sports, 56, 275-282.

Webster J, & Tiggemann M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. J Genetic Psychol; 164: 241-52.

Wenzel, E. (1982). Perspectives of the WHO Regional Ofice for Europe. Health Promotion and Lifestyles. Hygie.

Weinberg, R. & Gould, D. (1996). Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico. Barcelona: Ariel Psicología.

Wiley, C., Shaw, S. M. & Havitz, M. E. (2000). Men's and women's involvement in sports: an examination of the gendered aspects of leisure involvement. Leisure Sciences, 22 (1), 19-31.

Willis, J.D. & Campbell, L.F. (1992). Exercicse Psychology. Champaign: Human Kinetic.

Yang, J. (1998). Fitness consciousness and fitness habits. Zhejiang Sports Science, 20 (1), 51-54.

Zagalaz Sánchez, M. L., Moreno del Castillo, R. & Cachón Zagaláz, J. "Nuevas tendencias en la educación física" Contextos educativos, 2001; (4), 263-194.

Índice de Abreviaturas

11

11.- Índice de Abreviaturas y Siglas.

1. **AAL**: Vida cotidiana asistida por el entorno.
2. **AELC**: Asociación europea de libre cambio.
3. **AGFI:** Índice Ajustado de Bondad.
4. **AIEAS**: Asociación para la innovación en materia de envejecimiento activo y saludable.
5. **AVD**: Actividad de la vida diaria.
6. **BABY BOOMER**: es un término usado para describir a las personas que nacieron durante el baby boom, que sucedió en algunos países anglosajones, en el período momentáneo y posterior a la Segunda Guerra Mundial, entre los años 1940 y fines de la década de los 1960.
7. **BOE:** Boletín Oficial del Estado.
8. **BORM:** Boletín Oficial de la región de Murcia.
9. **BSQ**: Body Shape Questionnarie, Cooper y cols. 1987.
10. **CE:** Comisión Europea.
11. **CEE:** Comunidad económica europea.
12. **CEPE:** Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas.
13. **CFI:** Índice de Ajuste Comparado.
14. **CIS:** Centro de investigaciones sociológicas.
15. **COE:** Comité Olímpico Español.
16. **CSD**: Consejo Superior de Deportes.
17. **CSIC:** Consejo superior de investigaciones científicas.
18. **ELEA:** Estudio longitudinal sobre envejecimiento activo.
19. **ENS**: Encuestas nacionales de salud.
20. **EPM:** Encuesta personas mayores.
21. **EUROSTAT**: El Eurostat es la oficina estadística de la Comisión Europea, que produce datos sobre la Unión Europea y promueve la armonización de los métodos estadísticos de los estados miembros.
22. **EUROPOP2008**: refiere a las proyecciones de población de 2008 con sede en Eurostat que abarcan a los 27 países de la Unión Europea (UE).

23. **EUROPOP2013**: refiere a las proyecciones de población de 2013 con sede en Eurostat que abarcan a los 28 países de la Unión Europea (UE).
24. **GFI:** Índice de Bondad Ajuste.
25. **GL:** Grados de Libertad.
26. **IC**: Índice corporal.
27. **IMAS**: Instituto Murciano de Acción Social.
28. **IMSERSO**: Instituto de Mayores de Servicios Sociales. El IMSERSO es el organismo del Gobierno de España para la gestión de programas y prestaciones para las personas mayores y en situación de dependencia.
29. **INE**: Instituto Nacional de Estadística.
30. **INEM**: Instituto Nacional de Empleo.
31. **INGESPORT:** Grupo de Investigación de Gestión Deportiva de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Murcia, ubicado en la ciudad de San Javier (Murcia).
32. **METS**: Es la unidad de medida del índice metabólico y se define como la cantidad de calor emitido por una persona en posición de sentado por metro cuadrado.
33. **NNFI:** Índice de Ajuste No Normado.
34. **NUTS**: La nomenclatura de las unidades territoriales estadísticas.
35. **RMSEA:** Error de Aproximación Cuadrático Medio.
36. **RMRS:** Residuo Cuadrático Medio Estandarizado.
37. **RMR:** Residuo Cuadrático Medio.
38. **RSs:** Really Simple Syndication. un formato XML para sindicar o compartir contenido en la web.
39. **OMS**: Organización Mundial de la Salud.
40. **SAD**: Servicio de Actividades Deportivas de la Universidad de Murcia.
41. **SIDA**: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
42. **SNS:** Sistema Nacional de Salud en España.
43. **SPD**: Servicio de Promoción Deportiva de la Universidad Politécnica de Cartagena.
44. **TIC**: Tecnologías de la información y de las comunicaciones.
45. **UMU**: Universidad de Murcia.
46. **UPCT**: Universidad Politécnica de Cartagena.
47. **X^2:** Chi-cuadrado.
48. **X^2/gl:** Razón de Chi-cuadrado/grados de libertad.

Índice de Tablas

12

12.- Índice de Tablas:

Tabla 1: Esperanza de vida global en Europa 2014…….. **17**

Tabla 2: Aumento de la proporción de la población de 65 años o más entre 2004 y 2014 en Europa. (Por países de mayor a menor)…….. **19**

Tabla 3: Evolución de la población mayor, 1900-2051. En España…….. **27**

Tabla 4: Estado civil de las personas de 65 y más años, 1970, 1981, 1991, 2001 y 2012 en España…….. **29**

Tabla 5: Estimación de las tendencias de población y la importancia relativa de las personas mayores…… **32**

Tabla 6: Ejemplos de cuantificación de las actividades mediante METs y que orientan para determinar cuál es nuestro gasto energético aproximado durante el día…….. **74**

Tabla 7: Declaración de consenso de Québec sobre Actividad Física, Salud, Bienestar Fuente: Blair y Herdman, (1995)……..... **75**

Tabla 8: Relación de Centros del IMAS, de acción directa……..... **94**

Tabla 9: Comparación de la forma de administración de los cuestionarios. Hernández-Sampieri. 2006……..... **110**

Tabla 10: Valores óptimos de KMO para aconsejar la realización de AFD. García Jiménez, 2000…… **118**

Tabla 11: Distribución de la muestra según los Centros del IMAS……..... **131**

Tabla 12: Dimensiones iniciales del instrumento……. **136**

Tabla 13: Valores obtenidos en el análisis del contenido por parte de los jueces expertos……. **139**

Tabla 14: Matriz de correlaciones de la escala de hábitos saludables…….. **141**

Tabla 15: Criterios de pertinencia del análisis factorial de la escala de hábitos saludables…….. **141**

Tabla 16: Varianza explicada del análisis factorial de la escala de factores de hábitos saludables…….. **142**

Tabla 17: Matriz de los componentes de la escala de factores de hábitos saludables…….. **143**

Tabla 18: Estructura final de la escala de factores de hábitos saludables……. **144**

Tabla 19: Índice de ajuste de la escala de factores de hábitos saludables..…….. **144**

Tabla 20: Fiabilidad de los dos mitades de la escala de hábitos saludables……. **146**

Tabla 21: Análisis de la fiabilidad de la escala de hábitos saludables…….. **146**

Tabla 22: Análisis de los ítems de la escala de hábitos saludables…….. **147**

Tabla 23: Fiabilidad de la dimensión "Hábitos saludables y calidad de vida"…….. **147**

Tabla 24: Fiabilidad de la dimensión "Actividad física"…….. **148**

Tabla 25: Fiabilidad de la dimensión "Motivación hacia la actividad física"…. **148**

Tabla 26: Fiabilidad compuesta y varianza extractada de la escala de hábitos saludables…….. **149**

Índice de Ilustraciones

13

13.- Índice de Ilustraciones:

Ilustración 1: Esperanza de vida en Europa 2014 por sexos…… **17**

Ilustración 2: Aumento de la proporción de la población de 65 años o más entre 2004 y 2014 en Europa. (Por países de mayor a menor)……. **20**

Ilustración 3: Pirámides de población, EU-28, 1994 y 2014…….. **21**

Ilustración 4: Pirámides de población, EU-28, 2014 y 2080……. **22**

Ilustración 5: Estructura de la Población por Grandes Grupos de Edad en Europa 2014-2080……... **23**

Ilustración 6: Evolución de la Esperanza de Vida en España: Periodo 1960-2014 **24**

Ilustración 7: Evolución de la Esperanza de Vida en España: Periodo 1960-2014. Tendencia……..... **25**

Ilustración 8: Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España 2011 (%)…….. **26**

Ilustración 9: Pirámide de Población según sexo y edad, 2012 en España…… **27**

Ilustración 10: Evolución de la población mayor, 1900-2051. En España……. **28**

Ilustración 11: Evolución del nivel de estudios de las personas de 65 y más años, 1970-2012. En España…… **30**

Ilustración 12: Modelo de Tercedor y Delgado sobre los factores que influyen en la práctica de actividad física y deportes……. **44**

Ilustración 13: Circuito positivo de retroalimentación (Sánchez Bañuelos, 1996)……... **50**

Ilustración 14: Circuito negativo de retroalimentación (Sánchez Bañuelos, 1996)……... **50**

Ilustración 15: Dimensiones sobre las que actúa las políticas públicas en el envejecimiento activo (Carta de Toronto), citado por Romo-Pérez, V. (2015)….. **63**

Ilustración 16: Relación de Centros Sociales de Personas Mayores de la Región de Murcia, con algún tipo de vinculación con el IMAS…….. **96**

Ilustración 17: Relación de los 17 Centros Sociales de Personas Mayores, donde se ha realizado el Estudio, pertenecientes al IMAS……. **97**

Ilustración 18: Distribución de la muestra según la edad…… **128**

Ilustración 19: Distribución de la muestra según el nivel de estudios……. **129**

Ilustración 20: Distribución de la muestra según el estado civil…… **129**

Ilustración 21: Distribución de la muestra según la situación laboral…… **130**
Ilustración 22: Resultados de la percepción de la imagen corporal…….. **130**
Ilustración 23: Resultados de percepción de la imagen corporal idónea…… **131**
Ilustración 24: Grafico de Sedimentación de la escala de factores de hábitos saludables……..…….. **142**
Ilustración 25: Path diagrama de la escala de hábitos saludables (HASAMA)…. **145**
Ilustración 26: El estado de salud es adecuado para su edad……. **153**
Ilustración 27: Mi alimentación diaria es correcta……. **153**
Ilustración 28: ¿Duermo las horas necesarias?..... **154**
Ilustración 29: Practicar actividad física es un buen hábito saludable…….. **154**
Ilustración 30: Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad…….. **155**
Ilustración 31: La actividad física me permite estar ágil físicamente…… **155**
Ilustración 32: Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida… **156**
Ilustración 33: Creo que tengo una buena Calidad de Vida…… **156**
Ilustración 34: No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante……... **157**
Ilustración 35: Si realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre……. **157**
Ilustración 36: Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física……. **158**
Ilustración 37: Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física……. **158**
Ilustración 38: Solamente realizo actividad física en mi tiempo libre. No hago más actividades…… **159**
Ilustración 39: Si realizo actividad física, es para tener una mejor silueta corporal…….….. **159**
Ilustración 40: Controlo mis actividades y alimentación para tener una buena imagen corporal……... **160**
Ilustración 41: No me importa tener una buena imagen corporal……. **160**
Ilustración 42: Realizar actividad física es necesario para mí persona……. **161**
Ilustración 43: Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida…….. **161**
Ilustración 44: Realizar actividad física me ayuda a superar problemas diarios… **162**

Ilustración 45: Cuando realizo actividad física me permite conocer a gente diferente a mí familia…….. **162**

Ilustración 46: Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos……. **163**

Ilustración 47: Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales. **163**

Anexos

14

Anexo 1

14

(1)

Anexo 01.- Normativa De La Universidad De Mayores De La UPCT.

Universidad Politécnica de Cartagena

Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria

Rectorado
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
30202 Cartagena
Tel.: 868071076 - 968325736
Actividades.culturales@upct.es

NORMATIVA DE LA UNIVERSIDAD DE MAYORES DE LA UPCT CURSO ACADEMICO 2014/2015

DESTINATARIOS

La Universidad de Mayores está dirigida a las personas mayores de 50 años, con independencia de la formación académica que posean. También podrán cursarlo quienes, sin haber llegado a esta edad, acrediten estar jubilados, prejubilados o en situación de reserva, siempre y cuando no se hayan cubierto las plazas inicialmente ofertadas.

Queda exceptuada de la Universidad de Mayores la figura del «*alumno oyente*», velando la dirección académica de la misma y el profesorado por el cumplimiento de esta norma.

PLAN DE ESTUDIOS

El Plan de Estudios de la Universidad de Mayores está estructurado en tres cursos académicos, divididos en dos cuatrimestres por curso, realizándose cuatro asignaturas en cada cuatrimestre. Todas las asignaturas tienen una carga lectiva de 30 horas que equivalen a 3 créditos, de las cuales 20 horas son de carácter teórico y 10 horas de carácter práctico o de actividades complementarias.

Las asignaturas son impartidas por profesores universitarios en ejercicio, eméritos y otros profesionales cualificados, que sean titulados universitarios.

Las asignaturas que finalizado el período de matrícula no alcancen un mínimo de 10 alumnos, no se impartirán. Los alumnos afectados por esta situación podrán optar por matricularse en otra asignatura que disponga de plazas vacantes.

CALENDARIO ACADÉMICO

- **Primer cuatrimestre**: Del 6 de octubre hasta el 16 de enero de 2015.
- **egundo cuatrimestre**: Del 16 de febrero hasta el 5 de junio de 2015.
- **Periodos vacacionales:**
-

Navidad: Del el 24 de diciembre hasta el 6 de enero de 2015.

Periodo entre cuatrimestres: Del 19 de enero al 15 de febrero de 2015.

Semana Santa: Del 27 de marzo al 7 de abril de 2015.

Las cuestiones no reguladas en el calendario académico de la Universidad de Mayores, quedarán establecidas por el Calendario Académico Oficial.

Universidad Politécnica de Cartagena

Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria

Rectorado
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
30202 Cartagena
Tel.: 868071076 - 968325736
Actividades.culturales@upct.es

HORARIO

El horario habitual será de **17:00 - 20,30 horas**.

PRIMER CURSO: Miércoles y jueves.

SEGUNDO CURSO: Lunes y martes.

TERCER CURSO: Martes y miércoles

Los viernes y sábados podrán estar dedicados a actividades complementarias. No obstante, dentro de las posibilidades de la UPCT y, sin que ello incida en otras actividades docentes o de investigación, el profesor y los alumnos podrán acordar otro horario, respetando en todo caso el mencionado calendario académico.

SISTEMA DE EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y PROMOCIÓN DE CURSO

El sistema de evaluación y calificación será equivalente al establecido en las Normas Académicas de la UPCT, utilizándose los siguientes medios: trabajos, entrevistas o exámenes.

Los criterios de evaluación y su aplicación serán establecidos por el equipo docente que impartirá las asignaturas, y **serán baremados en grados**: **no apto, aprobado, notable y sobresaliente;** dichas calificaciones se establecerán sobre la base de una asistencia presencial mínima del 70% a las sesiones (con las que se obtiene el aprobado en cada asignatura), salvo inasistencias por causas justificadas, en cuyo caso éstas podrían ser suplidas a criterio del profesor por otra fórmula alternativa.

Quienes figuran como estudiantes de la "Universidad de Mayores" podrán asistir de forma voluntaria a otras actividades (conferencias) organizadas por el Vicerrectorado de Estudiantes y Extensión Universitaria. La asistencia a estas actividades computará como falta justificada a efectos de cumplir el 70% de asistencia presencial mínima, cuando coincidan con el horario de clases.

Para promocionar a los sucesivos cursos que completan el ciclo, los estudiantes podrán tener pendiente a lo sumo 2 asignaturas de los cursos precedentes.

SUPERACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS Y OBTENCIÓN DEL DIPLOMA

Para superar el Plan de Estudios de la Universidad de Mayores de la UPCT, los estudiantes deberán cursar los tres cursos, y haber superado 72 créditos.

Universidad Politécnica de Cartagena

Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria

Rectorado
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
30202 Cartagena
Tel.: 868071076 - 968325736
Actividades.culturales@upct.es

Una vez superado el plan de estudios, se otorgará la correspondiente acreditación mediante un diploma de la Universidad Politécnica de Cartagena, que reflejará el número total de créditos cursados, así como las materias. El mencionado Diploma no faculta para el ejercicio de una profesión. **Dicho diploma, acompañado de una certificación académica, podrá reconocerse por la prueba de acceso a la Universidad Politécnica de Cartagena para mayores de 25 años,** a los únicos efectos de posibilitar la admisión de estos estudiantes en estudios universitarios oficiales de grado o equivalentes.

BECAS

Podrán obtener beca de matrícula hasta un máximo del 15% del alumnado que se matricule en el curso completo, en función de la situación económica de las personas que las soliciten (según el criterio económico establecido para la obtención de beca en primer o segundo ciclo), que deberá acreditarse presentando una copia de la declaración del IRPF de la unidad familiar, junto con el justificante de haber abonado la matrícula.

Su concesión tendrá lugar una vez finalizado el plazo de matrícula. Una vez concedida la beca, se procederá a realizar la devolución de los precios públicos por servicios académicos, que previamente se hayan abonado. Las solicitudes de beca quedaran resueltas por el Vicerrector de Estudiantes y Extensión Universitaria.

MATRÍCULA

La formalización de la matricula deberá realizarse por los medios que establezca la Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria, los siguientes días:

PRIMER CURSO: Del_4 al 12 de septiembre de 2014.

SEGUNDO Y TERCER CURSO: Del 8 al 15 de septiembre.

Se ofertan 55 plazas para el primer curso, debiendo matricularse los alumnos, obligatoriamente del curso completo.

Los alumnos de 2º y 3º, podrán matricularse por cuatrimestre completos, y en el caso que les quede alguna asignatura no superada, podrá matricularse de dicha asignatura.

PRECIOS PÚBLICOS

Universidad Politécnica de Cartagena

Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria

Rectorado
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
30202 Cartagena
Tel.: 868071076 - 968325736
Actividades.culturales@upct.es

- **Curso completo**: 125 euros.
- **Cuatrimestre:** 63 euros
- **Asignatura no superada**: 30 euros.

FORMAS DE PAGO

El precio por curso completo es de 125 euros, que se podrán abonar en un pago único o fraccionado en dos plazos.

Quienes opten por el pago fraccionado deberán abonar: Primer plazo: **75,00 euros**, hasta el 12 de septiembre de 2014.

Segundo plazo: 50,00 euros, hasta el 31 de enero de 2015, entregando copia de ambos recibos en la Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria sita en el Rectorado.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA MATRÍCULA

La documentación que deben aportar los alumnos es:

- Impreso de matricula debidamente cumplimentado y firmado.
- Resguardo de ingreso del importe de matrícula
- Fotocopia del D.N.I.
- Dos fotografías tamaño carné.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL EN EL CASO DE AQUELLOS ALUMNOS QUE SOLICITEN BECA

- Impreso de **solicitud de beca** debidamente cumplimentado y firmado.
- Fotocopia de la **declaración de la renta de la unidad familiar** del último ejercicio económico.

ANULACIÓN DE MATRÍCULA

La Universidad procederá de oficio a la anulación de la matrícula cuando transcurrido el plazo establecido para efectuar el pago de la misma (10 días naturales), éste no se haya realizado.

La anulación de la matrícula por causas justificadas, a petición del interesado, deberá presentarse en la Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria mediante

Universidad Politécnica de Cartagena

Unidad de Estudiantes y Extensión Universitaria

Rectorado
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
30202 Cartagena
Tel.: 868071076 - 968325736
Actividades.culturales@upct.es

instancia dirigida al Vicerrector de Estudiantes y Extensión Universitaria, siempre con anterioridad al inicio de la docencia de las asignaturas en cuestión, de acuerdo con el calendario académico.

Una vez iniciado el curso académico no procederá modificación de la matrícula ni la devolución de los precios públicos, salvo en los supuestos establecidos en la Normativa Académica de la UPCT.

MODIFICACIÓN DE LA MATRÍCULA

- Cuando la asignatura no se imparta por causa imputable a la UPCT.
- Por causas de fuerza mayor, debidamente justificadas por el estudiante y solicitada con la suficiente antelación al comienzo de la docencia.

INFORMACIÓN Y MATRICULA

UNIDAD DE ESTUDIANTES Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
Rectorado (ala este, 1ª planta).
Plaza del Cronista Isidoro Valverde
Tfno.: 868 07 10 76 / 968 32 57 36
E-mail: servicio.estudiantes@upct.es
Web: www.upct.es/seeu

La Universidad de Mayores, en todo lo no regulado expresamente en esta normativa, se atendrá a los Estatutos de la Universidad Politécnica de Cartagena y a la Normativa Académica de la misma aprobada por el Consejo de Gobierno.

Anexo 2

14

(2)

Anexo 02.- Reglamento Del Aula Senior De La Universidad De Murcia.

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Extensión Universitaria

REGLAMENTO DEL AULA SENIOR DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Título I. Definición y funciones

Artículo 1. El Aula Senior es un programa de estudios de la Universidad de Murcia destinado a personas mayores de 50 años que, por diversas razones, no pudieron acceder a la Universidad en su momento, o bien desean volver a las aulas y retomar las actividades académicas universitarias. La finalidad es favorecer el desarrollo personal en capacidades y valores, desde la perspectiva del aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Artículo 2. El Aula Senior es un programa formativo integrado por un amplio espectro de materias de las diferentes áreas de conocimiento, que pretende proporcionar una formación integral, basada en aspectos culturales, científicos, políticos y sociales.

Artículo 3. Para cumplir sus fines el Aula Senior organizará y desarrollará las actividades formativas siguientes:

a) Un Título Propio y un Título Propio Avanzado del Aula Senior.

b) Seminarios, jornadas, coloquios y, en general, cuantas actividades puedan contribuir a mejorar la formación del alumnado de este programa.

c) Ampliación de las acciones docentes de la Universidad de Murcia a través de una oferta extracurricular.

d) Fomentar las relaciones con instituciones, organizaciones, empresas y profesionales, que desarrollen líneas de trabajo afines a los estudios del Aula Senior.

e) Cualquier otra actuación formativa que, por motivos de idoneidad, le corresponda al Vicerrectorado responsable.

Titulo II. Organización y estructura académica

Artículo 4. Los programas de estudios del Aula Senior son un Título Propio de la Universidad de Murcia y dependerán de la misma, según la regulación que establece el artículo 82 de los Estatutos de la Universidad de Murcia.

Artículo 5. Los programas de estudios del Título Propio del Aula Senior se regirán por los Estatutos de la Universidad de Murcia, por las normas que en desarrollo de los mismos dicten los órganos competentes de la Universidad y por el presente Reglamento.

Avda. Teniente Flomesta, 5. Edif. Convalecencia. 30003 Murcia
T. 868 883 697 – F. 868 883 506 – www.um.es

1

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Extensión Universitaria

Artículo 6. La gestión y representación del Aula Senior se articula mediante los siguientes órganos:

- Vicerrectorado que tenga atribuidas las competencias del Aula Senior.
- Dirección.
- Comisión de Gestión.
- Junta General.
  - Comisión de Evaluación y Calidad.
  - Comisión de Actividades Extracurriculares.
- Coordinación de Sede.
- Coordinación de Asignatura.

Artículo 7. Corresponde al Vicerrectorado que tutele el Aula Senior, y dentro del ámbito interno de ésta, las siguientes competencias:

a) La representación institucional del Aula Senior.

b) Velar por el cumplimiento del Reglamento y solicitar informes a la Comisión de Gestión del Aula Senior para ello, así como proponer, en su caso, la reforma o modificación del Reglamento al Consejo de Gobierno.

c) Dictar las disposiciones precisas para el funcionamiento de la misma.

d) Aprobar el Plan de Actividades Complementarias para cada curso académico.

e) Aprobar las Memorias Académica y Económica anuales del Aula Senior, que le serán presentadas por la Dirección.

f) Proponer al Rectorado el nombramiento y remoción de la persona que ocupa la Dirección del Aula Senior.

g) Nombrar y remover a los/as Coordinadores/as de Sede.

h) Nombrar y remover a los/as Coordinadores/as de Asignatura.

i) Presidir la reunión anual de Coordinadores de Asignatura.

j) Ejecutar los acuerdos adoptados por los Órganos de Gobierno de la Universidad de Murcia y canalizar las propuestas ante éstos.

Artículo 8. La Dirección del Aula Senior tendrá la responsabilidad de la gestión y coordinación académica del Título Propio y de todas las actividades que se realicen en el Aula Senior.

Artículo 9. La Dirección del Aula Senior será ejercida por una persona perteneciente al funcionariado de la Universidad de Murcia. Le corresponden las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la organización técnica y funcional del Aula Senior, así como su representación en los casos en que se requiera.

Avda. Teniente Flomesta, 5. Edif. Convalecencia. 30003 Murcia
T. 868 883 697 – F. 868 883 506 – www.um.es

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Extensión Universitaria

b) Proponer al Vicerrectorado correspondiente el nombramiento de los/as Coordinadores/as de Sede y de los/as Coordinadores/as de Asignatura, así como de su revocación, cuando concurran causas que lo aconsejen.

c) Presentar al Vicerrectorado responsable del Aula Senior las Memorias anuales Académica y Económica.

d) Convocar y presidir, en ausencia del titular del Vicerrectorado responsable, las reuniones anuales de Coordinadores/as de Asignatura.

e) Proponer al Vicerrectorado responsable del Aula Senior el Plan de Actividades Complementarias para el curso académico siguiente.

f) Proponer acuerdos o convenios para la gestión de programas y servicios a realizar por el Aula Senior, en los términos legales que le sean de aplicación.

g) Realizar Tutorías de Dirección semanalmente, con el apoyo de la Coordinación de Sede.

h) Convocar y presidir reuniones periódicas con los representantes del alumnado, con el apoyo de la Coordinación de Sede.

i) Cualquier otra función que le sea asignada en aplicación de la normativa aplicable.

Artículo 10. Las atribuciones previstas en el artículo anterior serán ejercidas por la persona que ostente la Dirección del Aula Senior, sin perjuicio de las competencias que, conforme a la legislación universitaria, correspondan a otros órganos de gobierno de la Universidad de Murcia.

Artículo 11. La Comisión de Gestión del Aula Senior es un órgano colegiado de consulta en materia de organización y administración para el desarrollo general de la actividad. Estará integrada por el responsable del Vicerrectorado pertinente, la persona que ejerce la Dirección, técnicos responsables de la unidad administrativa y los/as Coordinadores/as de Sede.

Se reunirá a instancias del Vicerrectorado correspondiente o de la Dirección del Aula Senior, al menos, una vez al trimestre.

Serán competencias de la Comisión de Gestión:

a) Proponer la programación de cursos y actividades.

b) Plantear los acuerdos y convenios con personas o entidades públicas o privadas, para la realización de proyectos de carácter científico, técnico o de gestión, así como para el desarrollo de cursos que sean organizados por el Aula Senior.

c) Diseñar el anteproyecto de presupuesto anual que el Vicerrectorado presentará para su aprobación.

d) Proponer la reforma del presente Reglamento.

e) Cualquiera otra función que le sea conferida por el Vicerrectorado correspondiente.

Avda. Teniente Flomesta, 5. Edif. Convalecencia. 30003 Murcia
T. 868 883 697 – F. 868 883 506 – www.um.es

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Extensión Universitaria

Artículo 12. La Junta General del Aula Senior es el órgano de representación y consulta de todos los asuntos que tengan relación con este programa formativo. Estará integrada por representantes de todos los colectivos implicados en la administración y funcionamiento del Aula Senior (Dirección, profesorado, alumnado, personal de administración y servicios) y se renovará cada curso académico.

Se reunirá al menos dos veces en el curso académico, a instancia del Vicerrectorado correspondiente o de la Dirección del Aula Senior.

La Junta General del Aula Senior estará integrada por:

- Responsable del Vicerrectorado que tenga atribuidas las competencias del Aula Senior.
- Responsable de la Dirección del Aula Senior.
- Diez representantes de los/as Coordinadores/as de Asignatura.
- Los/as coordinadores/as de Sede.
- Cuatro miembros del Personal de Administración y Servicios.
- Los siguientes miembros del alumnado:
  - Los/as delegados/as, en cada Sede, de cada uno de los cuatro cursos del Título Propio.
  - Los representantes (delegados/as) en cada Sede del Título Propio Avanzado.
  - Un representante de cada una de las Asociaciones de Estudiantes del Aula Senior.

Artículo 13. La Junta General del Aula Senior podrá establecer comisiones de trabajo, cuya misión principal será la de estudiar y elaborar propuestas para su aprobación en el pleno de la Junta General. Entre ellas estarán las Comisiones de Evaluación y Calidad y la de Actividades Extracurriculares.

Artículo 14. Para la evaluación y seguimiento anual de todas las actividades formativas del Aula Senior se crea la Comisión de Evaluación y Calidad, que estará integrada por:

- Responsable del Vicerrectorado que tenga atribuidas las competencias del Aula Senior.
- Responsable de la Dirección del Aula Senior.
- Dos representantes de los/as Coordinadores/as de Asignatura.
- Los/as Coordinadores/as de Sede.
- Dos miembros del Personal de Administración y Servicios.
- Un miembro de la Unidad para la Calidad de la Universidad de Murcia.

Serán competencias de la Comisión de Evaluación y Calidad:

Avda. Teniente Flomesta, 5. Edif. Convalecencia. 30003 Murcia
T. 868 883 697 – F. 868 883 506 – www.um.es

a) Analizar los resultados de la evaluación anual de las asignaturas incluidas en el Plan de Estudios del Título Propio del Aula Senior.

b) Realizar propuestas de mejora del Título Propio y otras actividades formativas del Aula Senior, ya sean Actividades Complementarias, o las distintas ofertas académicas posteriores a éste (Título Propio Avanzado).

d) Proponer la reforma, parcial o total, del Plan de Estudios del Título Propio del Aula Senior.

Artículo 15. Para la realización y puesta en marcha de actividades extracurriculares del Aula Senior se crea Comisión de Actividades Extracurriculares, que estará integrada por:

- Responsable del Vicerrectorado que tenga atribuidas las competencias del Aula Senior.
- Responsable de la Dirección del Aula Senior.
- Dos representantes de los/as Coordinadores/as de Asignatura.
- Los/as Coordinadores/as de Sede.
- Dos miembros del Personal de Administración y Servicios.
- Los siguientes miembros del alumnado:
  - Cuatro de los/as delegados/as de los cursos del Título Propio (dos de la sede de Murcia y dos de la sede de Lorca).
  - Los representantes (delegados/as) en cada Sede del Título Propio Avanzado.
  - Un representante de las Asociaciones de Estudiantes del Aula Senior.

Serán competencias de la Comisión de Actividades Extracurriculares:

a) Realizar anualmente la propuesta de actividades extracurriculares (jornadas, conferencias, conciertos, excursiones, etc.) destinadas al alumnado del Aula Senior.

b) Informar anualmente a la Junta General de la propuesta de actividades extracurriculares para cada curso académico.

c) Realizar la memoria anual de actividades extracurriculares, en la que se incluirá la evaluación individual de cada una de las actividades llevadas a cabo.

d) Realizar propuestas de colaboración con otras entidades, universitarias o no, para la realización de actividades no académicas.

Artículo 16. La Coordinación de Sede será ejercida por una persona vinculada a la Universidad de Murcia.

Serán funciones de quien ostente la Coordinación de Sede:

a) Velar por el buen funcionamiento de la Sede asignada.

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Extensión Universitaria

b) Realizar tareas de apoyo académico y administrativo a la Dirección. En particular prestarán apoyo a la Dirección en:

- Tutorías semanales de Dirección.
- Reuniones periódicas con los representantes del alumnado.
- La Comunicación entre los/as Coordinadores/as de Asignatura y el alumnado en la Sede asignada.

Artículo 17. La Coordinación de Asignatura será ejercida por un miembro del PDI de la Universidad de Murcia. De forma excepcional la ejercerá un/a profesional de reconocida valía en la materia de la asignatura, que sea ajeno a la Universidad de Murcia.

Serán competencias de la Coordinación de Asignatura:

a) Velar por el buen funcionamiento de la asignatura de la cual es responsable ante la Dirección.

b) Informar a la Dirección, con antelación al inicio del cada curso académico, sobre las necesidades técnicas extraordinarias para la correcta impartición de la asignatura que coordina.

c) Realizar las tareas académicas propias de la actividad docente (elaboración y actualización de la guía didáctica de la asignatura, evaluación del alumnado, cumplimentación de actas, etc.), siguiendo los procesos establecidos por la Dirección.

d) Designar el cuadro docente de la asignatura e informar de éste a la Dirección.

e) Asistir a la reunión anual de Coordinadores/as de Asignatura.

Título III. Régimen económico

Artículo 18. El Aula Senior tendrá un presupuesto anual propio, que coincidirá con el año natural de ingresos y gastos, que se derivará y procederá del presupuesto general de la Universidad de Murcia.

Artículo 19. El presupuesto anual de ingresos estará compuesto por las cantidades que se obtengan de las tasas académicas, la expedición de diplomas y certificaciones, la aportación de la Universidad de Murcia y de los convenios y subvenciones de las organizaciones e instituciones que puedan vincularse al Aula Senior.

Artículo 20. El presupuesto anual de gastos estará integrado en una unidad de gasto con la denominación "Aula Senior". Su cuantía no podrá exceder la de ingresos y constará, al menos, en los capítulos correspondientes a gastos corrientes y de capital, siguiendo la clasificación establecida en el presupuesto general de la Universidad. En caso de existir excedente de crédito de años anteriores, se propondrá a los órganos correspondientes su incorporación al presupuesto anual de ingresos del ejercicio siguiente.

Avda. Teniente Flomesta, 5. Edif. Convalecencia. 30003 Murcia
T. 868 883 697 – F. 868 883 506 – www.um.es

Anexo 3

14

(3)

Anexo 03.- Población residente por grupos de edad y comunidad autónoma a 1 de Enero de 2014.

	Grupos de edad										
	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 a 94 años	De 95 a 99 años	De 100 y más años
TOTAL	**3.333.372**	**2.877.803**	**2.491.892**	**2.327.434**	**1.809.958**	**1.652.238**	**1.403.260**	**825.182**	**333.079**	**75.267**	**13.605**
Andalucía	592.437	498.676	414.500	388.679	305.805	265.551	213.987	111.813	40.667	8.519	1.967
Aragón	97.300	85.160	73.446	68.908	54.542	52.907	50.288	31.255	13.480	2.949	532
Asturias, Principado de	83.877	81.019	71.960	66.367	46.708	48.471	45.464	28.056	11.319	2.457	413
Balears, Illes	77.497	66.037	56.996	51.444	37.999	30.703	24.501	14.423	6.111	1.425	213
Canarias	158.542	128.444	108.987	95.642	74.805	60.933	44.499	22.171	8.196	2.283	600
Cantabria	45.020	41.687	36.107	31.452	22.587	22.399	20.457	12.882	5.400	1.349	212
Castilla y León	193.715	172.640	148.424	138.632	116.183	115.433	108.828	71.469	31.604	7.324	1.483
Castilla-La Mancha	148.446	118.719	97.993	89.587	74.742	76.269	69.979	42.968	16.975	3.570	631
Cataluña	509.131	451.303	399.781	373.518	279.875	257.596	220.573	134.392	55.548	12.494	1.991
Comunitat Valenciana	353.085	304.139	271.057	258.609	206.853	177.784	139.655	79.663	30.163	6.311	1.112
Extremadura	83.958	67.794	56.534	53.292	44.288	44.915	39.411	22.242	8.341	1.777	350
Galicia	198.369	182.840	168.418	166.041	133.450	130.765	113.244	66.330	28.752	7.161	1.273
Madrid, Comunidad de	448.065	380.037	328.217	303.850	228.279	198.824	166.411	100.466	42.965	10.260	1.778
Murcia, Región de	97.363	79.380	66.896	62.030	47.585	44.673	35.308	20.063	6.712	1.316	171
Navarra, Comunidad Foral de	45.425	39.709	34.765	32.365	25.071	21.985	19.818	12.814	5.651	1.367	202
País Vasco	166.489	150.316	133.822	125.936	94.255	87.764	77.285	45.990	17.759	3.975	540
Rioja, La	23.240	20.311	17.131	15.874	12.700	11.647	10.960	6.904	3.011	622	108
Ceuta	5.835	4.862	3.591	2.811	2.284	1.894	1.384	625	213	45	11
Melilla	5.578	4.731	3.267	2.395	1.948	1.725	1.210	657	213	61	17

Fuente de información: Cifras de población. INE.

NE. Anuario Estadístico de España 2015.

Anexo 4

14

(4)

Anexo 04.- Cifras Oficiales de Población en la Región de Murcia.

	Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal			
	Detalle municipal			
	Murcia: Población por municipios utilizados en el estudio y por sexo.			
	Unidades: Personas			
		Total	**Hombres**	**Mujeres**
		2014	**2014**	**2014**
	30 Murcia	1.466.818	735.889	730.929
1	**30005 Alcantarilla**	40.907	20.198	20.709
2	**30009 Archena**	18.570	9.658	8.912
3	**30015 Caravaca de la Cruz**	26.280	13.174	13.106
4	**30016 Cartagena**	216.451	108.511	107.940
5	**30019 Cieza**	35.064	17.614	17.450
6	**30022 Jumilla**	25.476	13.211	12.265
7	**30024 Lorca**	91.759	47.126	44.633
8	**30026 Mazarrón**	32.718	16.962	15.756
9	**30027 Molina de Segura**	68.775	34.372	34.403
10	**30030 Murcia**	439.712	215.226	224.486
11	**30035 San Javier**	31.988	16.262	15.726
12	**30037 Torre-Pacheco**	34.151	17.789	16.362
13	**30038 Torres de Cotillas, Las**	21.404	10.895	10.509
14	**30041 Unión, La**	19.452	9.831	9.621
15	**30043 Yecla**	34.130	17.114	17.016

Fuente: INE 2014.

Anexo 5

14

(5)

Anexo 05.- Carta al Concejal de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena.

Cartagena, 18 de Septiembre de 2014.

Estimado Sr. Concejal de Servicios Sociales
D. Antonio Calderón Rodríguez.

Mi nombre es Ricardo Ibáñez Pérez y soy Doctorando de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de la Universidad de Murcia. Además trabajo en la Universidad Politécnica de Cartagena como Jefe del Servicio de Deportes. En la actualidad me encuentro realizando una investigación para confeccionar mi Tesis de Doctor, que está ubicada dentro de las líneas de investigación del departamento de "Educación Física y Deporte" de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de la citada Universidad, Esta tesis está siendo codirigida por el Dr. Profesor. D. Arturo Díaz Suarez de la Universidad de Murcia, y el Dr. Profesor D. Francisco Martín Martínez González de la Universidad Politécnica de Cartagena, (Vicerrector de Estudiantes y Extensión Universitaria).

Dicho trabajo de investigación va encaminado a la validación del Cuestionario "Hábitos Saludables para Mayores" (HASAMA) que permitirá determinar los diferentes aspectos con relación a los hábitos, gustos de práctica, aspectos psicosociales y motivacionales que tienen las personas mayores de 50 años en la ciudad de Cartagena con relación al deporte. Este instrumento tiene un carácter novedoso, y nuestro objetivo es disponer de una nueva herramienta de medida para las futuras investigaciones que se puedan realizar por los profesionales de Educación Física y otros investigadores.

La intención de esta carta es disponer de un grupo de jueces expertos que nos ayuden a validar el contenido del cuestionario. De esta forma, tras la recogida de la valoración de los expertos, se definirá el instrumento final o se repetirá el proceso todas las veces que sea necesario.

Por esta razón nos gustaría contar con 3 o 4 personas del área de mayores de su concejalía para que nos pudiesen valorar el cuestionario.

Al mismo tiempo le pedimos la autorización para asistir posteriormente a los centros de mayores o lugares donde realicen la actividad física para poder realizar la encuesta.

Agradeciéndole su consideración, se despide atentamente.

Fdo. D. Ricardo Ibáñez Pérez
Universidad de Murcia
Facultad de Ciencias del Deporte
Contacto: 690934355
ricardo.ibanez@upct.es

Anexo 6

14

(6)

Anexo 06.- Carta al Director General de Personas Mayores de la Consejería de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Cartagena, 18 de Septiembre de 2014.

Estimado Sr. Director General de Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

D. Enrique Pérez Abellán.

Mi nombre es Ricardo Ibáñez Pérez y soy Doctorando de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de la Universidad de Murcia. Además trabajo en la Universidad Politécnica de Cartagena como Jefe del Servicio de Deportes. En la actualidad me encuentro realizando una investigación para confeccionar mi Tesis de Doctor, que está ubicada dentro de las líneas de investigación del departamento de "Educación Física y Deporte" de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de la citada Universidad, Esta tesis está siendo codirigida por el Dr. Profesor. D. Arturo Díaz Suarez de la Universidad de Murcia, y el Dr. Profesor D. Francisco Martín Martínez González de la Universidad Politécnica de Cartagena, (Vicerrector de Estudiantes y Extensión Universitaria).

Dicho trabajo de investigación va encaminado a la validación del Cuestionario "Hábitos Saludables para Mayores" (HASAMA) que permitirá determinar los diferentes aspectos con relación a los hábitos, gustos de práctica, aspectos psicosociales y motivacionales que tienen las personas mayores de 50 años en la Región de Murcia con relación al deporte. Este instrumento tiene un carácter novedoso, y nuestro objetivo es disponer de una nueva herramienta de medida para las futuras investigaciones que se puedan realizar por los profesionales de Educación Física y otros investigadores.

La intención de esta carta es disponer de un grupo de jueces expertos que nos ayuden a validar el contenido del cuestionario. De esta forma, tras

la recogida de la valoración de los expertos, se definirá el instrumento final o se repetirá el proceso todas las veces que sea necesario.

Por esta razón nos gustaría contar con 3 o 4 personas del área de mayores de su instituto para que nos pudiesen valorar el cuestionario.

Al mismo tiempo le pedimos la autorización para asistir posteriormente a los centros de mayores o lugares donde realicen la actividad física para poder realizar la encuesta.

Agradeciéndole su consideración, se despide atentamente.

Fdo. Ricardo Ibáñez Pérez
Universidad de Murcia
Facultad de Ciencias del Deporte
Contacto: 690934355
ricardo.ibanez@upct.es

Anexo 7

14

(7)

Anexo 07.- Carta al Director General de Personas Mayores de la Consejería de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Cartagena, 15 de Octubre de 2014.

Estimados compañeros, jueces y expertos, leer esta información y responderme lo antes posible, gracias.

Información para los expertos:

A modo de referencia nos interesa que señalen, en cada uno de los apartados del cuestionario, un valor de 0 a 10, que haga referencia a la idoneidad de que el ítem sea fluido, entendible y comprensible. El cuestionario cuenta con 30 ítems distribuidos al azar que hacen referencia a los 7 bloques o secciones en los que hemos dividido el instrumento. Cada bloque tiene un número diferente de ítems, agrupados en el documento que ha de rellenar con el fin de facilitarle su valoración.

Al finalizar esta primera valoración individual de cada ítem, se le solicita una valoración global del cuestionario en cuanto el contenido y formato del mismo, debiendo responder en una escala con valores de 0 a 10.

Del mismo modo, solicitamos que indique todas aquellas observaciones y/o sugerencias que estime oportunas. Es interesante que a su criterio busque en el cuestionario lagunas, redundancias, o cualquier otro aspecto que crea puede mejorar este cuestionario.

Al final de este documento encontrará la hoja que debe evaluar, titulada:" CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS".

Una vez finalice su valoración, por favor, reenvíe los ficheros (aunque no se realice ningún cambio) a la dirección de correo electrónico: ricardo.ibanez@upct.es.

Se ha establecido un plazo máximo de dos semanas, para la valoración, si bien en caso de que necesite más tiempo, no dude en enviárnoslo más tarde. Somos conscientes del esfuerzo temporal que le pedimos, por ello, le agradecemos de antemano su colaboración con la investigación. Para cualquier duda pueden contactar conmigo a través del teléfono o correo electrónico. ¡Muchas Gracias!

Fdo. Ricardo Ibáñez Pérez
Universidad de Murcia
Facultad de Ciencias del Deporte
Contacto: 690934355
ricardo.ibanez@upct.es

PD: Les adjuntamos la encuesta en hojas anexas.

Anexo 8

14

(8)

Anexo 08.- Relación de Jueces Expertos.

Relación de Expertos consultados para la validación de la Encuesta.

- Dra. Francisca Martínez Gallego. (Profesora de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Murcia. Directora de Promoción Deportiva de la Concejalía de Deportes del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena).
- D. Eduardo Armada Ros, (Presidente del Colegio de Licenciados CAFD de la Región de Murcia. Gerente Actividades Deportivas en la Concejalía de Deportes del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena).
- Vicente Morales Baños (Profesor de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Murcia. Gerente del Patronato de Deportes del Excmo. Ayuntamiento de Alcantarilla (Murcia).
- Eduardo Segarra Vicens. (Profesor de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Murcia. Jefe del Servicio de Deportes de la Dirección General de Deportes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Manolo Avilés Conesa. Jefe de Estudios del Instituto de la titulación de Técnico Deportivos de Actividades Físicas y Profesor de Actividades en la naturaleza de la Universidad de Mayores de la Universidad Politécnica de Cartagena.
- Caridad Pascual de Riquelme Torres. (Directora del Centro Social de Personas Mayores C.S.P.M “Cartagena I” IMAS. (Murcia).
- Monserrat Galera Martínez, (Trabajadora Social del Centro Social de Personas Mayores C.S.P.M “Alcantarilla” IMAS. (Murcia).
- Gabina Roca Roca, (Directora del Centro Social de Personas Mayores C.S.P.M “Roldan” IMAS. (Murcia).
- Loli Lario Sánchez. (Técnico de Servicios Sociales de la Concejalía de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena).
- Javier Aparicio Salgado (Técnico de Servicios Sociales de la Concejalía de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena).

Anexo 9

14

(9)

Anexo 09.- Organigrama del Instituto Murciano de Acción Social.

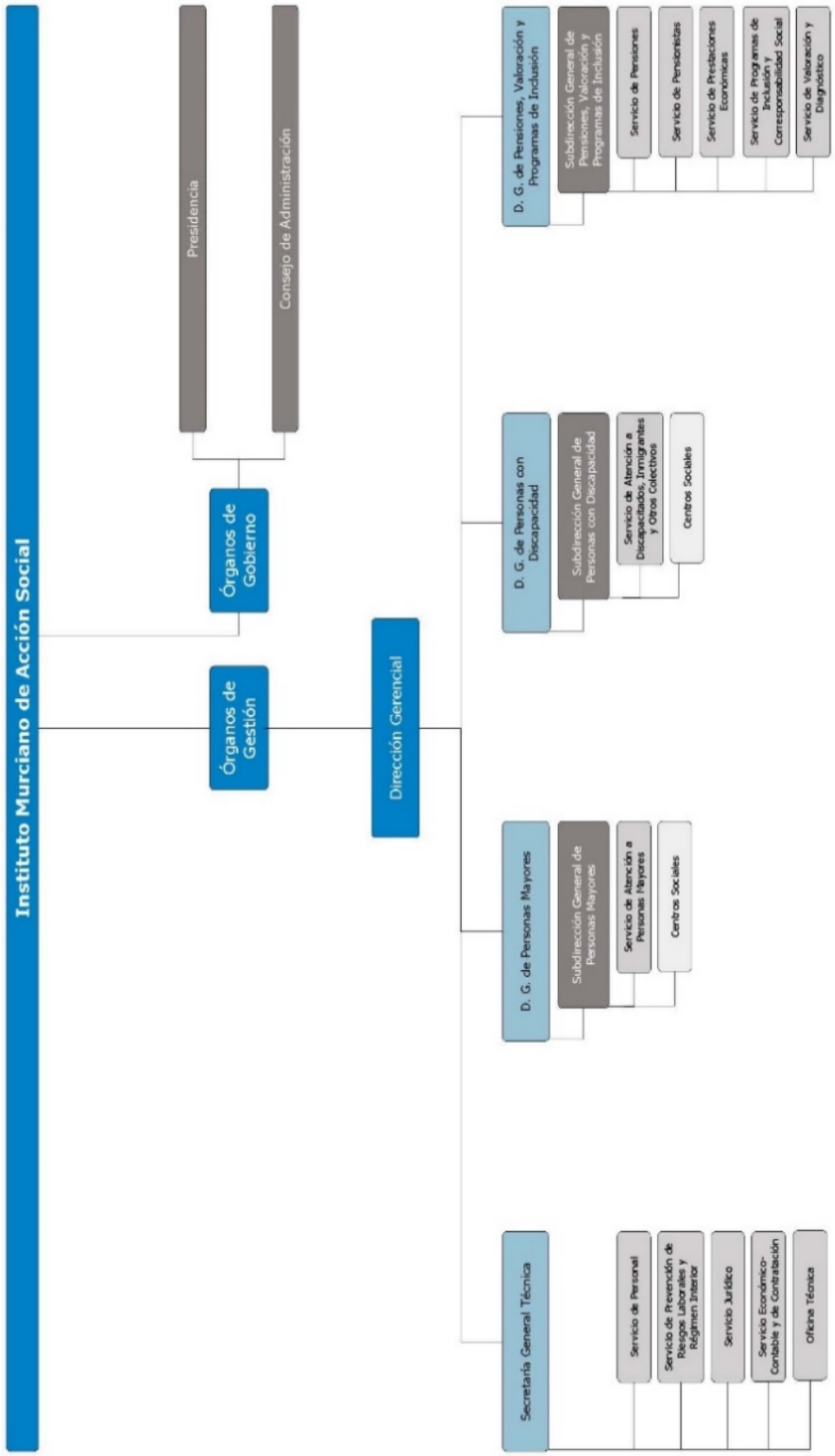


Ilustración 16. Organigrama del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS).

Fuente: página web de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: www. carm.es. 2015.

Anexo 10

14

(10)

Anexo 10.- Resultados del número de encuestas realizadas.

Resultados del número de encuestas realizadas por centro y número de centro del IMAS (2015)		
Nº Encuesta Total	NÚMERO DE ENCUESTA DEL CENTRO	NÚMERO DE CENTRO
57	57	1
131	74	2
237	106	3
293	56	4
416	123	5
573	157	6
653	80	7
678	25	8
748	70	9
871	123	10
975	104	11
1083	108	12
1164	81	13
1278	114	14
1319	41	15
1414	95	16
1560	146	17

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 11

14

(11)

Anexo 11.- Tabla para el cálculo del número de encuestas realizadas en cada centro, utilizando la fórmula del cálculo de la muestra delas poblaciones finitas (en Herrera, (2005).

	Nº de Personas en Actividades		Resultado Numerador	Resultado Denominador-1	Resultado Denominador-2	Suma Denominador	Resultado Formula	Nº a Realiz.	Encuestas factor Repetido *	Encuestas Realizadas	% Realizado
Alcantarilla	1N=	102	97,96	0,2525	0,9604	1,2129	**81**	Encu.	**57**	**57**	100%
Caravaca	2N=	145	139,26	0,36	0,9604	1,3204	**105**	Encu.	**74**	**74**	100%
Cartagena II	3N=	248	238,18	0,6175	0,9604	1,5779	**151**	Encu.	**106**	**106**	100%
Torres Cotillas.	4N=	100	96,04	0,2475	0,9604	1,2079	**80**	Encu.	**56**	**56**	100%
Lorca	5N=	324	311,17	0,8075	0,9604	1,7679	**176**	Encu.	**123**	**123**	100%
Murcia II	6N=	541	519,58	1,35	0,9604	2,3104	**225**	Encu.	**157**	**157**	100%
Mazarrón	7N=	162	155,58	0,4025	0,9604	1,3629	**114**	Encu.	**80**	**80**	100%
Roldan	8N=	39	37,46	0,095	0,9604	1,0554	**35**	Encu.	**25**	**25**	100%
San Javier	9N=	135	129,65	0,335	0,9604	1,2954	**100**	Encu.	**70**	**70**	100%
Yecla	10N=	325	312,13	0,81	0,9604	1,7704	**176**	Encu.	**123**	**123**	100%
Archena	11N=	243	233,38	0,605	0,9604	1,5654	**149**	Encu.	**104**	**104**	100%
Cartagena III	12N=	256	245,86	0,6375	0,9604	1,5979	**154**	Encu.	**108**	**108**	100%
Cieza	13N=	165	158,47	0,41	0,9604	1,3704	**116**	Encu.	**81**	**81**	100%
Jumilla	14N=	284	272,75	0,7075	0,9604	1,6679	**164**	Encu.	**114**	**114**	100%
La Unión	15N=	69	66,27	0,17	0,9604	1,1304	**59**	Encu.	**41**	**41**	100%
Molina Segura	16N=	210	201,68	0,5225	0,9604	1,4829	**136**	Encu.	**95**	**95**	100%
Murcia I	17N=	456	437,94	1,1375	0,9604	2,0979	**209**	Encu.	**146**	**146**	100%
										Encuestas Realizadas.	
		3.804	Personas que realizan actividad física en centros del IMAS:						**1.560**	**1.560**	**100%**
									41%	realizado	

Fórmulas Utilizadas:

$$n = \frac{N * Z_\alpha^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z_\alpha^2 * p * q}$$

$Z\alpha^2=1,96$

p= 0.5

q= 0,5

d= 0,05

$$n=N*(Z\alpha)^2*p*q/(d)^2*(N-1)+(Z\alpha)^2*p*q$$

$$n=bx*(1,96)^2*0,5*0,5/(0,05)^2*(bx-1)+(1,96)^2*0,5*0,5$$

* Se ha aplicado un factor de corrección de un 20% en la reducción del número de encuestas para corregir el número de personas que se encuentran inscritas en más de una actividad.

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 12

14

(12)

Anexo 12.- Estadísticas.

Referencias de los Estadísticos de población de la Región de Murcia, de número de personas inscritas en los centros del IMAS y de los que practican actividad física en dichos centros.

ESTADISTICOS DE POBLACIÓN, ASOCIADOS Y PRACTICANTES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CENTROS DEL IMAS DE LA REGIÓN DE MURCIA, JUNIO DE 2015

	Nombre del Centro	Total Población del Estudio - Nº de Habitantes			Nº de Personas Mayores de 55 años por Municipios			% Personas Mayores con respecto al total de la población	Nº de Asociados en el Estudio			% Asociados al IMAS con respecto al total de la población de mayores	Nº de Personas con práctica de Actividad Física			% Personas Mayores que hacen A.F respecto al total de asociados al centro IMAS
		Total	H	M	Total	H	M		Total	H	M		Total	H	M	
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	40.907	20.198	20.709	8.699	3.924	4.775	21,27%	5.661	2.611	3.050	65,08%	102	23	79	1,80%
2	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	26.668	13.174	13.106	6.924	3.241	3.683	25,96%	6.500	3.326	3.174	93,88%	145	62	83	2,23%
3	C.S.P.M. CARTAGENA I	218.588	108.511	107.940	54.211	24.456	29.755	24,80%	13.537	6.685	6.852	24,97%	248	65	183	1,83%
4	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	21.404	10.895	10.509	4.383	2.102	2.281	20,48%	3.100	1.240	1.860	70,73%	100	42	58	3,23%
5	C.S.P.M. LORCA	91.759	47.126	44.633	21.208	9.828	11.380	23,11%	6.450	3.354	3.096	30,41%	324	122	202	5,02%
6	C.S.P.M. MURCIA 2	439.712	215.226	224.486	103.103	45.650	57.453	23,45%	8.373	4.042	4.331	8,12%	541	195	346	6,46%
7	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	32.718	16.962	15.756	6.887	3.224	3.663	21,05%	2.568	1.179	1.389	37,29%	162	45	117	6,31%
8	C.S.P.M. ROLDAN	6.800	3.578	3.222	1.359	666	693	19,99%	991	411	580	72,92%	39	5	34	3,94%
9	C.S.P.M. SAN JAVIER	31.988	16.262	15.726	7.169	3.463	3.706	22,41%	2.895	1.347	1.548	40,38%	135	37	98	4,66%
10	C.S.P.M. YECLA	34.130	17.114	17.016	8.166	3.819	4.347	23,93%	5.438	2.423	3.015	66,59%	325	74	251	5,98%
11	C.S.P.M. ARCHENA	18.570	9.658	8.912	4.112	1.928	2.184	22,14%	2.295	1.001	1.294	55,81%	243	45	198	10,59%
12	C.S.P.M. CARTAGENA III	218.588	108.511	107.940	54.211	24.456	29.755	24,80%	7.558	3.242	4.316	13,94%	256	56	200	3,39%
13	C.S.P.M. CIEZA	35.064	17.614	17.450	8.495	3.789	4.706	24,23%	5.532	2.655	2.877	65,12%	165	33	132	2,98%
14	C.S.P.M. JUMILLA	25.476	13.211	12.265	5.689	2.658	3.031	22,33%	2.871	1.317	1.554	50,47%	284	77	217	9,89%
15	C.S.P.M. LA UNION	19.452	9.831	9.621	3.255	1.595	1.660	16,73%	2.507	1.101	1.406	77,02%	69	9	60	2,75%
16	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	68.775	34.372	34.403	13.033	6.117	6.916	18,95%	7.518	3.697	3.821	57,68%	210	81	129	2,79%
17	C.S.P.M. MURCIA 1	439.712	215.226	224.486	103.103	45.650	57.453	23,45%	13.275	6.856	6.419	12,88%	456	73	383	3,44%
TOTALES:		**1.330.599**	**662.243**	**663.694**	**414.007**	**186.566**	**227.441**	31,11%	**97.069**	**46.487**	**50.582**	23,45%	**3.804**	**1.044**	**2.770**	3,92%
	Datos INE (01-2014)	**Hab. año 2014**			**Hab. año 2014**				**Pers. año 2015**				**En junio 2015**			

La Región de Murcia	Total	Hombres	Mujeres
Habitantes	1.466.818 h.	735.889 h.	730.929 h.

* Hay Dos Centros del IMAS en Cartagena
** Hay Dos centros del IMAS en Murcia
*** En las sumas de población total, las ciudades de Cartagena y Murcia, solamente están sumadas 1 vez.

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. 2015.

Anexo 13

14

(13)

Anexo 13.- Estadísticas.

Estadísticos de usuarios asociados al número de practicantes de actividad física en el IMAS. Por tipos de modalidades de actividad física.

ESTADÍSTICOS DE USUARIOS ASOCIADOS AL NÚMERO DE PRACTICANTES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CENTROS DEL IMAS DE LA REGIÓN DE MURCIA, EN JUNIO DE 2015

	Nombre del Centro	Gerontogimnasia	Senderismo	Bailes de Salón	Sevillanas/ Flamenco/ Rumba	Bailes Regionales	Taichi	Psicomotricidad	Baile Moderno / latino	Yoga	Aquafitnes	TOTAL:
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	46	21	0	12	0	0	0	0	23	0	**102**
2	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	89	0	18	21	17	0	0	0	0	0	**145**
3	C.S.P.M. CARTAGENA I	208	40	0	0	0	0	0	0	0	0	**248**
4	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	30	0	50	0	20	0	0	0	0	0	**100**
5	C.S.P.M. LORCA	170	57	40	12	45	0	0	0	0	0	**324**
6	C.S.P.M. MURCIA 2	225	0	76	40	0	140	0	40	20	0	**541**
7	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	78	30	19	14	10	11	0	0	0	0	**162**
8	C.S.P.M. ROLDAN	20	0	0	0	0	19	0	0	0	0	**39**
9	C.S.P.M. SAN JAVIER	75	0	0	0	0	0	35	25	0	0	**135**
10	C.S.P.M. YECLA	100	0	0	50	0	175	0	0	0	0	**325**
11	C.S.P.M. ARCHENA	85	0	0	35	0	78	45	0	0	0	**243**
12	C.S.P.M. CARTAGENA III	128	24	32	0	0	52	0	20	0	0	**256**
13	C.S.P.M. CIEZA	0	0	0	0	30	50	0	0	85	0	**165**
14	C.S.P.M. JUMILLA	129	30	48	0	0	77	0	0	0	0	**284**
15	C.S.P.M. LA UNION	20	0	0	9	0	25	0	0	0	15	**69**
16	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	67	35	26	18	14	50	0	0	0	0	**210**
17	C.S.P.M. MURCIA 1	157	0	91	72	13	123	0	0	0	0	**456**
	TOTALES:	**1.627**	**237**	**400**	**283**	**149**	**800**	**80**	**85**	**128**	**15**	**3.804**

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. 2015.

Anexo 14

14

(14)

Anexo 14.- Estadísticas.

Estadísticos de número de modalidades deportivas ofertadas por los centros del IMAS, en el periodo 2014-2015.

	Nombre del Centro	Gerontogimnasia	Senderismo	Bailes de Salón	Sevillanas/ Flamenco/ Rumba	Bailes Regionales	Taichi	Psicomotricidad	Baile Moderno / latino	Yoga	Aquafitnes	TOTAL:
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	**4**
2	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	**4**
3	C.S.P.M. CARTAGENA I	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
4	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	**3**
5	C.S.P.M. LORCA	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	**5**
6	C.S.P.M. MURCIA 2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	**6**
7	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	**6**
8	C.S.P.M. ROLDAN	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**2**
9	C.S.P.M. SAN JAVIER	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**2**
10	C.S.P.M. YECLA	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	**3**
11	C.S.P.M. ARCHENA	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	**4**
12	C.S.P.M. CARTAGENA III	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	**5**
13	C.S.P.M. CIEZA	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	**4**
14	C.S.P.M. JUMILLA	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	**4**
15	C.S.P.M. LA UNION	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	**4**
16	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	**6**
17	C.S.P.M. MURCIA 1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	**5**
	TOTALES:	**17**	**7**	**9**	**10**	**7**	**11**	**2**	**2**	**3**	**1**	**69**

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. 2015.

Anexo 15

14

(15)

Anexo 15.- Decreto Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Región de Murcia

DECRETO N.º 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social

BORM 29 Diciembre 2006

Mediante Ley 1/2006, de 10 de abril, se ha creado el Instituto Murciano de Acción Social, organismo autónomo adscrito a la Consejería de Trabajo y Política Social por ser la competente en materia de servicios sociales.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 41 de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, corresponde al Consejo de Gobierno, mediante Decreto, aprobar los Estatutos del citado Organismo.

Dichos Estatutos han de regular como mínimo la estructura organizativa, funciones y competencias del Instituto Murciano de Acción Social, así como el patrimonio que se le asigne para el cumplimiento de sus fines y los recursos económicos que haya de financiar el Organismo; el régimen relativo a recursos humanos, patrimonio, contratación y el régimen presupuestario, económico-financiero, de intervención, control financiero y contabilidad.

Todos estos extremos son abordados ampliamente bajo el título de Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social, en esta norma reglamentaria.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Trabajo y Política Social, previo informe de la Consejería de Economía y Hacienda, de acuerdo con el Consejo Jurídico de la Región de Murcia y previa deliberación y acuerdo del Consejo de Gobierno en su reunión del día 22 de diciembre de 2006,

DISPONGO

Capítulo I Disposiciones generales

Artículo 1. Naturaleza y adscripción.

1. El Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril, tiene naturaleza de organismo autónomo y está dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, de patrimonio y tesorería propios así como de autonomía de gestión, para el cumplimiento de los fines establecidos en su Ley de creación.

2. El Instituto Murciano de Acción Social está adscrito a la Consejería competente en materia de servicios sociales, a la que corresponde la planificación general, la evaluación y el control de los resultados de su actividad, según se recoge en su ley de creación.

Artículo 2. Fines y áreas de actuación.

De conformidad con lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril:

1. El Instituto Murciano de Acción Social se constituye con la finalidad de ejecutar las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociales de acuerdo con los principios establecidos en la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

2. Sus áreas de actuación serán:

a. Personas mayores.

b. Personas con discapacidad.

c. Personas con enfermedad mental crónica.

d. Personas en situación o riesgo de exclusión social.

Cualquier otro colectivo necesitado de protección social que reglamentariamente se determine, cuando razones justificadas así lo aconsejen y los colectivos que se incluyan se encuentren entre los que el artículo 10 de la Ley 3/2003, de 10 de abril, configura como servicios sociales especializados.

3. El Instituto Murciano de Acción Social es el organismo público encargado de integrar las funciones de la Seguridad Social referidas al antiguo Instituto Nacional de

Servicios Sociales (Inserso), en los términos establecidos en el Real Decreto 649/1995, de 21 de abril. En consecuencia asume todas las funciones traspasadas en materia de gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social para Personas Mayores, Discapacitados y población marginada, así como las que le competen respecto de la gestión de las prestaciones sociales y económicas contempladas en la Ley de Integración Social de los Minusválidos y en la Ley General de la Seguridad Social.

4. Su actividad estará dirigida a procurar un nivel de calidad adecuado y suficiente en la prestación de servicios sociales en la Región de Murcia, procurando el aprovechamiento óptimo de los recursos públicos que gestiona y coordinando las actividades de las instituciones públicas y privadas en materia de servicios sociales, mediante el establecimiento de convenios, conciertos o cualesquiera otras fórmulas de gestión compartida.

Artículo 3. Funciones.

Son funciones del Instituto Murciano de Acción Social, dentro del ámbito territorial y competencial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, además de las establecidas en el artículo 3.1 de la Ley 1/2006, de 10 de abril, de Creación del Instituto Murciano de Acción Social, las siguientes:

a) El desarrollo y gestión de servicios, programas y prestaciones técnicas para los colectivos de su competencia.

b) El apoyo y asistencia a los órganos de participación de los centros que gestiona.

c) La gestión y seguimiento de las subvenciones concedidas a entidades para el desarrollo de actuaciones dirigidas a los colectivos de su competencia.

d) La declaración y calificación del grado de dependencia.

e) La elaboración, desarrollo y ejecución de planes y proyectos específicos dirigidos a los colectivos de su competencia, en el marco establecido por la planificación de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

f) La propuesta para la elaboración de anteproyectos y proyectos de disposiciones de carácter general y de cualquier otra normativa específica referida a los colectivos de su competencia.

g) La información especializada del sistema de prestaciones y servicios en las materias de su competencia.

h) La coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas con otras Administraciones Públicas así como con la Unión Europea en materias de su competencia, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos.

i) Cualquier otra que por norma de rango legal o reglamentario le sea atribuida.

Capítulo II Estructura organizativa.

Artículo 4. Órganos del Instituto Murciano de Acción Social.

1. Los órganos de gobierno y de gestión del Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo dispuesto en su ley de creación son:

A) Órganos de Gobierno:

a) Presidencia
b) Consejo de Administración

B) Órganos de Gestión:

a) Dirección Gerencial.
b) Direcciones Generales.
c) Secretaría General Técnica.
d) Subdirecciones Generales.

Artículo 5. Presidencia.

Presidirá el Instituto Murciano de Acción Social la persona que ostente la titularidad de la Consejería competente en materia de servicios sociales y tendrá además de las funciones y competencias establecidas en el artículo 5.2 de la Ley 1/2006, de 10 de abril, de Creación del Instituto Murciano de Acción Social, las siguientes:

a) Resolver los recursos administrativos contra los actos dictados por el Director Gerente y los Directores Generales.

b) Resolver el procedimiento de revisión de oficio de actos nulos y la declaración de lesividad de actos anulables dictados por el Director Gerente y los Directores Generales.

c) La autorización de gastos hasta la cuantía señalada por la correspondiente Ley de Presupuestos para los titulares de los organismos autónomos o, en su defecto, para los consejeros, así como su disposición, liquidación y ordenación de los pagos.

d) Aquellas otras que puedan serle atribuidas legal o reglamentariamente.

Artículo 6. El Consejo de Administración.

1. El Consejo de Administración tal y como establece la Ley 1/2006, de 10 de abril, estará integrado por el presidente, el vicepresidente y los vocales.

2. El Presidente del Instituto Murciano de Acción Social será el presidente del Consejo de Administración. El Director Gerente del Instituto Murciano de Acción Social será el vicepresidente, sustituyendo al presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad.

3. Serán vocales del Consejo de Administración:

a. Dos representantes de la Consejería competente en materia de servicios sociales, con rango, al menos, de director general.

b. Los Directores Generales del Instituto Murciano de Acción Social.

c. El Director General competente en materia de Presupuestos.

d. El Director General competente en materia de Función Pública.

e. Un representante del Consejo Asesor Regional de Personas Mayores y otro representante del Consejo Asesor Regional de Personas con Discapacidad, que formen parte de estos órganos consultivos en su calidad de representantes de organizaciones sociales o expertos externos a la Administración Regional.

f. Un representante de la Federación de Municipios de la Región de Murcia.

4. Los vocales representantes de las consejerías o direcciones generales serán nombrados y, en su caso, cesados, por acuerdo de Consejo de Gobierno a propuesta de los titulares de las respectivas consejerías.

5. Los vocales representantes de los Consejos Asesores Regionales de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad así como de la Federación de Municipios de la

Región de Murcia serán nombrados por acuerdo de Consejo de Gobierno a propuesta del titular de la Consejería de adscripción previa su designación por acuerdo del pleno del órgano o entidad correspondiente, de conformidad con lo dispuesto con la ley de creación del Instituto Murciano de Acción Social.

6. En los casos de vacante, ausencia o enfermedad de los vocales y del vicepresidente cuando actúe en sustitución del presidente, podrán designarse suplentes, que serán nombrados y en su caso cesados por acuerdo de Consejo de Gobierno siguiendo el mismo procedimiento que el observado para el nombramiento de los correspondientes titulares.

7. Como secretario del Consejo de Administración actuará, con voz y sin voto, el titular de la Secretaría General Técnica del Instituto Murciano de Acción Social. Podrá ser sustituido por otro funcionario del Instituto designado por su presidente, en los casos de ausencia, vacante o enfermedad.

Artículo 7. Atribuciones del Consejo de Administración.

Son atribuciones del Consejo de Administración además de las recogidas en el artículo

6.8 de la Ley 1/2006, de 10 de abril, de Creación del Instituto Murciano de Acción Social, las siguientes:

a) Elevar al Presidente del Instituto propuestas sobre medidas normativas o actuación en materia de acción social.

b) Conocer las propuestas de convocatoria de subvenciones y disposiciones de carácter general en materias que sean competencia del Instituto.

c) Ser informado con carácter previo a su autorización por el Consejo de Gobierno de aquellos convenios cuya cuantía exceda de 300.000 euros, así como de los demás convenios de colaboración que se hayan celebrado.

d) Ser informado con carácter previo a su celebración de los contratos cuyo importe sea superior a 300.000 euros.

e) Deliberar y decidir sobre cualquier otro asunto relacionado con las competencias y funciones del Instituto que, por su importancia o trascendencia, le someta a su consideración el Presidente.

f) Proponer de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 7/2004,

de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la creación de comisiones técnicas o grupos de trabajo para materias determinadas así como su composición y funciones.

g) Cualesquiera otras que pudieran corresponderle en virtud de disposición legal o reglamentaria.

Artículo 8. Funcionamiento del Consejo de Administración.

1. Convocado por su presidente, el Consejo de Administración se reunirá con carácter ordinario dos veces al año y con carácter extraordinario cuando sea convocado por su Presidente en caso de urgencia o cuando lo solicite la mayoría de sus miembros.

2. El Consejo se entenderá válidamente constituido cuando asistan a sus sesiones la mitad más uno de sus miembros, siendo en todo caso necesaria la presencia del presidente o, en su sustitución, la del vicepresidente y la del secretario. Los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los miembros presentes y, en caso de empate, lo dirimirá el voto de quien ejerza la Presidencia del Consejo.

3. En lo no previsto en esta Ley y, en su caso, en las normas que la desarrollen, será de aplicación al Consejo de Administración lo dispuesto sobre órganos colegiados en el capítulo III del Título II de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Artículo 9. Dirección Gerencial.

1. De conformidad con lo establecido en la ley de creación del Instituto Murciano de Acción Social el titular de la Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social, con rango de secretario general, será nombrado por decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta del titular de la Consejería de adscripción del Instituto, y ostentará además de las funciones y competencias establecidas en el artículo 7.2 de la Ley 1/2006, de 10 de abril, de Creación del Instituto Murciano de Acción Social, las siguientes:

a) Elevar al Presidente del Instituto propuestas sobre medidas normativas o actuación en materia de acción social.

b) Conocer las propuestas de convocatoria de subvenciones y disposiciones de carácter general en materias que sean competencia del Instituto.

c) Ser informado con carácter previo a su autorización por el Consejo de Gobierno de aquellos convenios cuya cuantía exceda de 300.000 euros, así como de los demás convenios de colaboración que se hayan celebrado.

d) Ser informado con carácter previo a su celebración de los contratos cuyo importe sea superior a 300.000 euros.

e) Deliberar y decidir sobre cualquier otro asunto relacionado con las competencias y funciones del Instituto que, por su importancia o trascendencia, le someta a su consideración el Presidente.

f) Proponer de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la creación de comisiones técnicas o grupos de trabajo para materias determinadas así como su composición y funciones.

g) Cualesquiera otras que pudieran corresponderle en virtud de disposición legal o reglamentaria.

h) Resolver las reclamaciones previas a la vía judicial civil y laboral.

i) Dar cuenta al Consejo de Administración de la celebración de los convenios necesarios para el desarrollo de las funciones del organismo y solicitar su informe previo en los de cuantía superior a 300.000 €.

j) Adoptar las resoluciones necesarias para el desarrollo de las actuaciones del Instituto Murciano de Acción Social.

k) Aquellas otras funciones que no se encuentren expresamente asignadas a otro órgano específico del Instituto o se le atribuyan legal o reglamentariamente.

2. Para los casos de ausencia, vacante o enfermedad del Director Gerente, el Consejero titular de la Consejería a la que esté adscrito el Instituto podrá encomendar el ejercicio de sus atribuciones a cualquiera de los órganos directivos del Instituto.

Artículo 10. Estructura organizativa.

1. Bajo la dirección y dependencia de la Dirección Gerencial, el Instituto

Murciano de Acción Social desarrolla sus funciones a través de los siguientes órganos directivos:

a) Dirección General de Personas Mayores.

b) Dirección General de Personas con Discapacidad.

c) Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.

Estas tres direcciones generales se estructurarán a su vez en subdirecciones generales.

2. El titular de la Dirección Gerencial contará con la asistencia de la Secretaría General Técnica, órgano directivo al que corresponde atender y coordinar los servicios generales del organismo.

Artículo 11. Dirección General de Personas Mayores.

1. Corresponde a la Dirección General de Personas Mayores la dirección y coordinación de las competencias del Instituto Murciano de Acción Social en materia de gestión de servicios, centros, programas y planes para la atención a personas mayores, a tenor de lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril.

2. En especial le corresponde con respecto al colectivo de su competencia:

a) La gestión de los centros sociales, cuya titularidad corresponda a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

b) El reconocimiento del derecho de admisión en centros y servicios, tanto propios como concertados, y la gestión de la correspondiente lista de espera.

c) El reconocimiento del derecho de ingreso en centros y servicios, propios y concertados, así como las resoluciones que procedan ante incomparecencia o incumplimiento de la acreditación de requisitos por los interesados.

d) Resolver el traslado entre centros y servicios de su competencia.

e) La resolución de pérdida de la condición de usuario o de ampliación del plazo

de ingreso en los centros y servicios.

f) La gestión, tramitación, control y asistencia técnica de la acción concertada para la reserva y ocupación de plazas, proponiendo al Director Gerente la celebración de convenios u otros instrumentos de cooperación.

g) La gestión de servicios, programas y prestaciones técnicas para personas mayores en centros sociales.

h) La gestión de servicios y programas de turismo social y termalismo.

i) La gestión de las prestaciones técnicas, apoyo y asistencia a los órganos de participación de las personas mayores de los centros.

j) La propuesta de resolución de concesión de subvenciones, la modificación, extinción y denegación, de las subvenciones concedidas para el desarrollo de actuaciones dirigidas a personas mayores así como su gestión y seguimiento.

k) Elaboración, desarrollo y ejecución de planes y proyectos específicos, en el marco establecido por la planificación de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

l) La propuesta para la elaboración de anteproyectos y proyectos de disposiciones de carácter general y de cualquier otra normativa específica, que elevará al Director Gerente para su tramitación.

m) La información especializada del sistema de prestaciones técnicas y servicios en el área de mayores.

n) La coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas con otras Administraciones Públicas así como con la Unión Europea sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos.

o) Cualquier otra que se le atribuya legal o reglamentariamente.

3. Bajo la dependencia directa de la Dirección General de Personas Mayores existirá una Subdirección General como unidad encargada de coordinar, impulsar y supervisar las unidades que conforman el citado centro directivo.

Prestará el apoyo y asesoramiento necesario al titular de la Dirección General de Personas Mayores, al que sustituirá en los casos de ausencia vacante o enfermedad.

Artículo 12. Dirección General de Personas con Discapacidad.

1. Corresponde a la Dirección General de Personas con Discapacidad la dirección y coordinación de las competencias del Instituto Murciano de Acción Social en materia de gestión de servicios, centros y programas para la atención a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial; enfermedad mental crónica; con riesgo de exclusión; o cualquier otro colectivo necesitado de protección social que reglamentariamente se determine, cuando razones justificadas así lo aconsejen y los colectivos que se incluyan se encuentren en los que el artículo 10 de la Ley 3/2003, de 10 de abril, configura como servicios sociales especializados.

2. En especial le corresponde con respecto a los colectivos de su competencia:

a) La gestión de los centros residenciales y centros de día cuya titularidad corresponda a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

b) El reconocimiento del derecho de admisión para ingreso en centros residenciales y de día, tanto propio como concertado, y la gestión de la correspondiente lista de espera.

c) El reconocimiento del derecho de ingreso en centros residenciales y de día.

d) Resolver el traslado entre centros y servicios de su competencia.

e) La adopción de las resoluciones correspondientes ante incomparecencia o incumplimiento de la acreditación de requisitos por los interesados en casos de ingreso en centros residenciales y de día, tanto propia como concertada.

f) La resolución de pérdida de la condición de residente o de ampliación del plazo de ingreso en los centros residenciales y de día, tanto propia como concertada.

g) La gestión, tramitación, control y asistencia técnica de la acción concertada para la reserva y ocupación de plazas, proponiendo a la Dirección Gerencial la celebración de convenios u otros instrumentos de cooperación.

h) La gestión de servicios, programas y prestaciones técnicas para los colectivos de su competencia en centros residenciales y de día, atendiendo en particular la gestión

de la formación ocupacional, del apoyo a la accesibilidad y movilidad, promoción del ocio y tiempo libre.

i) La gestión de las prestaciones técnicas, apoyo y asistencia a los órganos de participación de los centros.

j) La propuesta de resolución de concesión de subvenciones, la modificación, extinción y denegación de las subvenciones concedidas para el desarrollo de actuaciones dirigidas a los colectivos de su competencia así como su gestión y seguimiento.

k) Elaboración, desarrollo y ejecución de planes y proyectos específicos dirigidos a los colectivos de su competencia, en el marco establecido por la planificación de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

l) La propuesta para la elaboración de anteproyectos y proyectos de disposiciones de carácter general y de cualquier otra normativa específica, que elevará al Director Gerente para su tramitación.

m) La información especializada del sistema de prestaciones técnicas y servicios en las áreas de su competencia.

n) La coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas con otras Administraciones Públicas así como con la Unión Europea sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos.

o) Cualquier otra que se le atribuya legal o reglamentariamente.

3. Bajo la dependencia directa de la Dirección General de Personas con Discapacidad existirá una Subdirección General como unidad encargada de coordinar, impulsar y supervisar las unidades que conforman el citado centro directivo. Prestará el apoyo y asesoramiento necesario al titular de la Dirección General, al que sustituirá en los casos de ausencia, vacante o enfermedad.

Artículo 13. Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.

1. Corresponde a la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión a tenor de lo establecido en la Ley 1/2006, de 10 de abril, la dirección y

coordinación de las competencias atribuidas al Instituto Murciano de Acción Social en materia de gestión de pensiones de naturaleza no contributiva, prestaciones económicas y de ayudas públicas a personas e instituciones públicas o privadas, contempladas en la vigente legislación de servicios sociales sin perjuicio de las competencias atribuidas a los restantes órganos directivos del Instituto en materia de ayudas económicas dirigidas a colectivos específicos.

Asimismo le corresponde la dirección y coordinación de planes o programas de inclusión social y de medidas de acompañamiento y corresponsabilidad social, así como el reconocimiento, declaración y calificación, valoración y diagnóstico del grado de minusvalía y de dependencia.

2. En especial le corresponde:

a) En relación con las pensiones no contributivas del Sistema de la Seguridad Social y Prestaciones vigentes de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos: la concesión del derecho a la pensión, las revisiones, modificaciones y extinción del derecho concedido, la denegación, la gestión y control así como la tramitación del pago y la información y atención al ciudadano en esta materia.

b) El asesoramiento, estudio y asistencia técnica en materia de pensiones no contributivas y prestaciones vigentes de la Ley de Integración Social del Minusválido, a los órganos de las distintas Administraciones Públicas.

c) La suspensión, extinción y, en su caso, rehabilitación del derecho de las pensiones del Fondo Nacional de Asistencia Social y de las prestaciones derogadas de la Ley de Integración Social de los Minusválidos.

d) En relación con las prestaciones económicas de inserción y protección social, ayudas individuales o institucionales, cuya gestión esté atribuida legal o reglamentariamente al Instituto Murciano de Acción Social: la propuesta de resolución de concesión, las modificaciones, extinción del derecho concedido y su denegación, así como la gestión, control, coordinación, seguimiento y evaluación.

e) La gestión, control, coordinación, seguimiento y evaluación de los programas de inclusión social, cuya gestión corresponda al Instituto, así como la coordinación de las medidas de acompañamiento social y corresponsabilidad social previstas en la planificación regional para la inclusión social.

f) El reconocimiento del grado de minusvalía y de dependencia a todos los efectos previstos en la legislación vigente.

g) La determinación de la existencia razonable de recuperación, y, en su caso, la orientación, elaboración y desarrollo del programa correspondiente, en las situaciones de invalidez.

h) El estudio, diagnóstico, valoración, orientación y seguimiento de usuarios de centros, servicios y programas del Instituto Murciano de Acción Social.

i) Elaboración, desarrollo y ejecución de planes, programas y proyectos específicos dirigidos a materias de su competencia, en el marco establecido por la planificación de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

j) La propuesta para la elaboración de anteproyectos y proyectos de disposiciones de carácter general y de cualquier otra normativa específica referida a materias de su competencia, que elevará al Director Gerente para su tramitación.

k) La información especializada del sistema de prestaciones y servicios en el área de pensiones, subvenciones, prestaciones económicas, programas de inclusión, valoración y diagnóstico y otras de su competencia.

l) La coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas con otras Administraciones Públicas así como con la Unión Europea, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos.

m) Cualquier otra que se le atribuya legal o reglamentariamente.

3. Bajo la dependencia directa de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión existirá una Subdirección General como unidad encargada de coordinar, impulsar y supervisar las unidades que conforman el citado centro directivo. Prestará el apoyo y asesoramiento necesario al titular de la Dirección General, al que sustituirá en los casos de ausencia vacante o enfermedad.

Artículo 14. Secretaría General Técnica.

1. La Secretaría General Técnica es el órgano directivo de apoyo y asistencia inmediata a la Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social. Le corresponde de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1/2006, de 10 de abril, atender y coordinar los servicios generales del Instituto, así como ejercer cuantas funciones le encomiende o delegue expresamente el titular de la Dirección Gerencial.

2. En especial le corresponde:

a) Dirigir el funcionamiento ordinario y las actividades del Instituto.

b) La gestión de los asuntos relacionados con el régimen interno, prevención de riesgos laborales y régimen del personal del Instituto.

c) Asesorar y asistir, con los recursos necesarios, a los órganos del Instituto en materia jurídica y administrativa.

d) La elaboración de la propuesta del anteproyecto de presupuesto del Organismo, la gestión de dicho presupuesto, su contabilidad, la tesorería, contratación, inventario y control del patrimonio.

e) La gestión de los recursos informáticos y bases de datos del Instituto.

f) El mantenimiento de edificios e instalaciones así como la elaboración y dirección de proyectos de ejecución de obras, instalaciones, reparación o mantenimiento.

g) Cualesquiera otras que se le atribuyan legal o reglamentariamente o le encomiende el titular de la Dirección Gerencial del Organismo.

Capítulo III Patrimonio y recursos económicos

Artículo 15. Patrimonio.

1. El patrimonio del Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo establecido en su ley de creación estará constituido por:

a) Los bienes que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia adscriba al Instituto para el cumplimiento de sus fines. Estos bienes conservarán su calificación jurídica originaria, no adquiriendo la propiedad de los mismos y debiendo utilizarlos exclusivamente para el cumplimiento de aquellos.

b) Los bienes y derechos que adquiera o le puedan ser cedidos mediante cualquier título.

2. El Instituto a través de la Dirección Gerencial podrá ejercer, tanto sobre los bienes propios como sobre los adscritos, las mismas facultades de protección y defensa que se reconocen a la Comunidad Autónoma en la Ley 3/1992, de 30 de julio, de Patrimonio de la Comunidad de la Región de Murcia.

3. El Instituto Murciano de Acción Social deberá establecer el inventario, los sistemas contables y los registros correspondientes que permitan conocer de forma permanente el carácter, la situación patrimonial y el destino de los bienes y derechos propios o adscritos.

4. En todo lo no previsto en los apartados anteriores, serán aplicables al patrimonio del Instituto las previsiones contenidas en la legislación autonómica sobre patrimonio y en la normativa básica estatal.

Artículo 16. Recursos económicos.

1. Para el cumplimiento de sus fines, el Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo establecido en su ley de creación dispondrá de los siguientes recursos:

a) Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.

b) Los productos, rentas y frutos de su patrimonio.

c) Las dotaciones consignadas a su favor en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

d) Las subvenciones, aportaciones y donaciones, herencias y legados que puedan conceder a su favor entidades públicas o privadas o los particulares.

e) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que se generen por la realización de sus actividades o la prestación de sus servicios de conformidad con las disposiciones por las que se rijan.

f) Cualesquiera otros recursos que pudieran serle atribuidos por disposición legal o reglamentaria.

2. El Instituto dispondrá de tesorería propia que gestionará los recursos económicos y realizará los pagos.

Capítulo IV

Régimen de Personal y contratación

Artículo 17. Personal del Instituto Murciano de Acción Social.

1. El personal del Instituto tal y como se recoge en su ley de creación estará integrado por funcionarios y personal en régimen de derecho laboral, de conformidad

con lo que se establezca en la correspondiente relación de puestos de trabajo, según lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia aprobado por Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, y en la demás normativa aplicable. El procedimiento de acceso será el mismo que se aplique al resto de los empleados públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y garantizará en todo caso la libre concurrencia, así como los principios constitucionales de publicidad, igualdad, mérito y capacidad.

2. El titular de la Dirección Gerencial del Organismo a tenor de lo dispuesto en la Ley 1/2006, de 10 de abril, podrá celebrar contratos de trabajo de duración determinada y nombrar personal interino para cubrir bajas temporales, sustituciones o vacantes, mediante procedimientos objetivos de selección, con respeto a los principios anteriormente mencionados.

Artículo 18. Contratación.

1. Los contratos que se celebren conforme a las facultades atribuidas al titular de la Dirección Gerencial del Organismo, se regirán por el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, y por lo establecido en los artículos 34 y siguientes de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, según dispone la ley de creación del Instituto.

2. Dichos contratos serán objeto de inscripción en el Registro de Contratos de la Comunidad Autónoma.

Capítulo V

Régimen presupuestario, económico-financiero, de intervención, control financiero y contabilidad.

Artículo 19. Régimen económico, financiero y presupuestario.

1. El régimen económico, financiero y presupuestario del Instituto Murciano de Acción Social según establece su ley de creación se someterá a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Región de Murcia aprobado por Decreto Legislativo 1/1999, de 2 de diciembre, en las leyes de Presupuestos Generales de la Región de Murcia, así como en la demás normativa aplicable a los organismos autónomos.

2. El Instituto Murciano de Acción Social gozará, en los tributos propios, de todas las exenciones y bonificaciones fiscales de las que disfruta la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Artículo 20. Control financiero y contabilidad.

El Instituto Murciano de Acción Social de conformidad con lo establecido en su ley de creación queda sometido al régimen de control interno y de contabilidad pública en los términos señalados en el título IV del Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Región de Murcia y en la disposición adicional tercera de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre. A estos efectos el Organismo contará con una Intervención Delegada, que actuará bajo la dependencia orgánica y funcional de la Intervención General.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA

Régimen transitorio

Hasta tanto no se apruebe el Decreto por el que se desarrolla la estructura orgánica del Instituto Murciano de Acción Social, las unidades administrativas integradas en el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia y en la Consejería de Trabajo y Política Social continuarán desempeñando las funciones que tienen atribuidas por los decretos correspondientes, en cuanto no se opongan a éste, así como aquellas otras funciones que se les pudieran encomendar para dar cumplimiento al presente Decreto.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

Derogación normativa

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Decreto.

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

Entrada en vigor

El presente Decreto entrará en vigor el día 1 de enero de 2007.

Dado en Murcia a veintidós de diciembre de dos mil seis.— El Presidente, **Ramón Luis Valcárcel Siso.—**La Consejera de Trabajo y Política Social, **Cristina Rubio Peiró.**

Anexo 16

14

(16)

Anexo 16.- Centros del IMAS.

Relación de Centros de Día Propios del Instituto Murciano de Acción Social

LUGAR	DESCRIPCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO
Alcantarilla	Centro de Día	C/ Antonio Galindo Caballero, 4 30820 Alcantarilla	968.898.065
Caravaca de la Cruz	Centro de Día	C/ Avenida Juan Carlos I, 17 30400 Caravaca de la Cruz	968.702.816
Cartagena	Centro de Día	C/ Carlos V, 3 y Alameda San Anton, 19 30310 Cartagena	968.512.066
Cieza	Centro de Día	C/ Avenida Calvo Sotelo, s/n 30530 Cieza	968.760.300
Jumilla	Centro de Día	C/ Avenida Poeta Guardiola, 2 30520 Jumilla	968.780.600
Las Torres de Cotillas	Centro de Día	C/ Pablo de Neruda, s/n 30565 Las Torres de Cotillas	968.627.261
Lorca	Centro de Día	C/ Residencial M. Angel, s/n 30800 Lorca	968.472.705
Molina de Segura	Centro de Día	C/ Pensionista, s/n 30500 Molina de Segura	968.611.404
Archena	Centro de Día	Avda. Ciudad Almería,10 30002 Archena	968 34 43 44
Puerto de Mazarrón	Centro de Día	C/ Mayor, s/n 30860 Puerto de Mazarrón	968.154.443
Roldán	Centro de Día	C/ Parque, s/n 30709 Roldán	968.589.261
San Javier	Centro de Día	C/ Luis Garay, 29 30730 San Javier	968.191.290
Yecla	Centro de Día	C/ Rambla, 55 30510 Yecla	968.791.516

Fuente: www.carm.es. (2015).

Anexo 17

14

(17)

Anexo 17.- Direcciones de los centros del IMAS.

DATOS DE DIRECCIÓN Y POSTALES DE LOS CENTROS DEL IMAS OBJETO DEL ESTUDIO					
	Nombre del Centro	**Dirección**	**Teléfono**	**Director/a**	**Mail**
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	C/ San Fernando s/n, 30.820	968.892.331	Mari Carmen Abenza Carrillo	carmen.abenza@carm.es
2	C.S.P.M. ARCHENA	C/ Siria s/n 30600	968.670.689	Joaquina Nicolas Campuzano	joaquina.nicolas@carm.es
3	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	C/ Avenida Juan Carlos I, 17, 30.400	968.702.816	Fernando Navarro López	fernando.navarro2@carm.es
4	C.S.P.M. CARTAGENA II	C/ Juan Fernández, 24, 30.201	968.508.858	Caridad Pasqual de Riquelme Torres	caridad.pasqual@carm.es
5	C.S.P.M. CARTAGENA III	C/ Prolongación Juan Fernandez, 58 30204	968.116.040	Maria Dolores Martínez Pena	mdolores.martinez5@carm.es
6	C.S.P.M. CIEZA	C/ Gran Vía nº 2, 30530	968.760.300	Paqui Sanchez Bermejo	francisca.sanchez2@carm.es
7	C.S.P.M. JUMILLA	C/ Paseo Poeta Lorenzo Guardiola nº 2, 30.520	968.780.600	Constantino Martinez Bernal	constantino.martinez@carm.es
8	C.S.P.M. LA UNION	C/ Real nº 63, 30.360	968.560.675	Concepcion Pagan Gonzalez	concepcion.pagan@carm.es
9	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	C/ Cristóbal Colón s/n, 30.565	968.627.261	Antonio Luis Dávalos De Haro	aluis.davalos@carm.es
10	C.S.P.M. LORCA	Residencial M. Ángel s/n, 30.800	968.472.705	Antonio Pascual Mateo	antonio.pascual2@carm.es
11	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	C/ Plaza de Adolfo Suarez s/n 30.500	968.611.404	Miguel Angel Rodriguez Torres	miguela.rodriguez3@carm.es
12	C.S.P.M. MURCIA I	C/ Marques de Corvera, nº 19 30.002	968.255.411	Alfonso Gonzalez Monreal	alfonso.gonzalez@carm.es
13	C.S.P.M. MURCIA II	C/ Mar Menor, 17, 30.001	968.235.021	Basilio Camacho Pérez-Muelas	basiliod.camacho@carm.es
14	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	C/ Mayor, s/n, 30.860	968.154.443	Alfonso Cifuentes Cánovas	alfonso.cifuentes@carm.es
15	C.S.P.M. ROLDAN	C/ Parque s/n, 30.709	968.589.261	Gabina Roca Roca	gabina.roca@carm.es
16	C.S.P.M. SAN JAVIER	C/ Luis Garay, 39, 30.730	968.191.290	Emilia Martínez Reche	emiliam.martinez@carm.es
17	C.S.P.M. YECLA	C/ Rambla, 55, 30.510	968.791.516	Cristina Romero Miras	cristina.romero@carm.es

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 18

14

(18)

Anexo 18.- Información de horarios y lugar de realización de todas las actividades deportivas de los centros del IMAS, objeto del estudio.

DATOS DE ACTIVIDADES FÍSICAS Y LUGAR DE REALIZACIÓN DE LOS CENTROS DEL IMAS OBJETO DEL ESTUDIO

	Nombre del Centro	Descripción de las Actividades	Lugar de Realización	Días de Clases	Horario Clases
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	Gerontogimnasia Yoga Senderismo Taller de Bailes	C.S.P.M. Alcantarilla.	Lunes y Viernes Lunes y Viernes Lunes y Viernes Miércoles y Viernes	10,30 a 11,30 y 11,30 a 12,30 h. 9,30 a 10,30 h. 8,00 a 11,30 h. 17,00 a 18,00 h.
2	C.S.P.M. ARCHENA	Gerontogimnasia Gerontogimnasia Chikung Sevillanas Psicomotricidad	C.S.P.M. Archena	Martes y Jueves Martes y Jueves Lunes a Viernes Lunes Martes	10,00 – 11,00 h. 17,00 – 18,00 h. 09,00 – 10,00 h. 10,00 – 12,00 h. 10,00 – 11,00 h.
3	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	Gerontogimnasia Bailes de Salón Sevillanas Bailes regionales	C.S.P.M. Caravaca de la Cruz	Martes, Jueves y Viernes Lunes Lunes Martes	09,30 – 11,00 h 10.00 – 11.00 h. 11,00 – 12,00 h. 11-45 – 13,15 h.
4	C.S.P.M. CARTAGENA II	Gerontogimnasia Senderismo	Pabellón Universitario Urban Iglesia de San Fulgencio	Martes y Jueves Miércoles y Viernes	11,00 – 12,00 h 08,30 – 11,00 h
5	C.S.P.M. CARTAGENA III	Gerontogimnasia Gerontogimnasia Taichí	C.S.P.M. Cartagena III	Lunes y Miércoles Martes y Jueves Martes	09,10-10,10 h. (M) 10,15 - 11,15 h. (J) 11,30-12,30 h. 11,30 – 12,30 h.
6	C.S.P.M. CIEZA	Gerontogimnasia Yoga Taichí	Centro las Morericas C.S.P.M. Cieza C.S.P.M. Cieza	Martes y Viernes Lunes y Jueves Martes y Viernes	09,00 – 12,30 h. 09,00 – 12,00 h. (3 turnos) 10,30 – 11,30 y 11,30 – 12,30 h.
7	C.S.P.M. JUMILLA	Gerontogimnasia Taichí Bailes de Salón Bailes de Salón	C.S.P.M. Jumilla	Martes y Jueves Martes y Jueves Miércoles Viernes	10,00 – 11,00 – 11,30 -12,30 16,30 – 17,30 h. 17,00 – 18,00 h. 09,30 – 12, 00h.
8	C.S.P.M. LA UNION	Gerontogimnasia Taichí Sevillanas Aquafitness	Pabellón Municipal de la Unión C.S.P.M. La Unión C.S.P.M. La Unión Piscina Municipal de la Unión	Lunes y Miércoles Lunes y Viernes Jueves L-X-V y Jueves	16,00 - 17,00 h. 11,30 - 12,30 h. 16,00 - 17,00 h, 09,00 a 11,00 (2 Turnos)
9	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	Gerontogimnasia Bailes regionales Bailes de Salón	C.S.P.M. Torres de Cotillas	Lunes y Miércoles Lunes Miércoles	11,00 – 12,00 h. 18,30 – 19,30 h. 17,00 – 19,00 h.
10	C.S.P.M. LORCA	Gerontogimnasia Sevillanas / Flamenco, Bailes Regionales, Bailes de Salón y Senderismo	C.S.P.M. Lorca	Lunes y Miércoles Miércoles Miércoles Jueves Viernes	09,00 - 12,00 y 17,00 - 18,00 h. 18,30 – 20,00 h. 16,30 – 18.30 h. 17,30 – 19,30 h. 09,00 – 10,30 h.
11	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	Senderismo Taichí Taichí Sevillanas y Jota Bailes de Salón	C.S.P.M. Molina de Segura	Miércoles Martes Jueves Miércoles Viernes	09,30 - 12,00 h. 11,00 – 12,00 h. 11,00 – 12,00 h. 18.00 - 20,00 h. 18,00 - 20,00 h.
12	C.S.P.M. MURCIA I	Gerontogimnasia Gerontogimnasia Taichí Bailes Salón Bailes Regionales Flamenco / Sevillanas	C.S.P.M. Murcia I	Lunas y Viernes Martes, Jueves Martes y Jueves Lunes Martes Martes	09,15 – 10, 15 y 10,30 – 11,30h) 09,15 – 10, 15 12,00 - 13,00 y 13,00 - 14,00 h. 12,00 – 13,00 h. 17,00 – 18,00 h. 16,45 – 17,45 h.
13	C.S.P.M. MURCIA II	Gerontogimnasia, Baile de Salón, Baile Moderno Sevillanas / Flamenco Senderismo, Taichí Yoga	C.S.P.M. Murcia II	Martes y Viernes Lunes Lunes Jueves Miércoles Lunes y Miércoles Lunes	09,30 – 12,30 h. (3 Turnos) 17,30 - 18,15 y 18,15 -19 h. 11,00 – 12,00 h. 11,00 -12,00 h. 09,00 – 10,00 h. 12,00 - 12,45 y 12,45 – 13,30 h. 09,00 – 10,00 h.
14	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	Gerontogimnasia, Baile de Salón, Sevillanas / Flamenco Baile Regional Senderismo, Taichí	C.S.P.M. Puerto de Mazarrón	Martes y Jueves Miércoles Miércoles Lunes Jueves Martes	09,30 – 11,30 h. (3 Turnos) 09,30 - 10,10 y 10,50 – 11,30 h. 10,10 – 10,50 h. 10,00 – 11,00 h. 08,30 – 10,30h. 17,30 – 18,30 h.
15	C.S.P.M. ROLDAN	Gerontogimnasia Taichí	Pabellón Municipal de Roldán C.S.P.M. Roldan	Martes y Jueves Martes y Jueves	09,00 – 10,00 h. 09,15 – 10,15 h.
16	C.S.P.M. SAN JAVIER	Gerontogimnasia Psicomotricidad Bailes de Salón	C.S.P.M. San Javier C.S.P.M. San Javier Pabellón de Deportes de San Javier	Lunes, Miérc. y Viernes Martes y Jueves Miércoles y Viernes	12,00 – 13,00 h. 09,30 -10,30 y 11,00 – 12,00 h. (V) (X) 16,00–18,00 h. (V) 19,00–21,00 h.
17	C.S.P.M. YECLA	Gerontogimnasia Sevillanas / Flamenco Taichí – I Taichí – II Taichí - III	C.S.P.M. Yecla	Lunes y Miércoles Lunes y Miércoles Martes y Viernes Miércoles Martes y Miércoles	15,45 – 16,45 y 18,45 - 19,45 h. 17,45 – 19,45 h. 09,30 – 12,30 h. 09,30 – 12,30 h. 17,00 – 18,00 h.

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 19

14

(19)

Anexo 19.- Fechas de primera visita a los centros del IMAS, número y nombre de los programas deportivos que ofertan.

Total de programas deportivos ofertados por los centros de IMAS en el año 2015 = 71 programas.

	Nombre del Centro	Fecha de la Visita y toma de datos	Nº de Programas de Actividad Física que se realizan en el Centro	Descripción de los Programas
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	Lunes 4 de mayo a 9,00 h.	4	Gerontogimnasia, Rumbas y Sevillanas y Yoga y Senderismo
2	C.S.P.M. ARCHENA	Jueves 21 de mayo a 9,00 h.	4	Gerontogimnasia, Chikung, Psicomotricidad, Sevillanas
3	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	Viernes 10 de abril a 10,30 h.	4	Gerontogimnasia, Bailes de Salón, Sevillanas y Bailes Regionales
4	C.S.P.M. CARTAGENA II	Jueves 9 de abril a 09,30 h.	2	Gerontogimnasia, Senderismo
5	C.S.P.M. CARTAGENA III	Martes 12 de mayo a 9,00 h.	6	Gerontogimnasia, Bailes Latinos, Bailes de Salón, Taichi, Petanca y Senderismo
6	C.S.P.M. CIEZA	Lunes 11 Mayo A 8:45 h.	3	Bailes Regionales. Taichi y Yoga
7	C.S.P.M. JUMILLA	Martes 26 de mayo a 9,00 h.	4	Gerontogimnasia, Bailes de Salón, Senderismo y Taichí
8	C.S.P.M. LA UNION	Viernes 29 de mayo a 10,30 h.	4	Gerontogimnasia, Taichí, Sevillanas y Aquafitness
9	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	Miércoles 15 de abril a 10,30 h.	4	Gerontogimnasia, Sevillanas / Flamenco, Bailes Regionales, Bailes de Salón
10	C.S.P.M. LORCA	Martes 14 de abril a 9,00 h.	5	Gerontogimnasia, Sevillanas / Flamenco, Bailes Regionales, Bailes de Salón y Senderismo
11	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	Lunes 11 Mayo A 13:00 h.	4	Gerontogimnasia, Baile de Salón, Baile Moderno, Sevillanas, / Flamenco, Taichí,
12	C.S.P.M. MURCIA I	Jueves 14 de abril a 8,30 am.	5	Baile de Salón, Sevillanas, / Flamenco, Taichí, Senderismo
13	C.S.P.M. MURCIA II	Martes 21 de abril a 9,00 h.	7	Gerontogimnasia, Baile de Salón, Baile Moderno, Sevillanas, / Flamenco, Senderismo, Taichí, Yoga
14	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	Jueves 23 de abril a 9,00 h.	6	Gerontogimnasia, Baile de Salón, Sevillanas, Baile Regional (Jota Murciana), Senderismo, Taichí
15	C.S.P.M. ROLDAN	Jueves 7 de Mayo a 12,0 h.	2	Gerontogimnasia y Taichí
16	C.S.P.M. SAN JAVIER	Viernes 24 de abril a 10,00 h.	4	Gerontogimnasia, Bailes de Salón, Psicomotricidad, Senderismo
17	C.S.P.M. YECLA	Lunes 20 de abril a 15,00 h.	3	Gerontogimnasia, Sevillanas / Flamenco y Taichí – I
	Totales:		**71**	ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN TOTAL.

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 20

14

(20)

Anexo 20.- Número de Trabajadores de los Centros del IMAS de la Región de Murcia: Trabajadores funcionarios, trabajadores externos y trabajadores en actividad física y deporte.

	Nombre del Centro	Nº de Trabajadores Del Centro			
		A	B	C	D
1	C.S.P.M. ALCANTARILLA	4	7	1	**11**
2	C.S.P.M. ARCHENA	4	8	3	**12**
3	C.S.P.M. CARAVACA DE LA CRUZ	4	10	2	**14**
4	C.S.P.M. CARTAGENA II	4	9	2	**14**
5	C.S.P.M. CARTAGENA III	4	19	11	**23**
6	C.S.P.M. CIEZA	4	10	3	**18**
7	C.S.P.M. JUMILLA	4	11	4	**15**
8	C.S.P.M. LA UNION	4	12	4	**16**
9	C.S.P.M. LAS TORRES D. COTILLAS	4	7	4	**11**
10	C.S.P.M. LORCA	4	3	4	**11**
11	C.S.P.M. MOLINA DE SEGURA	4	11	4	**15**
12	C.S.P.M. MURCIA I	6	9	4	**15**
13	C.S.P.M. MURCIA II	5	32	8	**37**
14	C.S.P.M. PUERTO DE MAZARRÓN	4	7	2	**11**
15	C.S.P.M. ROLDAN	4	9	2	**13**
16	C.S.P.M. SAN JAVIER	5	9	4	**14**
17	C.S.P.M. YECLA	7	3	4	**14**
	Totales:	**75**	**176**	**66**	**264**

A.- Nº Profesionales Trabajadores Funcionarios
B.- Nº Profesionales Trabajadores Externos.
C.- Nº Profesionales Trabajadores en Actividad Física.
D.- Nº Total de Trabajadores.

Fuente: Ricardo Ibáñez Pérez. (2015).

Anexo 21

14

(21)

Anexo 21.- Fotos Centros del IMAS.

Relación de Fotos de los Centros del IMAS donde se han realizado los cuestionarios y que comportan el 100% de total de los Centros del Instituto Murciano de Acción Social de la Región de Murcia.

1. Centro del IMAS de Alcantarilla. (Región de Murcia).

3. Centro del IMAS de Caravaca. (Región de Murcia).

2. Centro del IMAS de Cartagena I. (Región de Murcia).

4. Centro del IMAS de Torres de Cotillas. (Región de Murcia).

5. Centro del IMAS de Lorca. (Región de Murcia).

6. Centro del IMAS de Murcia II. (Región de Murcia).

7. Centro del IMAS de Mazarrón. (Región de Murcia).

8. Centro del IMAS de Roldán. (Región de Murcia).

9. Centro del IMAS de San Javier. (Región de Murcia).

10. Centro del IMAS de Yecla. (Región de Murcia).

11. Centro del IMAS de Archena. (Región de Murcia).

12. Centro del IMAS de Cartagena III. (Región de Murcia).

13. Centro del IMAS de Cieza. (Región de Murcia).

14. Centro del IMAS de Jumilla. (Región de Murcia).

15. Centro del IMAS de La Unión. (Región de Murcia).

16. Centro del IMAS de Molina de Segura. (Región de Murcia).

17. Centro del IMAS de Murcia I. (Región de Murcia).

Desde esta página, agradezco enormemente la amabilidad y atención prestada por todos los Directores y Directoras de los Centros del IMAS de la Región de Murcia, ya que si en ellos y ellas hubiera sido imposible la recogida de datos y la información que se refleja en esta Tesis.

Anexo 22

14

(22)

Anexo 22.- Relación de cuestionarios, realizados por el doctorando como instrumento de medición para desarrollar esta Tesis Doctoral.

- Cuestionario “A”: cuestionario inicial de trabajo, para comenzar a preparar el cuestionario para los expertos.

- Cuestionario “B”: cuestionario para los expertos.

- Cuestionario “C”: cuestionario definitivo. Fase I.

- Cuestionario “D”: cuestionario definitivo. Fase II. (después de las apreciaciones de los experto, y el que se lleva para la respuesta de la muestra).

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA

UNIVERSIDAD DE MURCIA

CUESTIONARIO "A"

Estimado Amigo/a:

Nuestro Grupo de Investigación pretende conocer cuáles son los distintos hábitos saludables y de práctica de Actividad física y Deportiva (AFD) que realizas en tu vida cotidiana y para ello nos gustaría que nos concedieras unos minutos para rellenar este breve cuestionario denominado "HASAMA" que nos dará una perspectiva fiable sobre estos aspectos y nos servirá para aportar información a futuras investigaciones.

Marca con un círculo la respuesta o respuestas que consideres.

Bloque I. Datos Descriptivos:

A Rellenar por el Encuestador:	
Nº Encuesta General.	
Nº Encuesta del Centro.	

1. Género.
- Masculino
- Femenino

2. Estado Civil.
- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Separado/a

3. Situación Laboral.
- Amo/a de Casa
- Estudiante
- En Paro
- Jubilado/a - Pensionista
- En Activo

4. Nivel de Estudios.
- Estudios Universit.
- Bachiller Superior
- E.G.B - E.S.O
- Formacion Profesional
- Ninguno

5. Edad.

(Escribe con Números)

6. Relación con la Universidad.
- PDI
- PAS
- Alumno/a

7. Curso.

8. Titulación.

Bloque II. Hábitos Saludables:

9. Señala el grado de importancia que tiene actualmente para ti la práctica deportiva.

1 • Nada — 2 • Poca — 3 • Suficiente — 4 • Bastante — 5 • Mucha

10. ¿Cómo valorarías tu estado de salud en general?.

1 • Muy Delicado — 2 • Delicado — 3 • Normal — 4 • Bueno — 5 • Muy Bueno

11. ¿Cómo consideras tu alimentación diaria?.

1 • Nada sana y equilibrada — 2 • Poco sana y equilibrada — 3 • Algo sana y equilibrada — 4 • Bastante sana y equilibrada — 5 • Muy sana y equilibrada

12. ¿Cuántas comidas realizas al día?.

1 • Ninguna — 2 • Una — 3 • Dos — 4 • Tres — 5 • Cinco

13. ¿Fumas o bebes alcohol?

1 • Nada — 2 • En Ocasiones — 3 • A Menudo — 4 • Bastante — 5 • Mucho

Bloque III. Práctica de Actividad Física y Deporte:

14. ¿En qué época del año realizas más actividad física y deporte?.

1	2	3	4	5
• Ninguna	• Diciembre Enero - Febrero	• Marzo - Abril - Mayo	• Junio - Julio - Agosto	• Sept. - Octubre Noviembre

15. ¿Cuántos días de la semana prácticas actividad fisica y deporte?.

1	2	3	4	5
• Ninguno	• Uno o Dos	• Tres	• Cinco	• Siete

16. Si practicas actividad física y deporte, ¿Cuántas horas al día realizas actividad física y deporte?.

1	2	3	4	5
• Ninguna	• Una	• Dos	• Tres	• Mas de Tres

17. ¿Cómo realizas la práctica de la actividad física y deporte?.

1	2	3	4	5
• No realizo	• Solo	• Con Amigos o Compañeros de Trabajo	• Act. Dirigida en un Centro Deportivo	• Actividad Dirigida en un Gimnasio

18. ¿Qué tipo de actividad física y deporte prefiere?.

1	2	3	4	5
• Ninguna	• Relacionadas con el Agua	• En Gimnasios o Centros Deportivos	• Deportes con Balon o Raquetas	• Andar, Correr, Bicicleta

19. En tu entorno de amigos y familia, ¿Quiénes de ellos realizan actividad física y deporte?.

1	2	3	4	5
• Nadie	• Padre, Madre	• Hermanos, Hermanas	•Conyuge	• Hijos, Hijas

Bloque IV. Tiempo Libre:

20. ¿En que utilizastu tiempo libre?

1	2	3	4	5
• No realizo nada	• Ver la Tele, Leer, etc.	• Hago Actividad Física, (Bailar, Andar,etc)	• Realizo otras actividades sociales	• Otros

21. ¿Qué te gustaría hacer en tu tiempo libre?.

1	2	3	4	5
• Nada	• Act. Culturales	• Actividades Sociales	• Actividad fisica en solitario	• Actividad fisica en grupo

22. ¿Qué piensas de la práctica de la actividad física y el deporte, para realizar en tu tiempo libre?.

1	2	3	4	5
• Nada	• Que es una actividad para gente bien preparada fisicamente	• Es una actividad pensada para personas que les gusta competir	• Ya realizo ctividad fisica en solitario en mi tiempo libre	• Ya realizo actividad fisica en grupo en mi tiempo libre

Bloque V. Gestión Deportiva Universitaria:

23. ¿Conoces el Servicio de Promoción Deportiva de la Universidad Politécnica de Cartagena?.

1	2	3	4	5
• Nada	• He oido hablar de él	• Lo conozco, pero no se donde esta	• Lo conozco y conozco sus actividades	• Realizo Actividades que organiza ese Servicio

24. ¿Conoces las actividades deportivas que se realizan para la Universidad de Mayores?.

1	2	3	4	5
• Nada	• He oido hablar de esas actividades	• Lo conozco, pero no me interesan	• Lo conozco y realizo esas actividades	• Las realizo pero no está la actividad que me interesa

25. ¿Crees que las actividades deportivas que se ofertan están bien o se podría mejorar?.

1	2	3	4	5
• No opino	• Creo que están mal	• Creo que están bien, pero pueden mejorar	• Creo que están bien	• Son interesantes y están muy bien

1	2	3	4	5
• No opino	• Creo que están mal	• Creo que están bien, pero pueden mejorar	• Creo que están bien	• Son buenas y están muy bien

26. ¿Qué te parecen las instalaciones deportivas donde se realizan estas actividades?.

27. ¿Crees que la información de las actividades deportivas llega adecuadamente a tu clase?.

28. ¿Cómo te enteraste de la información de actividad física del Servicio de Promoción Deportiva?.

1	2	3	4	5
• No me he enterado	• Por los Compañeros	• Por correo electronicos o pagimas web	• Por los Periodicos o por TV.	• Folletos y/o Carteles.

CUESTIONARIO "B"

CAMPUS MARE NOSTRUM

A rellenar por el Encuestador

Nº de Encuesta General

Nº de Encuesta de Centro

Estimado Amigo/a:

Nuestro Grupo de Investigación pretende conocer cuáles son los distintos hábitos saludables y de práctica de Actividad física y Deportiva (AFD) que realizas en tu vida cotidiana y para ello nos gustaría que nos concedieras unos minutos para rellenar este breve cuestionario denominado "HASAMA" que nos dará una perspectiva fiable sobre estos aspectos y nos servirá para aportar información a futuras investigaciones.

(Marca con un círculo o una cruz la respuesta que consideres, solo UNA, la escala va de 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).

Bloque I. Datos Descriptivos:

1. Genero	2. Estado Civil	3. Situación Laboral	4. Nivel de Estudios	5. Relación con la Universidad
Masculino	Soltero/a	Amo/a de Casa	Estudios Universit.	PDI
Femenino	Casado/a	Estudiante	Bachiller Superior	PAS
6. Edad	Viudo/a	En Paro	E.G.B	Alumno
	Divorciado/a	Jubilado/a, Pensionista	Formación Profes.	Umay
	Separado/a	En Activo	Ninguno	Ninguna

Bloque II. Hábitos Saludables: (De 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).

7. Mi estado de salud es el adecuado para mi edad. Valoración:

1 2 3 4 5

8. Mi alimentación diaria es correcta. Valoración:

1 2 3 4 5

9. Duermo las horas necesarias. Valoración:

1 2 3 4 5

10. Considero que practicar deporte es un buen hábito saludable. Valoración:

1 2 3 4 5

Bloque III. Calidad de Vida: (De 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).

11. El deporte me permite estar activo. Valoración:

1 2 3 4 5

12. El deporte me permite estar ágil físicamente. Valoración:

Bloque IV. Tiempo Libre: (De 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).

13. Hago deporte por ocio. Valoración:

1	2	3	4	5

14. Hago deporte por competición. Valoración:

1	2	3	4	5

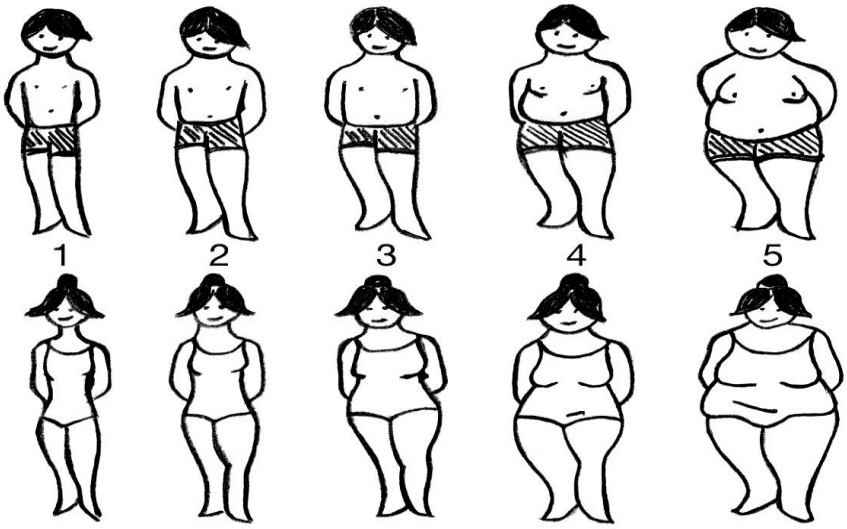
15. El deporte es un entretenimiento más en mi vida. Valoración:

1	2	3	4	5

16. El deporte significa tiempo libre para disfrutar. Valoración:

1	2	3	4	5

Bloque V. Imagen Corporal: (De 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).



© Juanfran & Richard (2014).

17. Enumera de 1 a 5, ¿Con que número de siluetas te identificas?. Valoración:

1	2	3	4	5

18. Enumera de 1 a 5, ¿Qué figura crees que es el cuerpo ideal?. Valoración:

1	2	3	4	5

19. Hago deporte para tener un mejor cuerpo. Valoración:

1	2	3	4	5

20. Hago deporte para controlar mi imagen personal y física. Valoración:

1	2	3	4	5

Bloque VI. Motivación para el Deporte: (De 1 a 5, de nada de acuerdo a muy de acuerdo).

21. El deporte es necesario en la vida. Valoración:

1	2	3	4	5

22. El deporte me permite llevar un buen ritmo de vida. Valoración:

1	2	3	4	5

23. El deporte me sirve para estar bien o mejor en otros aspectos de mi vida. Valoración:

1	2	3	4	5

24. El deporte me sirve para salir de los problemas diarios. Valoración:

1	2	3	4	5

25. Hacer deporte me permite conocer a gente diferente a mi familia. Valoración:

1	2	3	4	5

26. Hacer deporte me permite conocer gente con intereses iguales a los míos. Valoración:

1	2	3	4	5

27. Hacer deporte significa ponerme metas y retos personales. Valoración:

1	2	3	4	5

Bloque VII. Práctica de Actividad Física y Deporte:

28. Practico deporte a la semana (Número de días). Valoración:

1	2	3	4	5

1.- No practico. **2.-** Un día/semana. **3.-** Dos días/semana**. 4.-** Tres días/semana**. 5.-** más de 3 días/semana**.**

VALORACIÓN GLOBAL DEL CUESTIONARIO (por favor, valore de 1 a 10).

Valoración:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

CUESTIONARIO "C"

A rellenar por el Encuestador

Nº de Encuesta General	Nº de Encuesta de Centro

Estimado Amigo/a:

Nuestro Grupo de Investigación pretende conocer cuáles son los distintos hábitos saludables y de práctica de Actividad física y Deportiva (AFD) que realizas en tu vida cotidiana y para ello nos gustaría que nos concedieras unos minutos para rellenar este breve cuestionario denominado "HASAMA" que nos dará una perspectiva fiable sobre estos aspectos y nos servirá para aportar información a futuras investigaciones.

Marca con un círculo o una cruz la respuesta que consideres, solo UNA, la escala va de 1 (nada de acuerdo) a 5, (muy de acuerdo).

Bloque I. Datos Descriptivos:

1. Genero	2. Estado Civil	3. Situación Laboral	4. Nivel de Estudios	5. Relación con la Universidad
Masculino	Soltero/a	Amo/a de Casa	Estudios Universit.	PDI
Femenino	Casado/a	Estudiante	Bachiller Superior	PAS
	Viudo/a	En Paro	E.G.B	Alumno
50-55 / 56-60	Divorciado/a	Jubilado/a, Pensionista	Formación Profes.	Umay
61-65 / 66-70	Separado/a	En Activo	Ninguno	Ninguna
71-75 / > 75				

Bloque II. Hábitos Saludables: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).

7. Bajo mi propia percepción, mi estado de salud es el adecuado para mi edad.

1	2	3	4	5

8. Bajo mi propia percepción, mi alimentación diaria es correcta.

1	2	3	4	5

9. Bajo mi propia percepción, duermo las horas necesarias.

1	2	3	4	5

10. Considero que practicar actividad física es un buen hábito saludable.

1	2	3	4	5

Bloque III. Calidad de Vida y Actividad Física: de 1 (Total desacuerdo), a 5 (Total de acuerdo).

11. Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad.

1	2	3	4	5

12. Bajo mi propia percepción, la actividad física me permite estar ágil físicamente.

1	2	3	4	5

13. Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida.

1	2	3	4	5

14. Bajo mi percepción, creo que tengo una buena Calidad de Vida.

1	2	3	4	5

15. No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante.

1	2	3	4	5

16. Si Realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre.

1	2	3	4	5

17. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física.

1	2	3	4	5

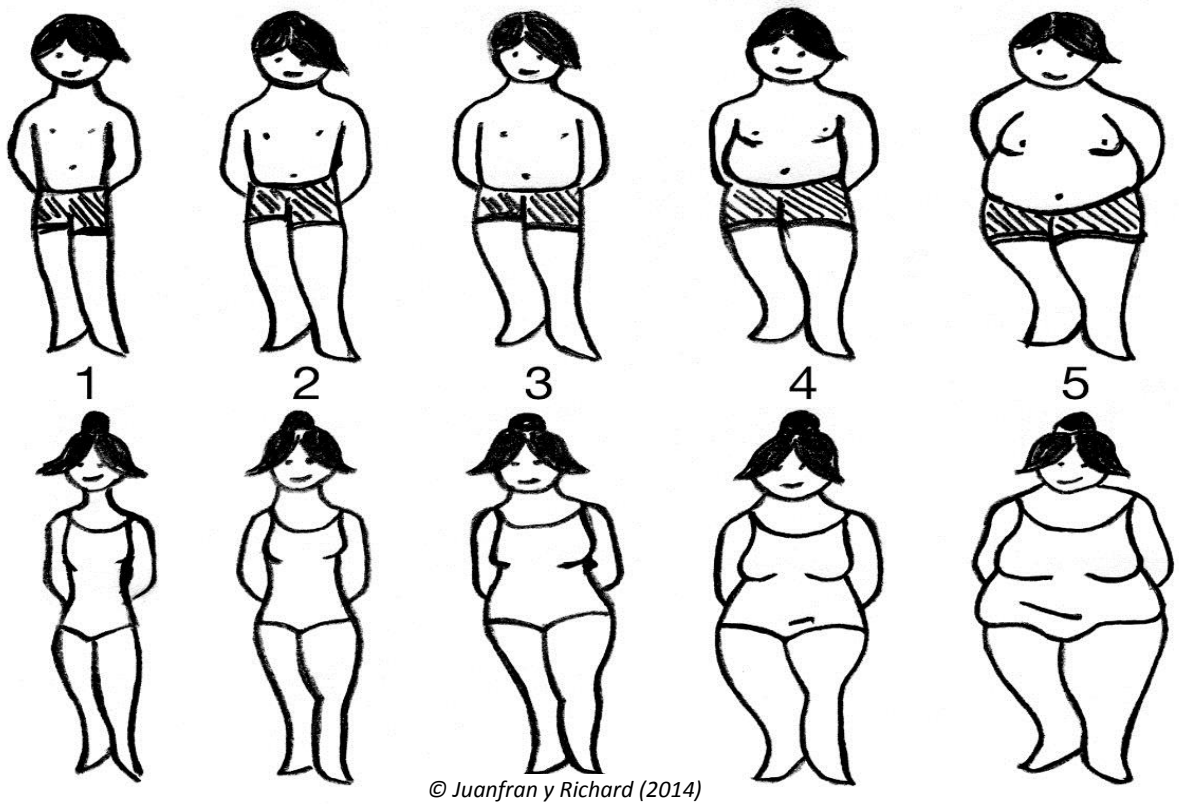
18. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.

1	2	3	4	5

19. Solamente realizo actividad física en mi tiempo libre. No hago más actividades.

1	2	3	4	5

Bloque IV. Imagen Corporal: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).



© Juanfran y Richard (2014)

20. Elige de 1 a 5, ¿Con que número de silueta te identificas?.

1	2	3	4	5

21. Elige de 1 a 5, ¿Qué figura crees que es el cuerpo ideal?.

1	2	3	4	5

22. Si realizo actividad física, es para tener una mejor silueta corporal.

1	2	3	4	5

23. Controlo mis actividades y alimentación para tener una buena imagen corporal.

1	2	3	4	5

24. No me importa tener una buena imagen corporal.

1	2	3	4	5

Bloque V. Motivación hacia la Actividad Física: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).

25. Pienso que la actividad física no es necesaria para mí persona.

1	2	3	4	5

26. Realizar actividad física es necesario para mí persona.

1	2	3	4	5

27. Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida.

1	2	3	4	5

28. Realizar actividad física me ayuda a superar problemas diarios.

1	2	3	4	5

29. Cuando realizo actividad física me permite conocer a gente diferente a mí familia.

1	2	3	4	5

30. Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos.

1	2	3	4	5

31. Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales.

1	2	3	4	5

Bloque VI. Práctica de Actividad Física y Deporte:

32. Si hago actividad física. ¿Cuántos días la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguno. **2.-** Un día/semana. **3.-** Dos días/semana**. 4.-** Tres días/semana**. 5.-** más de 3 días/semana**.**

33. Si hago actividad física. ¿Cuántos horas al día la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguna. **2.-** Una hora/día **3.-** Dos horas/día**. 4.-** Tres horas/día**. 5.-** más de 3 horas/día**.**

34. Si hago actividad física. ¿Dónde la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- No practico. **2.-** En Casa **3.-** Con Amigos en la calle**. 4.-** En un Gimnasio**. 5.-** En un Centro Deportivo.

35. Si hago actividad física. ¿Cómo la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- No practico. **2.-** Solo. **3.-** En Pareja**. 4.-** En un Grupo Aficionado**. 5.-** En un Colectivo.

36. Si hago actividad física. ¿Qué tipo de actividad te gusta realizar?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguna. **2.-** Relacionadas con Agua. **3.-** Deportes de Raqueta**. 4.-** En Centros Deportivos**. 5.-** Andar, Correr, Montar en Bicicleta.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

CUESTIONARIO "D"

A rellenar por el Encuestador

Nº de Encuesta General	Nº de Encuesta de Centro

Estimado Amigo/a:

Nuestro Grupo de Investigación pretende conocer cuáles son los distintos hábitos saludables y de práctica de Actividad física y Deportiva (AFD) que realizas en tu vida cotidiana y para ello nos gustaría que nos concedieras unos minutos para rellenar este breve cuestionario denominado "HASAMA" que nos dará una perspectiva fiable sobre estos aspectos y nos servirá para aportar información a futuras investigaciones.

Marca con un círculo o una cruz la respuesta que consideres, solo UNA, la escala va de 1 (nada de acuerdo) a 5, (muy de acuerdo).

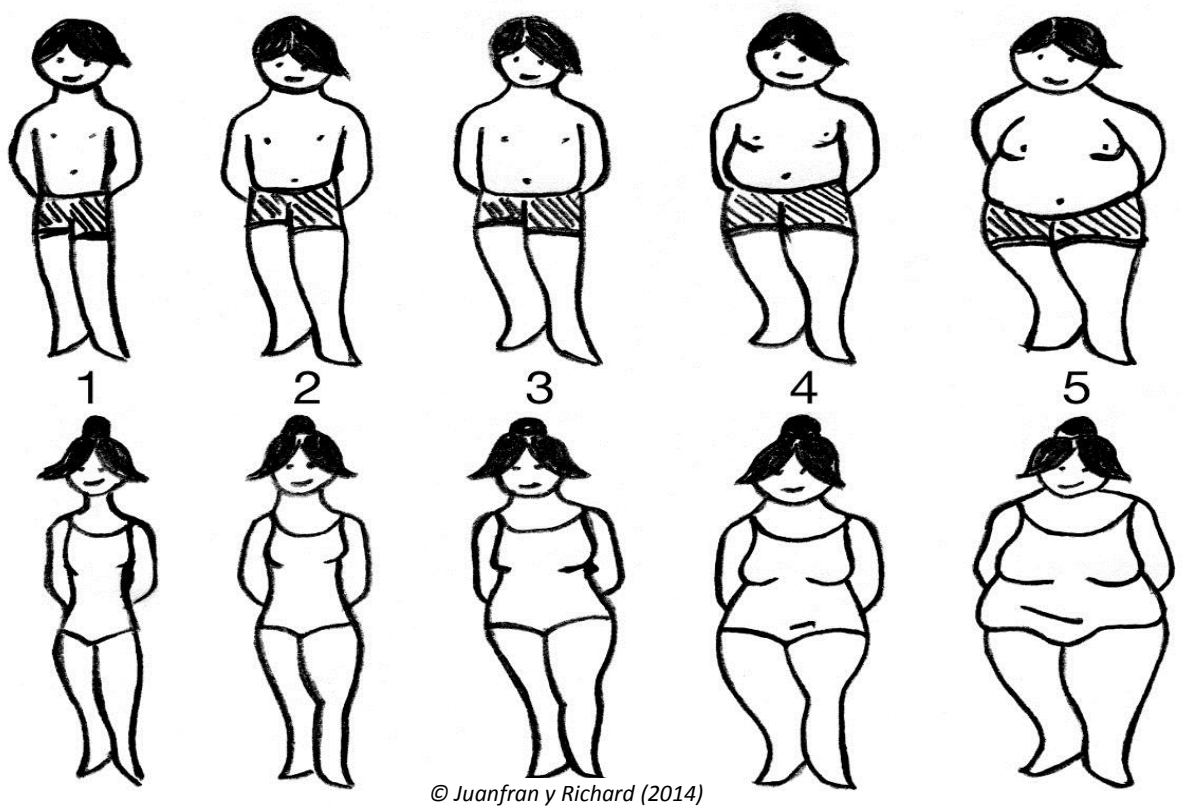
Bloque I. Datos Descriptivos:

1. Genero	2. Estado Civil	3. Situación Laboral	4. Nivel de Estudios
Masculino	Soltero/a	Amo/a de Casa	Estudios Universit.
Femenino	Casado/a	Estudiante	Bachiller Superior
	Viudo/a	En Paro	E.G.B
	Divorciado/a	Jubilado/a, Pensionista	Formación Profes.
	Separado/a	En Activo	Ninguno

Edad.

50-55	56-60
61-65	66-70
71-75	> 75

Imagen Corporal.



© Juanfran y Richard (2014)

7. Elige de 1 a 5, ¿Con que número de silueta te identificas?.

1	2	3	4	5

8. Elige de 1 a 5, ¿Qué figura crees que es el cuerpo ideal?.

1	2	3	4	5

Bloque II. Hábitos Saludables: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).

6. Bajo mi propia percepción, mi estado de salud es el adecuado para mi edad.

1	2	3	4	5

7. Bajo mi propia percepción, mi alimentación diaria es correcta.

1	2	3	4	5

8. Bajo mi propia percepción, duermo las horas necesarias.

1	2	3	4	5

9. Considero que practicar actividad física es un buen hábito saludable.

1	2	3	4	5

10. Realizar actividad física es lo adecuado para mi edad.

1	2	3	4	5

11. Bajo mi propia percepción, la actividad física me permite estar ágil físicamente.

1	2	3	4	5

12. Si hago actividad física y deporte, mejoro mi Calidad de Vida.

1	2	3	4	5

13. Bajo mi percepción, creo que tengo una buena Calidad de Vida.

1	2	3	4	5

Bloque III. Actividad Física: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).

14. No realizo ningún tipo de actividad física, no lo considero importante.

1	2	3	4	5

15. Si Realizo algún tipo de actividad física en mi tiempo libre.

1	2	3	4	5

16. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, no para realizar actividad física.

1	2	3	4	5

17. Utilizo mi tiempo libre para otras actividades, además de realizar actividad física.

1	2	3	4	5

18. Solamente realizo actividad física en mi tiempo libre. No hago más actividades.

1	2	3	4	5

19. Pienso que la actividad física no es necesaria para mí persona.

1	2	3	4	5

Bloque IV. Motivación hacia la Actividad Física: de 1 (Totalmente en desacuerdo), a 5 (Totalmente de acuerdo).

20. Realizar actividad física motiva y me sirve para otros aspectos de la vida.

1	2	3	4	5

21. Realizar actividad física me ayuda a superar problemas diarios.

1	2	3	4	5

22. Cuando realizo actividad física me permite conocer a gente diferente a mí familia.

1	2	3	4	5

23. Cuando realizo actividad física me permite conocer personas con intereses iguales a los míos.

1	2	3	4	5

24. Hacer actividad física significa ponerme metas y retos personales.

1	2	3	4	5

Bloque V. Práctica de Actividad Física y Deporte:

25. Si hago actividad física. ¿Cuántos días la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguno. **2.-** Un día/semana. **3.-** Dos días/semana**. 4.-** Tres días/semana**. 5.-** más de 3 días/semana**.**

26. Si hago actividad física. ¿Cuántos horas al día la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguna. **2.-** Una hora/día **3.-** Dos horas/día**. 4.-** Tres horas/día**. 5.-** más de 3 horas/día**.**

27. Si hago actividad física. ¿Dónde la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- No practico. **2.-** En Casa **3.-** Con Amigos en la calle**. 4.-** En un Gimnasio**. 5.-** En un Centro Deportivo.

28. Si hago actividad física. ¿Cómo la realizo?.

1	2	3	4	5

1.- No practico. **2.-** Solo. **3.-** En Pareja**. 4.-** En un Grupo Aficionado**. 5.-** En un Colectivo.

29. Si hago actividad física. ¿Qué tipo de actividad te gusta realizar?.

1	2	3	4	5

1.- Ninguna. **2.-** Relacionadas con Agua. **3.-** Deportes de Raqueta**. 4.-** En Centros Deportivos**. 5.-** Andar, Correr, Montar en Bicicleta.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.