

**CAPÍTULO I.**

**PLANTEAMIENTO Y  
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

## **1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La práctica deportiva es una actividad fácil de definir, concreta y visible. Sin embargo, es sumamente complejo entender por qué ciertas personas la realizan y otras no, descubrir las verdaderas motivaciones implicadas y, más aún, el por qué no se la realiza, incluso contando con las posibilidades materiales necesarias y entrando en franca contradicción con la ideología predominante que valora el cuidado del cuerpo.

La inactividad física tiene consecuencias en las personas adultas, aunque ya haya terminado el proceso de crecimiento. El sedentarismo afecta al peso, al nivel de colesterol, la densidad ósea y aumenta el riesgo de accidentes cardio y cerebrovasculares, hipertensión y diabetes. (Salgado, 2017)

Además, la práctica de ejercicio físico es una buena manera de mantener el bienestar psicológico, una actitud positiva y activa ante las dificultades. El deporte también puede ser una forma de socialización. La falta de actividad física en las personas mayores tiene consecuencias también. A partir de los 65 años de edad, mantenerse activos ayuda a tener una mayor salud funcional, mejores funciones cognitivas y un menor riesgo de caídas y limitaciones en el movimiento. (Salgado, 2017)

Las recomendaciones de actividad física para los mayores son las mismas que en personas jóvenes, teniendo en cuenta que la intensidad del ejercicio debe adecuarse al estado físico de la persona. A pesar de que es de conocimiento general los beneficios de la práctica deportiva, con el paso de los años las personas rehúyen al deporte. Desde hace décadas la actividad física se considera como una conducta fundamental en el fomento y mejora de la salud, de manera que constituye una de las variables básicas del estilo de vida saludable. La evidencia científica muestra que numerosas enfermedades son más comunes en personas que tienen poca o nula participación en actividades físicas, en comparación con aquellos que son activos regulares. Se ha demostrado, que el ejercicio físico en los adultos es eficaz para prevenir ciertos tipos de cáncer, incrementar la densidad mineral ósea, reducir el riesgo de caídas, mejorar la función cognitiva y combatir el aislamiento social y la depresión. La calidad de vida de las personas mayores que hacen ejercicio es mucho mayor, con lo que se reduce la necesidad de tomar medicamentos y el riesgo de dependencia, fomentando un envejecimiento saludable. El sedentarismo o inactividad física se define como una

forma de vida con poco movimiento, según la OMS y se considera el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo. (De Lucas, 2017)

Las principales variables que caracterizan la actividad física en las investigaciones actuales son la frecuencia, intensidad, duración y tipo, las cuales serán empleadas en esta tesis.

Esta tesis pretende medir los **factores psicológicos** asociados al índice de práctica deportiva. Los factores psicológicos son variables psíquicas o mentales que inciden en la comprensión, interpretación y reacción de un determinado hecho.

*Se refieren a las actitudes, las barreras para ejercitarse, el control sobre el ejercicio, el disfrute, los beneficios esperados, el control enfocado a la salud, la intención de ejercitarse, el conocimiento de la salud y el ejercicio, la disponibilidad de tiempo, las alteraciones del estado de ánimo, las creencias normativas, percepción de la salud o forma física, las variables de personalidad, la imagen del cuerpo, la salud psicológica, la auto eficiencia, la automotivación, el auto plan para ejercitarse, las etapas de cambio, el estrés, la susceptibilidad para enfermarse y el valor de los resultados de ejercitarse (Pérez, 2012, p. 31)*

Por su parte, “la **práctica deportiva** consiste en la realización de una actividad física que se concreta con afán competitivo y en la cual se deben respetar una serie de reglas. Se diferencia de la mera actividad física en que ésta es una simple práctica, mientras que en el deporte siempre hay una competencia que arroja un resultado”. (Ruiz, García y Piéron, 2009, citado por Pérez, 2012, p. 16)

Existen ciertas **características personales** que están relacionadas con la práctica deportiva, entre ellas están: la edad, el sexo, el nivel educativo, el índice de masa corporal, etc. “*Las características personales son aquellos atributos que nos diferencian del resto y hacen únicos. Las características personales nos muestran tal como somos, nos hace enfrentar al mundo y hace que el resto nos conozca y sepa cómo tratarnos*”. (Ruiz, García y Piéron, 2009, citado por Pérez, 2012, p. 68)

Toda conducta necesita un aliciente para comenzar y mantenerse en el tiempo. Este dinamizador conductual se denomina **motivación**. *“La motivación es un componente psicológico que es capaz de mantener, determinar y orientar la conducta de un individuo; esto con el fin de que generen los mejores resultados posibles en alguna actividad determinada”*. (McClelland, citado por Sudarsky y Cleves, 1976, p. 7)

Por otra parte, la manera de autodefinirse determina el accionar en relación a ciertos objetos y circunstancias, dicha definición de sí mismo se denomina **autoconcepto**. *“Se entiende por autoconcepto a la opinión que un individuo forja sobre sí mismo”*. (Garanto, 1984, citado por Iñiguez Fuentes, 2016, p. 43)

El deporte, al ser una actividad recreativa, está íntimamente relacionada con el nivel de equilibrio psicológico o **salud mental** general del individuo. *“La Salud Mental, es la capacidad que tienen las personas, para interactuar de manera armónica con el medio ambiente; y permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor sus actividades, y tener mejores relaciones interpersonales”*. (Peña Ruiz, 2012, p.vii)

A **nivel internacional** existen diversos estudios que analizan el tema de los factores psicológicos asociados al índice de práctica deportiva en personas adultas. Se han dado investigaciones, incluso, en sectores y oficios particulares, como ser en el ámbito del profesorado. En Murcia, España, Manzano Blázquez; León-Mejía Ana y Molina Feu, realizaron un estudio con maestros colegiales adultos para evaluar el grado de práctica deportiva que tenían. En el resumen del artículo se indica:

*“El objetivo de este trabajo fue comparar la práctica actividad física semanal y la intención de mantenerse físicamente activos en maestros de educación infantil y primaria, así como conocer si les condiciona en estos aspectos su situación personal y laboral. Los participantes de este estudio fueron 415 maestros, 162 hombres y 353 mujeres. (...) El análisis inferencial mostró que la mujeres hacen menos actividad física que los hombres y que en la práctica habitual de actividad física y en la intención de ser físico activo los/as docentes solteros/as y sin hijos puntúan más alto que los casados y con hijos. Los maestros y maestras que más actividad física realizan presentan una mayor intención a*

*realizar actividad física en el futuro, y estos resultados se interpretan en relación al tiempo de ocio que tienen los participantes en este estudio y las variables sociales que inciden en el mismo”.* (2015, S/P)

El Instituto nacional de estadística de España hizo una amplia investigación en todo el país sobre el grado de práctica deportiva que realizan las personas jóvenes y adultas y encontró datos alarmantes.

*“Todos estos datos son preocupantes a la luz de la última encuesta de Salud en España realizada entre el 2011 y el 2012, según la cual el 41% de los individuos mayores de 18 años se declara sedentario (INE, 2013). La ciudadanía española tiene un estilo de vida eminentemente sedentario y esto choca con el hecho de que las campañas preventivas, informativas y publicitarias sobre la relación entre salud y actividad física son continuas”.* (Moscoso, Serrano, Biedma y Marfin, 2013, S/P)

A **nivel nacional**. El estudio más pertinente que se tiene a nivel Bolivia, es el Censo de Hábitos Deportivos y Actividad Física realizado en el Municipio de La Paz en la gestión del Alcalde Luis Revilla Herrero, en el cual se informa lo siguiente:

*“Los principales resultados de la Primera Encuesta Municipal de Hábitos Deportivos y Actividad Física muestran que:*

- El 37,2% del sedentarismo de la población paceña que ha develado esta encuesta revela una serie de puntos críticos que será necesario abordar.*
- Se ha visto que la proporción de mujeres no practicantes es cerca de 12 puntos superior a la de hombres (31,0% vs. 18,6%), lo que en sí mismo constituye un foco que debe ser atendido por la política pública. Por otro lado, en el caso de las mujeres además del trabajo se establece que el haber dejado el colegio o escuela, el matrimonio y el nacimiento de un hijo o hija son las causas más importantes por las cuales dejaron de practicar una actividad deportiva.*
- El 45,0% de la muestra declaró interés por la actividad física y deportiva, sin embargo, expresó no realizar práctica alguna. Esto refleja que la proporción de personas interesadas pero alejadas de la práctica es muy elevado. No obstante, el interés declarado por el deporte y la*

*actividad física debiese ser terreno fértil para impulsar acciones para promocionar la práctica deportiva y la actividad física.*

- *Existe un interés decreciente con el paso de los años por el deporte y la actividad física.*

- *Otra característica de las personas que actualmente no practican deporte o actividades físicas, pero lo hacían con anterioridad, es que en edades menores una mayor parte de las personas que realizaban esta práctica lo hacía de manera obligada, esto puede deberse principalmente al hecho de que una parte de estas actividades se las realiza durante la etapa escolar o universitaria y justamente con carácter obligatorio.*

- *Existe una clara tendencia donde a menor nivel socioeconómico el grado de sedentarismo es mayor. De hecho, mientras en el segmento alto los sedentarios alcanzan el 38,8%, en el grupo con ingresos bajos, llegan al 43,8%”. (Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo, 2013, p. 113)*

Dayana Martínez Carrasco en un artículo periodístico, refiriéndose a la ciudad de Sucre, dice que *“Las personas con problemas de salud que acuden a los gimnasios suelen ser adultas, mientras que los jóvenes buscan ser esbeltos”*. (Año 2013 Pág. única)

A **nivel regional**, en la ciudad de Tarija, no se encontró ninguna investigación relacionada directamente con la actividad deportiva en personas adultas.

Sin embargo, en entrevista con el entrenador Dennis Condori (Entrenador del Gimnasio Corpus, con 13 años de experiencia en el área) indicó en relación al tema

*“Las personas mayores que realizan alguna actividad física son mucho más coordinados, lo que los ayuda a reducir el riesgo de accidentes como tropezones o caídas en la tercera edad. Otra gran ventaja de mantenerse activos es que su estado anímico mejora enormemente, además de que reduce el estrés y el insomnio.*

*Por otro lado, debido a que el ejercicio ayuda a mantener un peso adecuado y a rebajar la proporción de grasa corporal, es capaz de fortalecer la autoestima y mejorar el concepto de imagen corporal. Con*

*ello también ayuda disminuir el riesgo de sufrir obesidad, sedentarismo y depresión. Realizar actividades físicas tiene otros beneficios para la salud, no sólo los ayuda a estar más activos sino que también controla el nivel de azúcar en la sangre, mejora su presión arterial y su respiración. La cultura y la educación toman un aspecto relevante a medida que se va creciendo, si nunca se ve a nadie de tu familia o de tu entorno practicar deporte o hacer ejercicio será difícil sé que se sienta atraído a hacerlo.*

*Otra razón que ocasiona es la motivación, la gente quiere resultados rápidos porque asocian que hay un sufrimiento que requirió mucha voluntad y disciplina" lo más difícil es poder superar el rechazo psicológico que se genera a raíz de las muchas situaciones incómodas que se experimentan del propio ejercicio físico.*

*Sudar, pasar frío, sentirse sin aliento, los dolores musculares o el sacrificio que implica son elementos que juegan constantemente con la mente, que suele entrar a menudo en una confrontación con la voluntad de las personas.”*

Después de haber analizado el estado del tema de estudio en los diferentes planos, internacional, nacional y regional, se plantea la pregunta de trabajo que sirvió para estructurar toda la labor investigativa:

¿Cuáles son los factores psicológicos asociados al índice de práctica deportiva en personas adultas de la ciudad de Tarija?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La investigación sobre el índice de práctica deportiva en los ciudadanos, particularmente en personas adultas, es un tema de gran relevancia, tanto de tipo social como científico. El tema reviste interés social pues es una cuestión de salud pública que afecta no solo al equilibrio fisiológico de los individuos, sino también a su salud psíquica y a su capacidad de adaptación con el entorno. Asimismo, es un tema importante en el orbe científico pues son innumerables los estudios que ha motivado en

las últimas décadas, debido al creciente interés de autoridades y personas comunes y corrientes, conscientes de los beneficios de la práctica deportiva y, más aún, de las numerosas enfermedades que ocasiona la falta de la actividad física. La inactividad física tiene consecuencias en las personas adultas, aunque ya haya terminado el proceso de crecimiento. El sedentarismo afecta al peso, al nivel de colesterol, la densidad ósea y aumenta el riesgo de accidentes cardio y cerebrovasculares, hipertensión y diabetes. (Moscoso, Serrano, Biedma y Marfín, 2013).

El estudio planteado tiene **justificación teórica** pues permite inferir, en primer lugar, el porcentaje de la muestra de personas adultas que realizan cierta práctica deportiva. Asimismo, se puede establecer las características personales que tienen relación con el grado de actividad deportiva, tales como, la edad, el sexo, el nivel de masa corporal, la salud, etc. Pero fundamentalmente, el aporte teórico de este estudio, se centra en el análisis de las variables netamente psicológicas.

En el capítulo de los resultados es posible observar la relación que existe entre el índice de práctica deportiva con el nivel de motivación personal de las personas adultas, pues se presume que las personas con mayor nivel de motivación realizan deporte en mayor proporción. De la misma manera, a través de los resultados expuestos en este documento, se puede establecer otras relaciones, como ser: el autoconcepto, el ajuste psicológico y la imagen corporal con el comportamiento deportivo. En base a las teorías expuestas en el marco teórico se supone que el deporte con fines de salud y recreativo, es producto de cierto estado psicológico, como ser un mayor autoconcepto, un mayor equilibrio psicológico y una imagen corporal valorada positivamente.

La presente investigación tiene **justificación práctica** pues la información recabada es un elemento importante para emprender programas y estrategias tendientes a optimizar la práctica deportiva en las personas adultas. Consideramos que los datos expuestos en este documento son de gran utilidad para instituciones, como la Secretaría Departamental de Deporte, que entre sus metas tienen promover la práctica deportiva entre los habitantes del Departamento. Así también, el conocimiento de los factores asociados, como ser la motivación, el autoconcepto, el ajuste psicológico, etc., son datos estratégicos para encarar un programa sostenible de modificación de la conducta de los individuos, con la meta de incentivar el deporte entre las personas adultas.

**CAPÍTULO II.**  
**DISEÑO TEÓRICO**

## **2. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores psicológicos asociados al índice de práctica deportiva en personas adultas de la ciudad de Tarija?

### **2.2. OBJETIVOS**

#### **2.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores psicológicos asociados al índice de práctica deportiva de las personas adultas de la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evaluar el índice de práctica deportiva.
2. Establecer las características personales relacionadas con la práctica deportiva.
3. Identificar el nivel y tipo de motivación.
4. Analizar el autoconcepto.
5. Determinar el nivel de salud mental.

### **2.3. HIPÓTESIS.**

1. El índice de práctica deportiva promedio es “escasa” (1 – 2 días; 1 – 4 horas).
2. Las principales características personales relacionadas con la práctica deportiva, que tienen “influencia considerable” son: sexo, actitud familiar y de los amigos hacia el deporte.
3. A mayor nivel de motivación (categorías “alto” y “muy alto”) mayor índice de práctica deportiva. El tipo de motivación predominante es el de afiliación.
4. A mayor autoconcepto (categorías “alto” y “muy alto”) mayor índice de práctica deportiva.
5. A mayor nivel de salud mental (categorías “medianamente alta” y “alta”) mayor índice de práctica deportiva.

## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
<b>Práctica deportiva.</b> <i>“Consiste en la realización de una actividad física que se concreta con afán competitivo y en la cual se deben respetar una serie de reglas. Se diferencia de la mera actividad física en que ésta es una simple práctica, mientras que en el deporte siempre hay una competencia que arroja un resultado”.</i> (Ruiz, García y Piéron, 2009, citado por Pérez, 2012, p. 16).	Tiempo	Horas a la semana y al mes de práctica deportiva.	<p>“Cuestionario para medir el índice de actividad físico-deportiva y características personales”. Ruiz-Juan, García-Montes &amp; Piéron, (2009a).</p> <p>La escala surge de promediar los días y horas de práctica deportiva al mes:</p> <p>Nunca (0 horas y días)</p>
	Frecuencia	Número de días a la semana y al mes en los que se realiza práctica deportiva.	<p>Escasa (1 – 2 días; 1 – 4 horas)</p> <p>Regular (3 – 6 días; 5 – 12 horas)</p> <p>Considerable (7 a más días; 13 a más horas)</p>
<b>Características personales.</b> <i>“Atributos que nos diferencian del resto y hacen únicos. Las características</i>	Sexo Edad Salud Condición laboral Tiempo libre Actitud familiar hacia el deporte. Actitud amigos hacia el deporte. Imagen corporal. Alimentación.	Ciertas condiciones relacionadas con lo fisiológico, psicológico, familia y sociedad en general que pueden favorecer o dificultar la práctica deportiva.	<p>“Cuestionario para medir el índice de actividad físico-deportiva y características personales”. Ruiz-Juan, García-Montes &amp; Piéron, (2009a).</p> <p>Cada factor es</p>

<p><i>personales nos muestran tal como somos, nos hace enfrentar al mundo y hace que el resto nos conozca y sepa cómo tratarnos”.</i> (Ruiz, García y Piéron, 2009, citado por Pérez, 2012, p. 68).</p>	<p>Experiencias infantiles. Destreza.</p>		<p>valorado según su incidencia en la práctica deportiva:</p> <p>No influye. Influencia escasa Influencia considerable Bastante influencia.</p>
<p><b>Motivación.</b> “<i>La motivación es un componente psicológico que es capaz de mantener, determinar y orientar la conducta de un individuo; esto con el fin de que generen los mejores resultados posibles en alguna actividad determinada”.</i> (McClelland, citado por Sudarsky y Cleves, 1976, p. 7).</p>	<p>Necesidad de afiliación.</p>	<p>Urgencia por poseer amigos.</p>	<p>Cuestionario para medir el perfil motivacional. John Sudarsky y Jorge Cleves (1976).</p> <p>Cada dimensión se mide en base a esta escala: Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto</p>
	<p>Necesidad de logro.</p>	<p>Alcanzar metas e ideales personales.</p>	
	<p>Necesidad de poder</p>	<p>Grado de control de los demás</p>	

<p><b>Autoconcepto:</b> “<i>Se entiende por autoconcepto a la opinión que un individuo forja sobre sí mismo”.</i> (Garanto, 1984, citado por Iñiguez</p>	<p>Físico</p>	<p>Apreciación sobre el cuerpo</p>	<p>ESCALA DE AUTOCONCEPTO Tennessee Self Concept Scale- (Fitts, 1965, 1972) adaptado por Garanto (1984)</p> <p>Escala: 1.- Muy desfavorable</p>
	<p>Moral – ético</p>	<p>Opinión sobre la incorporación de las normas morales y legales</p>	
	<p>Personal</p>	<p>Punto de vista sobre las aptitudes personales.</p>	
	<p>Familiar</p>	<p>Percepción del</p>	

Fuentes, 2016, p. 43).		clima familiar.	2.- Desfavorable.
	Social	Punto de vista sobre la integración social y la cantidad y calidad de los amigos.	3.- Término medio 4.- Favorable. 5.- Muy favorable.
<b>Salud mental.</b> “ <i>La Salud Mental, es la capacidad que tienen las personas, para interactuar de manera armónica con el medio ambiente; y permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor sus actividades, y tener mejores relaciones interpersonales</i> ”. (Goldberg y Hillier citado por Peña Ruiz, 2012, p. vii).	Síntomas Somáticos.	Dolores corporales y disfuncionalidad	Cuestionario de salud mental general de David Goldberg y Hillier (1979); adaptada por Lobo y col en 1986.
	Ansiedad e Insomnio.	Problemas de sueño y estado de alerta por encima de lo normal	Escala por dimensiones y general:
	Disfunción Social.	Inadaptación interpersonal	Salud mental baja Salud mental medianamente baja
	Depresión Severa	Disminución del ánimo vital a nivel de desadaptación	Salud mental medianamente alta Salud mental alta

**CAPÍTULO III.**  
**MARCO TEÓRICO**

### **3. MARCO TEÓRICO**

En el capítulo del marco teórico se incorporan todas las teorías que sustentan el documento de tesis. En primer lugar, se hace una revisión general del deporte en la época moderna, en particular en la edad adulta, posteriormente se desarrolla cada una las teorías relacionadas con los instrumentos empleados en la investigación realizada. Se expone en primera instancia todo lo relacionado con la motivación de los deportistas adultos, en segundo lugar, se aborda el autoconcepto y, finalmente, se revisa todo lo relacionado con la salud mental de las personas que practican deporte. Al final se incorpora todos los estudios identificados en otros países sobre el tema abordado por la tesis.

#### **3.1. LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN ADULTOS EN LA ÉPOCA ACTUAL**

La actividad física, es todo movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía y favorece estilos de vida saludables. Hoy en día la actividad física, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un factor esencial y de suma importancia para la salud pública, ya que influye favorablemente en la prevención de las enfermedades crónicas. La actividad física siempre ha estado presente en la vida diaria del individuo, ya sea por cuestiones de supervivencia, espiritualidad, salud y/o recreación. En la prehistoria, la actividad física era un modo de adaptación al medio para poder sobrevivir, ya sea por defensa o para obtención de alimentos. En la antigüedad, la actividad física se realizaba para fines religiosos, terapéuticos o para la formación de guerreros. Más adelante, la actividad física comenzó a evolucionar en otros aspectos importantes de la sociedad como: el desarrollo de atletas y la belleza corporal. En la edad media, se produce una marginación de la actividad física, ya que la influencia religiosa y filosófica manifiesta un rechazo a lo corporal. En la época del renacimiento, surge un cambio en los valores del ser humano, centrándose en sí mismo y su bienestar (mente, alma y cuerpo), favoreciendo el resurgir de la actividad física como medio educativo para el logro de estos fines.

Finalmente, en la época contemporánea se valoriza la actividad física, centrándose en los beneficios biopsicosociales del ser humano. (Salgado, 2017)

### **3.1.1. BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ADULTEZ**

El sedentarismo o inactividad física se define como una forma de vida con poco movimiento, según la OMS y se considera el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo. Los niveles de inactividad física son elevados en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo, y las repercusiones de ésta en la salud han creado preocupación en el ámbito de la salud pública global. Algunas de las consecuencias del sedentarismo son el sobrepeso y la obesidad, ambos factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas. Una manera de combatir la obesidad y el sedentarismo manteniendo la calidad de vida del individuo, es a través de la actividad física. Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física tienen menores tasas de mortalidad que sus homónimos sedentarios y una mayor longevidad. De acuerdo a la teoría del envejecimiento exitoso comprende la habilidad de mantener tres aspectos fundamentales: un bajo riesgo de enfermedad y de incapacidad, un alto grado de funcionamiento físico y mental, y compromiso activo con la vida. (Salgado, 2017)

Diferentes estudios han demostrado que la actividad física puede bajar la presión arterial, mejorar la oxigenación, bajar los triglicéridos y reducir el colesterol, entre otros factores que incrementan los problemas cardiovasculares. Se ha observado en adultos mayores que, tanto hombres como mujeres, el realizar actividad física por más de 8 años minimiza la aparición de rigidez en las arterias. En el caso de la diabetes, se ha comprobado que la actividad física ayuda a disminuir los niveles de glucosa, a reducir los niveles de colesterol LDL y aumentar los de HDL. La actividad física representa un factor protector de cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer de próstata, porque reduce factores de riesgo asociados a estos cánceres, como la obesidad, y ayuda a controlar

efectos secundarios de las terapias de tratamiento, reduciendo la fatiga, mejorando la fuerza muscular y la autoestima. (Salgado, 2017)

La actividad física proporciona a todas las personas, tanto hombres como mujeres, de todas las edades y condiciones, incluyendo personas con discapacidad, una serie de beneficios para la salud tanto físicos, como mentales y sociales. Las personas que realizan actividad física pueden mantener una vida activa y plena. El ejercicio, estimula la mente y el cuerpo, ayudando además a promover una visión positiva del envejecimiento. Por otro lado, el realizar actividad física no solo ayuda a la salud física en aquellas personas con condiciones crónicas, sino también a la salud social de los individuos. En lo que respecta a la salud mental, se ha observado cómo el ejercicio moderado puede ser un agente neuroprotector en enfermedades que afectan al procesamiento cognitivo. Se ha evidenciado que el realizar actividad física moderada o intensa puede aumentar la calidad de vida y los beneficios de la longevidad. La combinación de actividad física moderada e intensa favorece al adulto mayor en su capacidad física para realizar actividades de la vida diaria, continuar con su vida de forma independiente y mantener una vida saludable. (Salgado, 2017)

La evidencia científica demuestra que la actividad física es buena para la salud particularmente para el anciano, ya que ayuda a mejorar las habilidades para realizar tareas de la vida diaria y a prevenir/controlar condiciones, tales como: obesidad, osteoporosis, problemas cardiovasculares, caídas accidentales, deterioro cognitivo, discapacidades, entre otros. La actividad física es un factor protector para la discapacidad. La OMS menciona que hay una clara evidencia de la actividad física asociada a una mejor salud funcional, a un menor riesgo de caídas y a una mejora de las funciones cognitivas. La poca práctica de actividad física o inactividad, puede estar asociada a condiciones crónicas, principalmente a aquellas condiciones causantes de mayor morbimortalidad. (Salgado, 2017).

### **3.1.2. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA EN LA ADULTEZ**

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta evidente que la actividad física debe formar parte de los estilos de vida saludables de un individuo, particularmente en el adulto mayor. Sin embargo, según la OMS<sup>7</sup> y el Behavior and Risk Factor Surveillance System (BRFSS), aproximadamente el 60% de la población mundial; el 49% en Estados Unidos; y el 72% en Puerto Rico, no realiza la actividad física necesaria para beneficio de su salud.

En la actualidad, la inactividad física es señalada como uno de los factores de riesgo más significativos y predecibles de enfermedades no transmisibles a nivel mundial. En este sentido, diversos estudios demuestran un descenso significativo en los índices de actividad físico-deportiva conforme aumenta la edad. En el informe, Special Eurobarometer “Citizens of the European Union and Sport”, se describe una panorámica de la situación en Europa en cuanto a niveles de práctica físico-deportiva. En el mismo se pone de manifiesto un incremento de los índices de sedentarismo, situándose España como una de las potencias más destacadas en cuanto a tasas de inactividad. Esta inactividad, unida a una ingesta calórica inapropiada comienza a generar elevados índices de obesidad incluso entre estos grupos de mayor edad. Según los últimos datos, la prevalencia de obesidad entre los ciudadanos estadounidenses mayores de 30 años fue de más de un 37% en el año 2010, mientras que la prevalencia prevista para adultos mayores europeos para el año 2015 oscila aproximadamente entre el 20% y el 30% dependiendo del modelo de medición utilizado. Esto significa que 40,9 millones de personas con más de 30 años sufrieron sobrepeso en Estados Unidos en 2010 y que 52 millones de europeos lo sufrirán en 2015. (Salgado, 2017)

Por otro lado, se produce un aumento en el envejecimiento de la población en la mayoría de los países desarrollados y se origina un incremento en el porcentaje de los más ancianos. Entre los años 2030 y 2035 más del 20% de la población adulta de EE.UU. y más del 25% de los europeos estarán por encima de los 65 años de edad.

Ambas realidades, sugieren un panorama desolador, si la situación se mantiene constante, en un futuro hablaremos de una población anciana con altos índices de sedentarismo y, por lo tanto, con bajos niveles de salud y calidad de vida. De acuerdo a la evidencia científica, se insiste en la práctica de actividad físico-deportiva como factor inductor de salud en el adulto mayor. 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, la realización de actividad física se constituye como uno de los factores fundamentales para determinar la consecución de lo que denominan como un “envejecimiento exitoso”. (Salgado, 2017)

### **3.1.3. CARACTERÍSTICAS PERSONALES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA**

La pregunta sobre el porqué los sujetos son inactivos, mantiene en constante preocupación a los profesionales de la actividad física y psicólogos, en la búsqueda de respuestas que nos permitan comprender qué causas o situaciones ocasionan o inducen a asumir dicha conducta. La mayoría de las personas aceptan la relación que existe entre la actividad física, la condición física saludable y una positiva calidad de vida, sin embargo y a pesar de ser conscientes de los bienes que genera un estilo de vida activo, pocos son los que realmente logran modificar su comportamiento y disfrutar de sus beneficios. Muchos factores influyen sobre el comportamiento activo o inactivo de las personas con respecto a las actividades físico-deportivas. Una variable cognitiva señalada con frecuencia por su relación con la inactividad física, son las barreras. Las barreras son obstáculos que impiden o dificultan la posibilidad de entrenar o ejercitar durante el tiempo libre, ya que ejercen un efecto adverso sobre la capacidad del sujeto reduciendo la intención para poder llevarla a cabo. Estas pueden ser tratadas en dos concepciones: con respecto a las que afectan la adherencia en personas que son consideradas inactivas o sedentarias y las relativas a superar las dificultades para continuar participando, en activos. (Salgado, 2017)

Los factores asociados a la práctica deportiva pueden ser clasificados de la siguiente forma: características personales, las cuales se refieren al conocimiento pasado o presente, las actitudes, las conductas, características de personalidad, los rangos biomédicos y los factores demográficos que pueden influir en los hábitos del ejercicio; características ambientales que podían ser sociales, las cuales estaban relacionadas con las influencias del ambiente social sobre los hábitos de la actividad física donde se incluyen las actitudes de la familia, de los iguales y de los profesionales de la medicina, y del entorno físico que pueden influir en el ejercicio, donde incluyen al clima, la facilidad de acceso y de las presiones de tiempo; y las características de la actividad, que involucran diferentes actividades que requieren varias habilidades para mantener la participación.

Otros autores realizaron una clasificación acerca de los correlatos para la actividad físico-deportiva, después de haber llevado a cabo una revisión de la literatura. La categorización fue dividida en los siguientes factores:

1. Factores demográficos y biológicos. Están integrados por aquellos referidos a la edad, la ocupación laboral, el tener o no hijos a su cargo, la educación, el género, los factores genéticos, el riesgo de enfermedades cardíacas, los ingresos y la posición socioeconómica, el historial de lesiones, el estado civil, el peso y la raza.
2. Factores psicológicos, cognitivos y emocionales. Se refieren a las actitudes, las barreras para ejercitarse, el control sobre el ejercicio, el disfrute, los beneficios esperados, el control enfocado a la salud, la intención de ejercitarse, el conocimiento de la salud y el ejercicio, la disponibilidad de tiempo, las alteraciones del estado de ánimo, las creencias normativas, percepción de la salud o forma física, las variables de personalidad, la imagen del cuerpo, la salud psicológica, la auto-eficiencia, la auto-motivación, el auto-plan para ejercitarse, las etapas de cambio, el estrés, la susceptibilidad para enfermarse y el valor de los resultados de ejercitarse.

3. Factores atribuidos a la conducta y destreza en relación a los hábitos saludables. Se encuentran el historial activo durante la infancia, la juventud, y el historial activo durante la adultez, el consumo de alcohol, los hábitos de tabaco, el programa actual y anterior de ejercicios, los hábitos nutricionales, los procesos de cambio, los deportes escolares y la destreza para romper barreras.
4. Factores sociales y culturales. Abarcan los modelos para el ejercicio, las influencias familiares pasadas, la influencia del médico, el aislamiento social, el apoyo social de amigos y similares y el del cónyuge o la familia.
5. Factores físicos y ambientales. Están relacionados con las facilidades del acceso, tanto reales actuales como percibidas, el clima y/o la estación del año, el costo de los programas y el equipamiento que se posee en la casa.
6. Características de las actividades físicas y deportivas. Se encuentra la intensidad y el esfuerzo percibido. (Salgado, 2017).

## **3.2. MOTIVACIÓN**

### **3.2.1. CONCEPTO DE MOTIVACIÓN**

Toda conducta necesita un aliciente para comenzar y mantenerse en el tiempo. Este dinamizador conductual se denomina **motivación**. *“La motivación es un componente psicológico que es capaz de mantener, determinar y orientar la conducta de un individuo; esto con el fin de que generen los mejores resultados posibles en alguna actividad determinada”*. (McClelland, citado por Sudarsky y Cleves, 1976, p. 7).

A lo largo de la historia, el pensamiento occidental se ha caracterizado por un análisis de la conducta muy diferente a la moderna. Se consideraba que los seres humanos, al estar dotados de una razón, pueden elegir libremente. La razón dicta a la

voluntad que debe hacer en cada caso y de ahí la responsabilidad de la conducta humana. Esta forma de pensar, denominada racionalismo, está presente en los escritos de Platón y Aristóteles y ha dominado el pensamiento occidental hasta mediados del siglo XIX. Fueron necesarios dos hechos transcendentales para que se produjera el paso de una concepción racionalista a otra motivacional.

En primer lugar, fue necesario que los filósofos asociacionistas británicos establecieran la idea de que los contenidos de la mente se forman a partir de las experiencias vividas por las personas. Por tanto, el antecedente de la voluntad de elección, el pensamiento, está determinado por los acontecimientos a los que hemos sido expuestos. Es decir, el determinante último de la conducta, la voluntad, no era libre sino más bien función de las experiencias personales, que podían ser predichas y utilizadas para predecir cambios de la voluntad.

El segundo hecho transcendental fue la teoría de la evolución de Charles Darwin que plantea dos propuestas muy importantes para la psicología de la motivación. Estas propuestas fueron: a) Que animales y hombres representan especies progresivas dentro de un mismo continuo biológico. b) Todos los seres vivos disponen de tendencias conductuales innatas que les llevan a responder a determinados estímulos como el hambre, la sed o el dolor. La supervivencia del organismo depende de la eliminación de tales estímulos.

Estas dos propuestas van a ser el punto de partida para la teoría del instinto y la teoría del impulso. Clasificamos las teorías de la motivación en primitivas y contemporáneas que a continuación se describen. (Sánchez, 2015).

### **3.2.2. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN**

Las diferentes teorías de la motivación pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

### 3.2.2.1. TEORÍAS PRIMITIVAS

1. **La teoría del instinto William James.** Este autor sugirió la existencia de instintos en el hombre y que estos son los que en última instancia definen los motivos que persigue a lo largo de la vida. Los instintos son la facultad de actuar de manera que se produzcan determinados fines sin preverlos y sin que haya una educación anterior acerca de su ejecución. De este modo, James constituye una transición entre el racionalismo y las teorías motivacionales.

2. **La teoría del impulso.** Hull Clark propuso la teoría más elaborada sobre el impulso y la conducta humana. Este planteó que los impulsos biológicos proporcionaban la motivación para llevar a cabo la conducta aprendida en una situación dada. Los principales impulsos biológicos son el hambre, la sed o el sexo.

3. **La teoría de la voluntad.** A finales del siglo XIX y principios del XX hubo una gran proliferación de teorías acerca de la voluntad (psicología alemana de la voluntad). Algunas de ellas, especialmente las que se apoyaban en la especulación o en estudios exclusivamente introspectivos de los actos voluntarios, trataban la voluntad como un proceso derivado o una manifestación de sensaciones, imágenes o sentimientos. Otras teorías, por el contrario, concebían la voluntad como una entidad psíquica independiente. Esta teoría hacía referencia a la influencia que puede ejercer sobre nuestros pensamientos y acciones la representación interna de una meta. Es decir, la determinación o intención de hacer algo, por debajo del nivel de consciencia, pero de acuerdo con la representación de la meta, el curso de nuestra actividad mental, lo que facilita la realización eficaz de la acción pretendida. (Sánchez, 2015)

### 3.2.2.2. TEORÍAS CONTEMPORANEAS

1. **El enfoque biológico.** Dentro del enfoque biológico podemos identificar dos temas o cuestiones de índole general, por un lado, tenemos la cuestión evolucionista

y la cuestión fisiológica. La primera cuestión ha sido abordada por biólogos evolucionistas, etólogos y socio biólogos, entre otros. La idea principal que podemos extraer de este planteamiento es que algunas conductas motivadas podrían estar genéticamente determinadas. La segunda cuestión ha sido abordada por especialistas en psicología fisiológica y psicobiología, entre otros. El interés principal de estos investigadores ha sido el identificar las bases biológicas de la conducta. Una idea nuclear dentro del enfoque biológico en el estudio de la motivación es que los organismos nacen con determinados mecanismos auto reguladores que mantienen un medio corporal interno estable. Cuando se produce una alteración en alguno de esos mecanismos, se origina un estado motivacional que lleva al individuo a actuar para restaurar el mecanismo auto regulador alterado.

2. **El enfoque comportamental o del aprendizaje.** Este enfoque se refiere a todas aquellas teorías y estudios que giran en torno a los conceptos de recompensas e incentivos. Estas teorías tienen su origen en la investigación animal realizada en el contexto de la psicología del aprendizaje. El concepto de recompensa se refiere a cualquier objeto ambiental atractivo que sigue a una conducta, haciendo aumentar la probabilidad de que esta conducta se vuelva a producir en el futuro. El concepto de incentivo se refiere a cualquier objeto ambiental atractivo o aversivo cuya anticipación provoca en el individuo una conducta de aproximación o evitación del mismo. De este modo, un mismo objeto atractivo puede actuar como recompensa o como incentivo positivo, dependiendo de si se presenta antes o después de la conducta. Antes, actúa como incentivo motivando una conducta de aproximación, después, actúa como una recompensa, reforzando la conducta en cuestión. Un término más técnico de recompensa es el término refuerzo. Igualmente, un mismo objeto aversivo puede actuar o como castigo o como incentivo negativo.

3. **El enfoque cognitivo-social.** Según este enfoque, para que se dé una conducta, primero tiene que haber un estímulo o situación antecedente, luego algún proceso cognitivo mediador y finalmente una conducta. El análisis cognitivo puede centrarse en tres momentos diferentes de la secuencia. En primer lugar, en el

procesamiento activo de la información actual. En segundo lugar, en la formación de estructuras cognitivas o representaciones genéricas acerca del mundo, que hemos abstraído de nuestras experiencias individuales. En tercer lugar, en la influencia de estas estructuras cognitivas sobre nuestra conducta. Es en este tercer momento de la secuencia en el que se ha centrado la mayor parte de la teorización e investigación sobre motivación realizada desde una perspectiva cognitiva durante la segunda mitad del siglo XX. Dentro del enfoque cognitivo consideramos cinco tipos de teorías que a continuación solo mencionamos:

- a) Teorías de feedback negativo. Dentro de las cuales se considera: Noción de plan. Teorías de consistencia cognitiva. Teorías de la expectativa-valor.
- b) Teorías de la expectativa-valor.
- c) Teorías de la atribución.
- d) Teorías de motivación de competencia y crecimiento.
- e) Teorías de self y autorregulación. Dentro de las cuales se considera: El self o autoconcepto y Auto-regulación.

4. **El enfoque de las diferencias individuales.** Este enfoque se ocupa de las diferencias en el comportamiento motivado de unas personas a otras, e incluso de la misma persona en diferentes momentos o situaciones. Este enfoque tiene cuatro diferentes orientaciones que a continuación mencionamos:

- a) Diferencias individuales: Una orientación biológica.
- b) Diferencias individuales: una orientación evolutiva.
- c) Diferencias individuales: una orientación factorialista.
- d) Diferencias individuales: Una orientación social.

(Sánchez, 2015).

### 3.2.3. LA MOTIVACIÓN SEGÚN McCLELLAND

El psicólogo norteamericano David McClelland (1917-1998) ha contribuido a la psicología de la motivación con una serie de artículos experimentales y teóricos.

McClelland desarrolló una teoría de la motivación que puede clasificarse dentro de las teorías hedonistas de la motivación, ya que usa el afecto en su dimensión hedonista (la de lo placentero y lo desagradable) como un aspecto importante de su teoría. Otros puntos de vista consideran a la teoría de McClelland como un sistema original basado en un estudio experimental avanzado de la motivación humana determinado culturalmente. McClelland y colaboradores han seguido en su obra a Freud y H.A. Murray porque usan la fantasía para medir la motivación y la lógica del estudio de la pulsión animal al intentar experimentalmente alertar y saciar motivos. En la teoría de McClelland se considera que todos los motivos son aprendidos y se definen como “*el restablecimiento por un indicio de un cambio de una situación afectiva*”. (Sánchez, 2015, p. 38)

La palabra restablecimiento significa en esta definición que está involucrado un aprendizaje previo. La idea básica es que la motivación es una reactivación de un estado emotivo anterior, suscitado por la presencia de un indicio asociado a dicho estado. Así, el hombre que ha experimentado una emoción agradable, los indicios asociados a este estado, al volver a presentarse posteriormente activará de nuevo parte de este estado, y suscitará en él una conducta que lo moverá hacia el estado de placer que ya experimentó. En el caso de que el estado emotivo hubiera sido desagradable, las señales asociadas al mismo suscitarían un tipo de secuencia conductual evitativa.

Uno de los aspectos más importantes que establece la definición de McClelland y colaboradores sobre la motivación es el re establecimiento de un cambio de la situación afectiva actual. Si nosotros asociamos, como propone McClelland, el ruido de un sonador con la comida de una sustancia dulce, con el tiempo, el ruido del sonador adquirirá el poder de evocar un motivo o reintegrar un estado que implica un cambio afectivo positivo. Si asociamos el sonador con un choque eléctrico, éste, a la larga, adquirirá un poder de reestablecer un estado afectivo negativo; es decir, un poder de provocar un cambio del estado afectivo actual. De acuerdo a esta teoría se deduce que una conducta motivada es aquella que se ubica en la dimensión acercamiento-evitación o apetito-ansiedad. (Sánchez, 2015)

### 3.2.3.1.EL AFECTO COMO BASE PARA LOS MOTIVOS

McClelland y colaboradores afirman que decidieron tomar el arousal afectivo como base de los motivos por varias razones. El arousal o nivel de excitación cortical y alerta es un término de la neurología, fisiología y psicología médicas que designa una activación general fisiológica y psicológica del organismo, que varía en un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa. El arousal es un estado fisiológico del organismo en vigilia, en respuesta a estímulos internos y externos. Conseguir un cierto nivel de activación o arousal, es imprescindible para desempeñar cualquier tarea. Para cada tipo de tarea, se puede definir un grado óptimo de activación, en el cual el rendimiento es máximo. Es la capacidad de estar despierto y de mantener la alerta que implica la capacidad de seguir estímulos u órdenes.

En primer lugar, eligieron los estados afectivos como base de los motivos, más bien que la reducción de las necesidades biológicas o la estimulación intensa, porque estos modelos motivacionales no ofrecen una explicación adecuada a los fenómenos motivacionales. Esto no quiere significar, que *las necesidades de supervivencia* y la *intensidad del estímulo* no sean condiciones importantes de la motivación, sólo que no son suficientes. Por otra parte,

*“la elección de la emoción como base del motivo viene determinada por el hecho de que este punto de vista sobre la motivación posee un pasado histórico largo, ya que la concepción de la motivación en base al “dolor-placer” se encuentra ya en esquema en el Protágoras de Platón. Y no sólo esto, sino también porque, cuando en el laboratorio se pretende conseguir o evocar motivos, se parean estímulos con estados afectivos resultantes del choque, la sacarina en la boca, la privación del alimento y otros. A su vez, estos estados emotivos se pueden manipular operacionalmente cuando se trabaja con motivaciones. Por todo ello, los motivos basados en los estados de dolor y placer ofrecen unas posibilidades de control y manipulación experimentales evidentes. En*

*síntesis, la teoría de McClelland y colaboradores, es una teoría hedónica de la motivación, basada en el grado de “discrepancia” entre las expectativas de un cambio afectivo sugerido por una serie de estímulos-señales y la confirmación o no confirmación de este cambio”. (Sánchez, 2015, p. 40)*

### **3.2.3.2. LOS MOTIVOS EN LA TEORÍA DE MCCLELLAND**

McClelland enfoca su teoría en tres tipos de motivos:

#### **A. Motivo de Afiliación**

Es el motivo por el cual las personas necesitan interactuar con otras personas y se muestran típicamente ansiosas por esas relaciones. También estas personas temen la desaprobación de los demás y en lo que sería un intento por saber la opinión que se tiene de ellos se afanan en buscar seguridad en el resto de la gente, lo que por desgracia es un patrón de conducta que suele hacerles menos populares. Las personas que tienen motivaciones de afiliación laboran mejor cuando reciben alguna felicitación por sus actitudes favorables y su colaboración, seleccionan amigos para rodearse de ellos. Sienten una satisfacción interna mayor al encontrarse entre conocidos.

Las personas con una gran necesidad de afiliación buscan la compañía de otros y toman medidas para ser admitidas por ellos; tratan de proyectar una imagen favorable en sus relaciones interpersonales, suavizan las tensiones desagradables en sus entrevistas, ayudan a otros, y desean ser admirados en retribución. Las personas con motivaciones de afiliación, manifiestan algunas de estas conductas:

*“El desarrollo de las relaciones interpersonales. Las personas con alta necesidad de afiliación suelen unirse a más grupos sociales que las personas con baja necesidad de afiliación. También parece ser que las personas con alta necesidad de afiliación están más tiempo interactuando*

*con los demás y cuando inician amistades suelen establecerlas de forma más estable y duradera que las personas con necesidad de afiliación baja.*

✓ *El mantenimiento de las redes interpersonales. En lo que parece ser una estrategia por mantener las amistades, las personas con alta necesidad de afiliación hacen más llamadas, escriben más cartas y visitan más a sus amistades que las personas con baja necesidad de afiliación”. (Sánchez, 2015, p. 41).*

## **B. Motivo de Poder**

El motivo de poder se define como la necesidad de tener impacto, control o influencia sobre otra persona, grupo o el mundo en general. Las personas con alta necesidad de poder comparadas con las personas con baja necesidad de poder se esfuerzan por ser reconocidas como líderes en grupos pequeños, sienten impulsos frecuentes hacia la agresión, prefieren trabajos donde puedan ejercer alguna influencia y acumulan pertenencias prestigiosas. Los factores ambientales también pueden aumentar el motivo de poder especialmente en situaciones donde la persona tiene cierto grado de control o influencia sobre el destino de otra.

*“Los individuos con una alta necesidad de poder pasan más tiempo pensando cómo obtener y ejercer el poder y la autoridad, que aquellos que tienen una baja necesidad de poder. Necesitan ganar argumentos, persuadir a otros, prevalecer, y se sienten incómodos sin cierto sentido de poder. Las personas motivadas por el poder tienden a mostrarse más dispuestas que otros a aceptar riesgos. En ocasiones emplean el poder en forma destructiva, pero también lo hacen constructivamente para colaborar con el desarrollo de organizaciones de éxito. El poder organizacional es la necesidad de influir en la conducta de los demás para el bienestar de la organización como un todo. En otras palabras,*

*estas personas buscan el poder a través de canales de liderazgo regulares, de manera que son aceptadas por otros y se elevan a posiciones de liderazgo debido a sus actividades sobresalientes. Sin embargo, si las ambiciones de un individuo se encaminan al poderío personal y a la manipulación política, dicha persona corre el riesgo de convertirse en un mediocre líder organizacional". (Sánchez, 2015, p. 42)*

### **C. Motivo de Logro**

El motivo de logro es el impulso a tener un buen rendimiento en relación a un criterio de excelencia establecido. Las personas con alta necesidad de logro suelen rendir mejor en tareas de dificultad moderada y mostrar conductas relacionadas con la actividad empresarial independiente en comparación con personas con baja necesidad de logro. La motivación de logro se define como la tendencia a alcanzar el éxito en una situación que contemple la evaluación del desempeño de una persona en relación con estándares de excelencia, es un impulso por vencer desafíos, avanzar y crecer. Este tipo de motivación conduce a metas e impulsos más elevados, ya que las personas trabajan mejor y alcanzan adelantos más sobresalientes.

La gente orientada hacia los logros personales busca el triunfo "per se". No experimenta una "sed de dinero" particularmente fuerte, aunque puede adquirir riquezas en su esfuerzo por alcanzar el triunfo. Trabaja gracias a su deseo de vencer obstáculos, alcanzar metas y ser útiles a otros. McClelland refiere que las personas con alta necesidad de logro tienden a buscar y a hacer mejor tareas moderadamente retadoras, a asumir la responsabilidad personal de su rendimiento, a buscar una retroinformación de rendimiento sobre la forma en que estaban actuando y a ensayar nuevas y más eficaces maneras de hacer las cosas.

**Características de las personas con motivación de logro.** Las personas con alta necesidad de logro presentan un conjunto de características, tales como:

- Prefieren tareas moderadamente difíciles porque poseen mayor valor de retroinformación.
- Prefieren ser personalmente responsables del resultado de un rendimiento porque solo en estas condiciones podían sentir la satisfacción de hacer algo mejor.
- Necesidad de retroinformación sobre el rendimiento. Los sujetos con alta necesidad de logro deberían de preferir el trabajo en situaciones donde obtengan retroinformación sobre el modo en que están actuando.
- Capacidad de innovar. Los sujetos con alta necesidad de logro es más probable que busquen información para encontrar nuevos modos de hacer mejor las cosas.

**Consecuencias sociales de una intensa necesidad de logro.** Son estas:

- *“El éxito profesional. Se les ocurrió a los investigadores que estas características (de la persona con alta necesidad de logro) deberían de tener efectos importantes en el modo en que se comportaban estos sujetos en la vida real, en el mundo social, tal como lo afirma McClelland “si los individuos con alta necesidad de logro poseían las características que acabamos de examinar, deberían de comportarse de modo que, bajo ciertas circunstancias, conducirían a un mayor éxito en el mundo real”.*
- *El éxito emprendedor. Según McClelland, una alta necesidad de logro debe hacer especialmente probable que los sujetos se interesen por los negocios y se muestren capaces en esa actividad, porque los negocios requieren que las personas asuman riesgos moderados y la responsabilidad personal de sus acciones.*
- *Crecimiento económico. McClelland describió algunas de las relaciones entre la necesidad de logro y las condiciones económicas del país donde vive. Por ejemplo, en 1965 demostró que los jóvenes con una gran necesidad de logro tendían a escoger profesiones emprendedoras. Si en un país hay muchas personas con gran necesidad de logro y si entran*

*en esos negocios, cabe suponer que allí se registrará un crecimiento económico muy rápido*". (Sánchez, 2015, p. 44)

### **3.3. AUTOCONCEPTO**

El grado de práctica deportiva, así como el cuidado general del cuerpo, está muy relacionado con el autoconcepto. Las personas que realizan deporte se auto perciben con aptitudes destacadas y quieren preservarlas, llevando una vida de mayor autocuidado. *"Se entiende por autoconcepto a la opinión que un individuo forja sobre sí mismo"*. (Garanto, 1984, citado por Iñiguez Fuentes, 2016, p. 43).

El autoconcepto es un término muy amplio que engloba una serie de aspectos y dimensiones, pues abarca todo lo que el individuo considera de sí mismo, por tanto, hay que hacer algunas puntualizaciones operativas. Cuando en este documento se menciona autoconcepto, se hace referencia a los siguientes aspectos fundamentales:

- 1. "El autoconcepto es una estructura organizada a través de la cual las personas categorizan gran cantidad de información que tienen sobre sí mismas y relacionan dichas categorías entre sí.*
- 2. Es multifacético y sus facetas concretas reflejan el sistema de categorías adoptado por un individuo y/o compartido por un grupo, en función de las circunstancias personales, familiares y culturales.*
- 3. Está organizado jerárquicamente partiendo de percepciones de la conducta en situaciones concretas en la base, que promueven inferencias del self en subáreas (académicas y no académicas), culminando en un autoconcepto general en la parte superior de la estructura.*
- 4. El autoconcepto general es estable, pero a medida que uno desciende en la jerarquía, se convierte en más específico y en consecuencia en menos estable.*

5. *Las facetas del autoconcepto se van clarificando y definiendo progresivamente, con la edad y la experiencia.*
6. *El autoconcepto tiene tanto un aspecto descriptivo como evaluativo. De esta manera los individuos pueden tanto describirse a sí mismos (por ejemplo; soy feliz), como evaluarse (por ejemplo: soy bueno en matemáticas).*
7. *El autoconcepto puede diferenciarse de otros constructos con los que está relacionado desde un punto de vista teórico y lógico, como por ejemplo el logro académico. Estos autores no han hallado un apoyo suficiente, ni conceptual ni empírico para la distinción entre autoconcepto y autoestima". (Garanto, 1984, p. 45)*

### **3.3.1. El Autoconcepto en las distintas teorías psicológicas**

En lo referente al enfoque que en las distintas escuelas o teorías psicológicas adquiere el término autoconcepto vamos a reseñar algunas de las más significativas y el tratamiento o enfoque que aportan de este término, sus representantes más destacados. Dichos puntos de vista servirán para poder interpretar el autoconcepto de las personas que realizan deporte:

#### **Interaccionismo simbólico**

La teoría del interaccionismo simbólico se fundamenta en la tradición filosófica pragmática que surgió de los estudios de los empiristas británicos. James observa que el hombre tiene tantos "selves" sociales cuantos sean los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen de él. Es decir, las imágenes que los demás poseen de uno, se incorporan como propias formando el autoconcepto. El self múltiple implica que cada uno es lo que cree que los demás creen que es. Con todas estas ideas se llega a la conclusión de un "self-espejo", es decir, el autoconcepto se conforma por las interpretaciones subjetivas de las respuestas que se reciben de otras personas; esto lleva

al individuo a percibirse de la manera que cree que los demás le ven. Por tanto, se entiende al autoconcepto como el resultado de un proceso social. Esta teoría viene a significar que en algún lugar del individuo existe una conciencia que proporciona sentido e identidad, así como direccionalidad a la acción. (Lobato, 1999)

### **Conductismo**

Podemos citar como máximo representante de esta escuela a Skinner que rechaza la suposición tradicional del sí mismo como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración. Para esta teoría lo más importante es el proceso de medida y sus defensores entienden por el término autoconcepto los tipos de apreciaciones verbales que una persona hace respecto a sí misma. Los conductistas no niegan los procesos internos, pero, sin embargo, creen que sólo se deben utilizar para explicar las conductas cuando pueden ser observadas y medidas científicamente. En síntesis, la teoría que nos ocupa, opta por un comportamiento futuro orientado, además de observar de una manera fundamental el autocontrol y la autoestima. Su forma más típica viene dada por la relación (estímulo-respuesta) que se apoya explícitamente sobre la única toma en consideración de las relaciones directas o casi directas entre los estímulos y las respuestas. (Lobato, 1999)

### **Psicología cognitiva**

Los teóricos representantes de esta teoría han interpretado el autoconcepto como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona. Asumen que el "self" es modelo para la acción (proceso) y modelo de acción (estructura), además de considerarlo como un conjunto de estructuras de conocimiento. Para los cognitivistas, en el análisis del autoconcepto, es de suma importancia la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son distintos. Así, en términos de autoconcepto, tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo. En resumen, según el cognitivismo para poder

comprender o predecir la conducta de alguien, es necesario saber con anterioridad cómo ese individuo estructura cognitivamente el mundo. (Lobato, 1999).

### **Psicoanálisis**

Según la opinión mayoritaria de varios autores de esta corriente, el concepto de sí mismo estaría contenido de una forma indirecta en el trabajo de S. Freud que se centra sobre todo en tres procesos inconscientes y en tres instancias psíquicas: ello, yo y superyó. La teoría le atribuye al yo funciones de percepción y pensamiento, éste determina el contenido de la consciencia y distingue entre realidad e imaginación; en este nivel de consciencia se sitúa lo que en otros enfoques se entiende como autoconcepto. Sin embargo, es importante destacar que el yo en la concepción freudiana, posee un aspecto inconsciente. Varios fueron los intentos de integrar dentro de la teoría freudiana el estudio del autoconcepto, pero siempre se han encontrado con grandes dificultades, concluyendo que éste no se inserta bien en el seno de esta teoría. (Lobato, 1999)

### **Teoría neofreudiana.**

Los teóricos de esta teoría consideran el "self" como: la organización de las experiencias educativas creadas por la necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad. Profundiza en el proceso interpersonal, considera que el conocimiento de otras personas es fundamental, así como la gran repercusión que tiene el sistema educativo sobre ellas y que, según Sullivan, están dispuestos a recibir mayor cantidad (y calidad) de información de unas personas determinadas que de otras. De hecho, no todos los otros tienen la misma capacidad de incidir sobre la conducta; aquellos que tienen gran poder de incidencia les ha denominado los otros significados, e incluso, dentro de este reducido grupo de personas se encontrarían los otros más significativos y que son las tres o cuatro personas que determinan fuertemente al individuo. En esta teoría se habla de factores que producen aislamiento o desamparo, siendo una de las fuentes de problemas, la reducción de la afectividad personal. A los factores anteriores se los denomina ansiedad básica. Adler concede gran importancia a las debilidades y

enfermedades a la hora de producirse un bajo autoconcepto. Según este autor, los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior. (Lobato, 1999)

### **Psicología humanística**

Rogers es el máximo representante de esta corriente y durante los años cincuenta se apoya en la fenomenología y sitúa el "sí mismo" como el principal y fundamental constructo de su teoría de la personalidad. Este enfoque defiende la idea de que una persona, que es capaz de aceptarse a sí misma, crecerá hacia la madurez emocional, no necesitando, por lo tanto, de mecanismos de defensa. Es indudable que toda persona posee un propio concepto de sí mismo, que le sirve para mantener un equilibrio con el mundo exterior. Esta autoimagen se desarrolla a partir de la experiencia social, y es la interacción social la que hace que el individuo vaya rechazando aquellas imágenes de sí mismo que le producen dudas sobre su competencia. Reconoce el papel central de las autopercepciones en la integración de la personalidad, actuando éstas como fuente de unidad y crecimiento personal. El proceso de formación del "yo", por tanto, implicará dos necesidades importantes: a) Consideración positiva. b) Autoestima satisfactoria. Sin embargo, las premisas fundamentales del pensamiento de Rogers, son la empatía, aceptación incondicional y la autenticidad por parte del consejero. Esta teoría tuvo una influencia decisiva, desarrollándose a partir de entonces un número indefinido de investigaciones en el campo del autoconcepto. Las teorías anteriores que hemos ido contemplando tuvieron su importancia en determinados momentos históricos y todavía hoy se siguen considerando en mayor o menor medida. En la actualidad, sin embargo, la teoría más aceptada y con mayor número de seguidores es la de la Psicología Social. (Lobato, 1999)

### **Psicología Social y del Aprendizaje**

Representantes significativos son Coopersmith y Bandura. El primero centra sus estudios en el análisis del término "éxito", mientras que Bandura introduce dos variables

en el estudio del "self": autorrecompensa y autocastigo. Coopersmith plantea qué aspiraciones y valores se transmiten y en cómo las experiencias familiares y otras diversas dan lugar a distintas respuestas. Fundamentalmente la primera de las condiciones importantes que Coopersmith señala para la formación de la autoestima en el niño es la: Aceptación total o parcial de éste por sus padres. Por lo tanto, según este autor, el autoconcepto es un juicio de valía personal, así como una experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los demás por medio de distintos conductos. Bandura basa su estudio en dos pilares fundamentales reseñados anteriormente (autorrecompensa y autocastigo) que dan lugar al auto refuerzo.

Unos años después utiliza conceptos que se refieren a procesos simbólicos o cognitivos en la descripción del proceso de socialización en el que está inmerso el "self" o es una consecuencia. Termina rechazando los modelos mecanicistas y enfatiza los procesos vicarios, simbólicos y autorreguladores en el aprendizaje humano. En esencia esta teoría estudia los grupos o los individuos como participantes en las relaciones sociales, analiza los procesos de influencia social que están en la base de éstas y las conexiones entre variables. Sin embargo, es posible diferenciar dos modelos o aportaciones distintas teniendo en cuenta la interacción del individuo en la sociedad:

- a) Posición individualista, en donde el interés del investigador se centra en el aspecto personal de la experiencia de sí mismo. Por lo tanto, los autores próximos a esta tendencia no admiten la importancia del papel del otro y le otorgan un papel delimitado.
- b) Social, en la que los autores que defienden esta postura se identifican con esta tendencia y otorgan un papel muy importante y preponderante a la sociedad en la formación del autoconcepto. (Lobato, 1999)

### **3.4. SALUD MENTAL**

El deporte, al ser una actividad recreativa, está íntimamente relacionada con el nivel de equilibrio psicológico o salud mental del individuo. *“La Salud Mental, es la capacidad que tienen las personas, para interactuar de manera armónica con el medio ambiente; y*

*permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor sus actividades, y tener mejores relaciones interpersonales”*. (Peña Ruiz, 2012, p. vii)

### **3.4.1. Salud mental y entorno cultural**

La salud mental hace referencia a la calidad de vida, pues genera bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. La salud mental es un concepto muy subjetivo pues hace referencia a las características propias de cada individuo, ya que está muy influido por el entorno en el que se vive como la sociedad, la cultura o las escalas de valores para vivir en calidad. La salud mental, es un término polisémico que ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es inconveniente, para disfrutar de una salud mental razonablemente buena. La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental.

La salud mental es un continuum que atraviesa las principales variables a las que está sometido el individuo, es decir, cómo se piensa, se actúa y se percibe la vida según el estándar social de un individuo y sus valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y, poseer una evidente flexibilidad para afrontar dificultades o fracasos como retos

inevitables que plantea la vida. Consecuentemente, la salud mental está dada en el bienestar que la persona desarrolla afrontando las tensiones normales de la vida.

Tomando como referencia este marco, una persona mentalmente sana es aquella que mantiene una actitud adecuada hacia sí misma, desarrolla sus capacidades creativas, integra de manera armónica los diferentes rasgos y atributos de la personalidad, demuestra una amplia capacidad de autonomía e independencia, percibe la realidad libre de distorsiones y desarrolla una buena adaptación al entorno, que incluye el afecto hacia los otros, relaciones interpersonales satisfactorias y la integración social. Desde este punto de vista, se considera a un individuo normal si muestra la suficiente capacidad para relacionarse de una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas y promotoras de equilibrio propio. (Peña Ruiz, 2012)

### **3.4.2. Salud mental y deporte**

El deporte no solo es un perfecto aliado para mantener el estado físico de nuestro cuerpo. Dicho de otro modo, el ejercicio físico no solo es beneficioso para mantenerse en forma. Como ya decían los romanos “mens sana in corpore sano”. Es decir, el deporte va a contribuir a que nos encontremos mejor física y mentalmente. Existen diversos estudios que afirman que realizar ejercicio de forma regular previene la aparición de la ansiedad, la depresión u otros trastornos psiquiátricos. La principal conclusión de estos estudios es que los sujetos con más actividad física presentan mejores niveles de salud mental.

Sin embargo, no existe una evidencia científica que explique la razón de por qué el deporte es beneficioso para nuestro bienestar mental. Lo que sí está claro es que el ejercicio mejora la calidad de vida de las personas, así como su bienestar general. Al mejorar la condición física de nuestro cuerpo, la probabilidad de sufrir estrés o ansiedad es menor.

Existe la hipótesis que algunos neurotransmisores se activan cuando efectuamos una actividad física. Estas son:

Serotonina. Esta eleva la autoestima y la confianza.

Endorfina. Se segrega al realizar actividad física, favoreciendo la relajación. Como puedes suponer esto ayuda mucho en situaciones de estrés.

Oxitocina. Es la hormona cuya función es equilibrar los vínculos emocionales y afectivos.

Dopamina. Es ese neurotransmisor del placer, que nos impulsa a seguir practicando deporte y superar retos.

Estos son algunos de los beneficios que genera el deporte en nuestra salud mental:

La mejor condición física general disminuye la posibilidad de sufrir ansiedad, estrés y otro tipo de trastornos mentales.

Produce la liberación de las mismas sustancias que algunos fármacos, con lo que podemos reducir la ingesta de fármacos.

Fomenta la estimulación sensorial, ya que hay que prestar atención a lo que se está haciendo, a los compañeros de equipo, al entrenador, etc.

Aumenta la destreza psicomotora.

Ayuda a conocerse mejor a uno mismo.

La autoestima personal también mejora, sobre todo cuando se ha superado un reto.

Ayuda a establecer un horario y una disciplina, es decir, a establecer una planificación. (Ruiz, 2020)

### **3.4.3. Algunas teorías sobre salud mental**

Son numerosas las teorías que han abordado el tema de la salud mental. A continuación, se hace en breve resumen de las principales:

a) **Teoría Psicodinámica o Psicoanalítica.** Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental, así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los

mismos variable entre personas. En este contexto, la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitirá al individuo en desarrollo, y esta función del pensamiento sería la base de la salud mental. Esta teoría de principios de siglo XX ha explicado el desarrollo en términos de impulsos y motivaciones inconscientes. Según esta teoría y para su principal impulsor, Freud, el origen de la enfermedad mental se deriva de conflictos psicológicos internos que originan el trastorno mental. En consecuencia, la Salud Mental dependerá de las experiencias vividas en las primeras etapas del ciclo vital. (Ruiz, 2020)

b) **Teorías del Desarrollo de la Personalidad.** La principal teoría que relaciona el desarrollo de la personalidad con la salud mental es la psicoanalítica. En su teoría Freud, parte de la idea de que cada etapa del desarrollo estaría marcada por el deseo y satisfacción de determinados deseos inconscientes, relativos a una determinada función biológica (oral, anal, fálica o genital). La salud mental, en última instancia, depende de la adecuada satisfacción de dichos deseos inconscientes. Además, la salud mental dependerá del equilibrio de las tres instancias: el Ello (principio del placer), el yo (principio de la realidad), y el Superyó (conciencia). La salud mental estará determinada por la capacidad del niño de avanzar a través de todos los estadios, sin que se produzca estancamiento o fijación en alguno de los mismos, y manteniendo en equilibrio las tres instancias propias de la personalidad. (Ruiz, 2020)

c) **Teoría del Aprendizaje:** Esta teoría explica la salud mental a través de los principios del aprendizaje, bien sea por mecanismos de condicionamiento clásico y operante, o por mecanismos de aprendizaje social, como imitación y modelado. Así, para Watson o Skinner, la salud mental es el resultado de la historia de refuerzos y castigos que haya recibido un individuo, lo que en definitiva conformará su conducta y desarrollo, mientras que, para Bandura, éstas dependerán de la observación e imitación de la conducta de otras personas, a las que consideramos modelos de comportamiento. (Ruiz, 2020)

d) **Teoría Conductista:** El condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante rechazan el origen orgánico de la salud mental, asignando el origen en la misma, a factores observables y medibles. Para la construcción de esta teoría destacan los aportes de las investigaciones realizadas por Skinner, Watson y Pávlov entre otros. Para las Teorías Conductistas, lo relevante en el tema de la salud mental es el cambio en la conducta observable de un sujeto, cómo éste actúa ante una situación particular y no los supuestos mecanismos interiores que subyacen a la misma. (Ruiz, 2020)

e) **Teoría Cognitiva:** A través de esta teoría, se intenta explicar la salud mental desde los procesos intelectuales o cognitivos del individuo. Desde esta perspectiva, la salud mental es equivalente al proceso de equilibración o adaptación entre la asimilación y la adaptación. La salud mental, según Piaget, recae en el individuo, pues este controla activamente los estímulos de las situaciones en las que se ve implicado. Para otros teóricos, como Vygotsky, consideran la salud mental como resultado de las interacciones sociales entre el individuo y las diferentes instancias que ejercen poder y control sobre el individuo, como ser: los padres, la escuela, la religión, las leyes y la sociedad en su conjunto. (Ruiz, 2020)

f) **Teoría Humanista:** Influida por las aportaciones derivadas del conductismo, esta teoría parte de las cualidades únicas de cada individuo como explicación de la salud mental. Desde esta perspectiva cobran especial importancia las motivaciones intrínsecas del individuo, pues éstas determinarán su conducta y su evolución. Se denomina salud mental al estado de congruencia entre el plan genético (vocación innata) y la vida real de las personas. Autores relevantes de esta perspectiva serían Rogers o Maslow, entre otros. (Ruiz, 2020)

### **3.5. LA ADULTEZ**

Como la población que aborda la presente tesis son personas adultas, se pasa a continuación a revisar las principales características de esta etapa.

### **3.3.1. Concepto**

*“La adultez es la etapa del desarrollo humano que sigue a la adolescencia, en la cual el individuo se encuentra ya plenamente desarrollado y constituido como un eslabón individual de la especie”.* (Uriarte 2021, pág. única). Se le conoce como cuarta etapa. La madurez sexual, el afianzamiento de la personalidad y la plenitud física ocurren gradualmente en esta etapa cumbre de la vida, hasta que, eventualmente, se da paso a la vejez. La llegada a la adultez es celebrada y ritualizada desde puntos de vista sociales, emocionales e incluso jurídicos, ya que a partir de esta etapa se forma un miembro pleno de la sociedad, con todos los derechos y responsabilidades. (Uriarte 2021)

### **3.3.2. Etapas de la adultez**

La adultez es un proceso gradual, no se trata de un crecimiento inmediato. En ese sentido se pueden identificar dos distintas etapas de adultez: la temprana y la media.

Adultez temprana. Comprende el momento inicial de adultez, desde el fin de la adolescencia hasta más o menos los 40 años. Se trata de una etapa vigorosa y de enorme potencia productiva, acompañada de una sensación de plenitud indispensable para emprender los caminos profesionales e individuales trazados.

Adultez media. Es la etapa “meseta” de la vida, comprendida entre los 40 años y los 65 años, en la que se espera un mayor asentamiento y cierto enlentecimiento del ritmo, a pesar de que sigue siendo un instante de gran productividad y experiencia, cuyo fin conduce al cese de la vida productiva y la vejez.

Adultez tardía. Después de los 65 años, cuando en la mayor parte de los países, las personas se jubilan, se da inicio al periodo denominado adultez tardía, o también senectud. Se caracteriza por un franco declive de la potencia física e intelectual, además de una paulatina retirada de la actividad social. (OMS, 2021)

### **3.3.3. Características de la adultez**

A diferencia de en la adolescencia, los vínculos sociales del adulto pasan necesariamente por su personalidad y sus decisiones individuales de vida. Dejan de ser tan frecuentes los grupos de amigos de tipo social, para enfocarse en la pareja y en amistades que tengan un camino vital semejante: compañeros de trabajo, de universidad, etc.

Se dice que los amigos hechos en esta etapa son realmente los que durarán toda la vida.

Estas son las características de la adultez:

#### **1. Estabilidad**

La adultez, y más aún la etapa media, es un período de mayores estabilidades en el ser humano. Los emotividad meteórica y la volubilidad de carácter típicos de la adolescencia suelen ya haber quedado atrás, reemplazados por un progresivo autoconocimiento y una mayor profundidad de carácter. La toma de decisiones en esta etapa (sobre todo en la media) tiende a ser más concienzuda, más fruto de meditaciones y no a la emoción del momento. Lo cual acusa un desarrollo cognitivo más acentuado en la reflexión y la flexibilidad, la adaptabilidad y el individualismo. (Galaz, 2010).

#### **2. Vida en pareja: Matrimonio**

En la adultez la necesidad de compañía deriva más a un ámbito familiar. La mayor parte de la población adulta se casa durante la primera adultez (entre los 25 y 34 años). Es también la etapa de mayor presión social en torno a los temas de reproducción y descendencia (sobre todo en la mujer), y de los primeros intentos formales de vida familiar. En el caso de muchos adultos, esta decisión se posterga en aras de otras áreas vivenciales, pero es lo común que a partir de la entrada a la adultez media, las necesidades de compañía y pertenencia deriven más hacia el ámbito familiar, sobre todo con miras a la paternidad. Los márgenes de divorcio, por demás, van en franco

incremento mundial, siendo más frecuentes al entrar a la adultez media, pero la tendencia apunta cada vez pronunciadamente hacia el adulto joven. (Galaz, 2010)

### **3. Familia: Paternidad-maternidad**

La paternidad supone un reto para los jóvenes profesionales en formación. Junto con el matrimonio, en la adultez temprana suelen producirse las primeras tentativas de paternidad (deseada o no), lo cual es vivido sin las dimensiones trágicas del embarazo adolescente, pero sí supone un reto para los jóvenes profesionales en formación. Así como en las sociedades poco desarrolladas el embarazo adolescente es común, en muchas sociedades desarrolladas existe la tendencia a postergar el embarazo y la fundación de una familia, e incluso la vida conyugal, en pro de garantizar primero el éxito profesional e individual, cuando no económico, para afrontarlo. Y muchos, llegado el momento, deciden optar por modelos de vida distintos al familiar. En los países menos desarrollados, igualmente, la adultez temprana constituye una lucha por insertarse en el entorno laboral o por educarse, así que la paternidad es también tenida como un impedimento y a menudo un accidente que precipita la constitución familiar. (Galaz, 2010)

### **4. Madurez moral**

En la adultez se reafirman los preceptos de moralidad que determinarán la vida en sociedad. El contrato social, por ejemplo, que antepone el bien de la mayoría a los deseos individuales, o ciertos preceptos éticos universalistas, echan raíz en esta etapa. Y esto se debe a que el conjunto de experiencias vividas y conocimientos adquiridos ya es suficiente para evaluar desde distintas ópticas posibles un dilema. De hecho, los expertos acusan dos tipos de experiencia como enormes formadores de la moralidad, como son: la confrontación de valores (como la que tiene lugar en la universidad o en las labores militares) y responsabilizarse del bienestar de un tercero (como la paternidad). Ambos tipos de experiencias muy vinculadas con el mundo adulto. (Galaz, 2010)

### **5. Sexualidad**

En la adultez la sexualidad sirve como una vía hacia la realización individual. El ejercicio de la sexualidad en la adultez encuentra, idealmente, sus mayores oportunidades para la libertad, la experimentación y la satisfacción. Sea o no dentro de un contexto conyugal o monógamo, el sexo cosecha un espacio psíquico importante en el adulto, empezado a ceder lugar hacia finales de la adultez media. La sexualidad se percibe como una vía hacia la realización individual y se la ejerce, en principio, de manera autónoma, ética, abierta y autoconsciente. (Galaz, 2010)

## **6. La crisis experiencial**

También conocida como crisis de la mitad de la vida, suele producirse en el paso de la adultez temprana a la media, y consiste en un replanteamiento radical, a veces incluso temerario, de las prioridades vitales y del ritmo y modelo de vida que se lleva. Como muchas otras cosas en la vida, es producto de la conciencia de la finitud: del fin eventual de la vida, del paso inexorable del tiempo, reflejado en el fin, justamente, de la etapa más cotizada socialmente en nuestras sociedades: la juventud. (Galaz, 2010)

### **3.3.4. Efectos de la actividad física en adultos**

El hecho de que la actividad deportiva es beneficiosa a nivel físico está actualmente aceptado. Se ha comprobado que mejora la capacidad cardiovascular, el tono muscular y mantiene en general el organismo en mejores condiciones físicas y de bienestar. La actividad física también está relacionada con la disminución de la ansiedad, el estrés y la depresión y con el aumento de la neuroplasticidad que da lugar a la mejora cognitiva. El deporte mejora el tiempo de reacción y la velocidad de procesamiento ante una multitarea, mejorando la capacidad de atender a varios estímulos de manera concurrente. Además, se ha comprobado que la práctica de deporte puede producir cambios estructurales en el cerebro. Se ha demostrado que la densidad de la materia gris en la ínsula anterior derecha, estructura a menudo relacionada con el control cardiovascular, era mayor en deportistas que en no deportistas. (Akerman, 2010)

Existen múltiples estudios que han evaluado las capacidades atencionales y cognitivas mientras los participantes están realizando el ejercicio o poco después de finalizarlo. Los niveles atencionales y de concentración incrementaron tras la realización de 10 minutos de ejercicio físico. La mejora, tanto de la velocidad como de la precisión en las tareas cognitivas parece tener una relación con el hecho de que exista una conexión entre el cerebelo, principalmente especializado en tareas motoras, y la corteza frontal. La actividad motora hace variar el patrón de activación cerebral y el grado de información que se está procesando. Es decir, cuanto mayor sea la actividad motora, más actividad de la corteza prefrontal se requiere.

El ejercicio físico activaría de esta manera, los lóbulos frontales, responsables de múltiples tareas cognitivas. En este tipo de estudios, en los que se evalúan diversos procesos perceptivos o cognitivos mientras se realiza actividad física o poco después de haberla finalizado, se suele encontrar que se producen ciertas mejoras cognitivas que revierten poco después de haber finalizado el ejercicio, y que estas mejoras suelen tener mayor duración si se realiza ejercicio de manera regular, más que si se realiza de manera aislada. (Akerman, 2010)

La mayoría de los estudios apoyan la idea de que el deporte incrementa muchos de estos procesos cognitivos, perceptuales y atencionales. En el contexto académico, con adultos jóvenes, el ejercicio físico a menudo se ha relacionado con el aumento del rendimiento académico y las habilidades cognitivas. Los centros en los que los estudiantes realizan más ejercicio físico a diario (por ejemplo, incluyéndolo de manera curricular), suele haber mejores niveles de atención y nivel académico. Numerosos estudios sugieren que diversos procesos cognitivos, entre los que destacan la velocidad de procesamiento y control ejecutivo, se ven influidos positivamente por la práctica regular de ejercicio físico. El control ejecutivo supone la puesta en marcha de diversas habilidades entre las que se incluye la concentración, planear y organizar, solucionar problemas, el control de los impulsos y la utilización de estrategias para la consecución de objetivos, todas ellas sin duda importantes para el éxito académico.

Estudios recientes encontraron que el volumen del hipocampo y la memoria también estaban determinados, en parte, por la práctica regular de ejercicio físico. El estudio de las relaciones entre la actividad física y la mejora de determinados procesos perceptivos y cognitivos también se ha estudiado desde la perspectiva del deporte realizado de manera intensiva o profesional. (Akerman, 2010)

### **3.3.5. Importancia de la actividad física en adultos**

Las repercusiones de la actividad física en los mayores parecen en ocasiones incluso mayores que en los jóvenes. Son muchas las investigaciones que determinan que el deporte en mayores actúa como un neuroprotector, frenando el declive asociado a la edad, e incluso retrasar la aparición de algunas enfermedades neurodegenerativas. Con el aumento de la esperanza de vida y, por tanto, del número de personas mayores en la sociedad, también se incrementa la aparición de enfermedades neurodegenerativas, lo que hace a su vez necesario el establecimiento de factores que contribuyan a frenar dichas patologías y a promover el envejecimiento saludable.

Ese factor neuroprotector que a menudo se le atribuye al ejercicio físico, es consistente con el hecho de que algunas de las estructuras cerebrales implicadas en la mejora cognitiva cuando se realiza actividad física, como el hipocampo, a menudo estén relacionadas con la actividad física. El hipocampo es una estructura que pierde volumen con la edad, produciendo a su vez, pérdidas en la memoria episódica y aumentando el riesgo de demencia. (Kastenbaum, 2010)

En un estudio reciente un grupo de personas mayores realizó durante un año actividad física de tipo aeróbico mientras que otro grupo realizó ejercicios de estiramiento. Los resultados mostraron que hubo un incremento en el volumen del hipocampo anterior de aproximadamente un 2% en el grupo que realizó ejercicio

aeróbico (antes de empezar la intervención, ambos grupos no se diferenciaban en cuanto a volumen hipocampal).

Curiosamente, el grupo que practicó ejercicios de estiramiento obtuvo, tras este período de un año, una pérdida en el volumen hipocampal de aproximadamente un 1,40%, dato que sugiere que no todos los tipos de actividad física actúan retrasando el declive cognitivo asociado a la edad. En este estudio también se encontró que la actividad aeróbica incrementó los niveles de BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), una proteína que media la expansión dendrítica y que cumple un papel fundamental en la memoria a largo plazo. La actividad física no provoca cambios uniformes en el cerebro sino que es selectiva. (Kastenbaum, 2010)

Otros estudios encontraron que la actividad física en mayores influía en la flexibilidad y adaptabilidad del cerebro, presumiblemente mejorando algunos aspectos fisiológicos, como la capacidad vascular y el número de conexiones sinápticas. En este estudio, se evidenció que los participantes que realizaban actividad física tenían mayores capacidades atencionales que los sedentarios. Los deportistas exhibieron mayor actividad en las cortezas prefrontal y parietal, especialmente en las zonas relacionadas con la selección espacial y el funcionamiento inhibitorio. Encontraron, por otro lado, diferencias en el córtex cingulado anterior, implicado en el procesamiento atencional y que los deportistas presentaban menor actividad neuronal en zonas que se activan ante el conflicto cognitivo. (Kastenbaum, 2010)

La actividad física de tipo aeróbico parece reducir la pérdida asociada a la edad tanto de materia gris como blanca en zonas prefrontales y temporales y prevenir la pérdida de tejido en determinadas zonas relacionadas con funciones visoespaciales, control motor y memoria de trabajo, mejorando de esta forma, la función ejecutiva. Parece, por tanto, que el ejercicio de tipo aeróbico aumenta el volumen del córtex cingulado anterior, el córtex prefrontal lateral y el córtex parietal lateral. El ejercicio físico también se asocia a una mejora general en múltiples procesos perceptivos y

cognitivos. En un estudio reciente, se encontró que el control ejecutivo y la velocidad de procesamiento (evaluada mediante tareas de tiempo de reacción simple y de elección) se vieron afectadas por la falta de actividad física en mayores, mientras que el priming de repetición como medida de la memoria implícita, no se vio prácticamente afectado por la edad ni por la falta de actividad física de los participantes. (Kastenbaum, 2010)

Nuevos estudios analizaron las relaciones entre el envejecimiento y la actividad física en el control ejecutivo y la memoria. En concreto evaluaron la memoria de trabajo, la capacidad de inhibición, la capacidad para cambiar de una actividad a otra, y la memoria espacial, encontrando que los adultos mayores que realizaban ejercicio físico habitualmente puntuaban mejor en esas variables que los individuos sedentarios. En un estudio posterior se encontraron que el deporte tiende a incrementar la conectividad funcional entre algunas áreas de las cortezas frontal, posterior y temporal, hecho que apoya la idea de que el ejercicio físico puede facilitar una reorganización dinámica en el cerebro de los deportistas mayores.

En un estudio conductual se demostró que tras un período de entrenamiento se mejora el aprendizaje verbal, la memoria y la atención selectiva, y que para mantener esas mejoras, es necesario seguir realizando actividad física. Estas estructuras cerebrales y procesos cognitivos, entre otros, son los que en principio, sufren un deterioro asociado a la edad. Parece ser que mediante la práctica deportiva regular, se frena en parte el enlentecimiento cognitivo y se mejoran muchas funciones, además de prevenir o retrasar la aparición de enfermedades neurodegenerativas. Según la literatura revisada, se puede establecer que la actividad física tiene múltiples efectos beneficiosos que ayudan a preservar muchas funciones cognitivas. (Kastenbaum, 2010)

A pesar de esta evidencia, sin embargo, la actividad física sigue siendo insuficiente entre las personas mayores, debido principalmente al estilo de vida sedentario y a la ideología de evitar todo esfuerzo *innecesario*. Es importante determinar qué tipo de actividad física aporta toda esta serie de beneficios en las personas mayores,

puesto que la actividad deportiva puede ser de muchos tipos, y en función de la variedad pueden resultar afectadas diferentes funciones. Parece ser que el entrenamiento en el que se trabaja la resistencia física a nivel aeróbico y la coordinación de los miembros es el que consigue frenar en mayor medida el enlentecimiento cognitivo y perceptivo asociado a la edad.

Los resultados de los diferentes estudios parecen sugerir que la mejor forma de detener el deterioro que se produce con la edad en los múltiples procesos cognitivos y de las estructuras neurales que los sustentan, podría ser combinando el ejercicio físico aeróbico y de resistencia, junto con el entrenamiento de la coordinación de los distintos miembros. Con este tipo de actividad física no solo se conseguiría una mejora general a nivel cognitivo, sino que estas mejoras se trasladarían también a los niveles físico y psicológico, posiblemente reduciendo los problemas de ansiedad y depresión, en ocasiones con más prevalencia entre las personas mayores. (Kastenbaum, 2010)

### **3.6. ESTUDIOS RELACIONADOS CON FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA EN PERSONAS ADULTAS**

Existe la creencia generalizada que la delgadez (ausencia de obesidad) se asocia a salud física, particularmente en la edad adulta, donde el sobrepeso aumenta los riesgos de múltiples enfermedades. En la University of Virginia, Gaesser Glenn, realizó una investigación con una cohorte de adultos que realizan deporte de manera regular, comparando los resultados con otros que no hacen. Los resultados indican que la pérdida de peso provocada por el entrenamiento deportivo es beneficiosa y se correlaciona con una disminución de la mortalidad, así como enfermedades cardiovasculares y desgaste en las articulaciones. Sin embargo, en la edad adulta, particularmente en adultos mayores, la pérdida de peso espontánea, sin mediar deporte, no es indicio de buena salud, más al contrario, puede ser indicio de enfermedad, bajas defensas y falta de asimilación nutricional.

La preponderancia de la evidencia epidemiológica no respalda la hipótesis que los índices más bajos de mortalidad se observan entre los hombres y mujeres delgados. Por el contrario, distintos estudios indican que un bajo índice de masa corporal está asociado con tasas de mortalidad mayores que las observadas en hombres y mujeres con un índice de masa corporal promedio, o por encima del promedio. Sin embargo, esta conclusión no se aplica a aquellos adultos que perdieron peso producto de la actividad física. Por tanto, las categorías “sano/normal” y “subpeso”, “sobrepeso” u “obeso”, son relativas.

Podría ser más eficaz centrarse menos en los tan llamados “pesos ideales”, y más en los “pesos peligrosos”, es decir aquellos en ambos extremos de la distribución del índice de masa corporal. La práctica deportiva no sólo tiene el efecto de disminuir el peso excesivo, sino aumentar las defensas y vitalidad del individuo, por lo cual, el descenso de peso producto del deporte no es equivalente a la pérdida de peso producto de alguna disfuncionalidad biológica. (Gaesser, 2005)

En otro estudio realizado en México, se analizó la influencia de la motivación en la práctica deportiva de personas adultas. Al respecto se encontró que:

*“Los factores Rendimiento y Economía no son los principales motivos que promueven la práctica deportiva, sino el Gusto por el deporte.*

*Los motivos relacionados con la salud como mantener mi salud y mejorar mi salud, han sido considerados muy importantes por nuestra población con un 88.5% y 80.8% respectivamente, mientras que los motivos de ocupar el tiempo libre (42.3%), encontrarme con amigos (42.3%) y conocer gente (38.5%) son los menormente considerados como importantes.*

*Resulta revelador el hecho de que los motivos de mejorar mis habilidades y competir con otros deportistas pertenecientes a la categoría de Rendimiento, hayan sido puntuadas como muy importante con un*

*porcentaje de 69.2% y 57.7% respectivamente para nuestra población, incluso más importantes que los pertenecientes a la categoría de socialización, pues en estudios previos se detecta a los motivos de socialización como muy importantes para iniciar la práctica mientras que los motivos de rendimiento son relegados.*

*Por otro lado, se observa que, entre los motivos de inicio referidos por nuestra población, destaca la invitación y los factores psicológicos para iniciar la práctica, lo cual indica que una invitación directa resultaría una manera efectiva de promocionar la práctica deportiva en los adultos mayores, así también, los beneficios psicológicos que provienen de la práctica de actividad física puede ser una manera de promocionar la misma.*

*Los resultados muestran que, para esta población, lo más motivador en la práctica es su salud y el gusto por el deporte/ejercicio, pues son los factores que mayor porcentaje obtuvieron con un 84.6% cada uno. Cuestiones como aprender, tener buenas relaciones con sus compañeros y tener una buena relación con el entrenador alcanzaron un porcentaje de 61.5% de personas que los consideran muy motivador en la práctica, ganar competencias fue muy importante para el 53.9% de los participantes, mientras que los factores de ocupar el tiempo libre y diversión son los menos importantes, alcanzando un porcentaje de 50% y 42.3% respectivamente. Nuevamente se observa que la competencia es considerada importante y motivadora en la práctica deportiva de nuestra población, mientras que, en la totalidad de estudios consultados, este aspecto no lo es”. (Reynaga-Estrada et al., 2017, pág. única)*

En la Universidad de la Rioja (España) emprendió una investigación con el motivo de identificar los factores que promueven la práctica deportiva y aquellos que la

limitan, en los adultos. Ureña Bonilla, tras identificar los principales factores motivantes, indica lo siguiente:

El índice de práctica deportiva en los adultos depende de varios factores. De fundamental importancia son aquellos de orden personal, entre los que destaca la biografía deportiva. Los adultos que de jóvenes hicieron deporte, les cuesta menos retomar dicha actividad, que iniciarla de cero, en aquellos que nunca realizaron actividad deportiva voluntaria.

*“Aspectos motivacionales: En el caso del adulto, los motivos para participar en las actividades físicas y deportivas van desde obtener una mejor salud hasta sentirse bien, socializar, interactuar, mejorar la capacidad de rendimiento, el esfuerzo, la alegría en el movimiento y la diversión; aunque en un primer plano aparece el motivo salud. Sin embargo, algunas condiciones son importantes para que tales motivos puedan activarse y generar comportamientos particulares. Primero, la persona debe estar convencida de poder modificar su condición psicofísica, y segundo, a la actividad deportiva debe asignársele una función, especialmente un valor compensatorio y preventivo).*

*El motivo salud es todavía más efectivo cuando el adulto se siente realmente afectado en su corporeidad. Sin embargo, el motivo salud es un inhibidor cuando limita la actividad física por determinada funcionalidad. Por otro lado, está la percepción social. A partir de los cambios en la vida laboral y familiar, el adulto pierde posibilidades de vinculación y contacto social, situación que por medio del deporte puede eventualmente modificarse, al promover la formación de grupos deportivos. En este sentido, el deporte es un factor socializador bastante efectivo”. (Ureña Bonilla, 2015, p. 160)*



**CAPÍTULO IV.**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado pertenece al área de la Psicología Clínica, ya que a través del mismo se pretende determinar los factores psicológicos asociados al índice de práctica deportiva de las personas adultas de la ciudad de Tarija. La *“psicología clínica se caracteriza por el hecho de que analiza las dimensiones personales del individuo, trazándose como meta la realización de un diagnóstico personal y toma al individuo como unidad de investigación y pretende lograr la elaboración de un diagnóstico personal en base a la medición de una serie de dimensiones psicológicas”*. (Rocha, 2015, p. 127)

Desde otro punto de vista, se puede calificar al estudio realizado, como:

**Exploratorio**, ya que sobre el tema no hay ninguna investigación en el medio tarijeño que haya abordado la práctica deportiva en personas adultas. La investigación realizada es de tipo exploratorio, debido a que se hizo un estudio aproximativo al fenómeno de estudio y no se realizó un estudio exhaustivo o en profundidad.

También se puede decir que es un estudio de tipo **descriptivo** ya que se pretende caracterizar a los adultos que realizan práctica deportiva, así como identificar los factores asociados a dicho comportamiento. Las variables que ayudan a describir esta temática de estudio son: motivación, autoconcepto y salud mental.

Los estudios descriptivos *“sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación”*. (Rocha, 2015, p. 129).

Asimismo este estudio es **correlacional**, puesto que trata de analizar la posible vinculación entre determinados factores y la práctica deportiva. *“Los estudios correlacionales, son procedimientos investigativos en los cuales se trata de determinar la relación existente entre dos o más variables de estudio, ya sea empleando la*

*estadística descriptiva o los diferentes tipos de correlación producto-momento”.* ”. (Rocha, 2015, p. 135)

Si se considera el tiempo empleado en la recolección de los datos, este estudio es de tipo **transversal** puesto que el mismo se realizó en un grupo de distintos sujetos y no se realizó un seguimiento exhaustivo de pocos casos. Es transversal porque se trabajó con una muestra de adultos que realizan deporte y otros que no lo hacen.

Es un estudio eminentemente cuantitativo, puesto que los instrumentos empleados poseen escalas numéricas cuyos resultados finales se expresan mediante valores estadísticos. *“Un estudio cuantitativo expresa los resultados en forma de porcentajes que son aplicables al conjunto de la población estudiada. Para obtenerlos se elabora un instrumento que debe responder una muestra representativa de dicha población”.* (Hernández et al., 2000, p. 94)

Un estudio transversal *“es un estudio estadístico y demográfico, que mide la prevalencia de la exposición en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir permite estimar la magnitud y distribución de una característica en un momento dado y por qué no existe continuidad en el eje del tiempo. El objetivo de un estudio transversal es conocer todos los casos de personas con una cierta afección en un momento dado, sin importar por cuanto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuándo la adquirieron”.* (Hernández et al., 2000, p. 96)

## **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1. POBLACIÓN**

La población de la presente tesis estuvo constituida por todas las personas adultas de la ciudad de Tarija de 30 a 60 años. Según las proyecciones del INE, realizadas el 2018, la ciudad capital del Departamento de Tarija, el año 2020, contará con 249.000 habitantes, de entre los cuales el 36% están comprendidos entre 30 y 59 años, porcentaje que equivale a 89.647 personas. (INE, 2018, pág. única).

Por tanto, la población de la presente tesis es de 89.647 personas.

Las variables de inclusión que permitieron delimitar la población con mayor precisión fueron las siguientes:

1. Sexo:
  - a) Mujeres.
  - b) Hombres.
2. Edad. Entre 30 a 60 años según estas categorías:
  - a) De 30 a 40 años
  - b) De 41 a 50 años
  - c) De 51 a 60 años
3. Educación:
  - a) Bachilleres.
  - b) Universitarios.
  - c) Profesionales.

#### **4.2.2. MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 90 personas adultas (30 a 60 años) que viven en la ciudad de Tarija. Dicho número constituye aproximadamente el 0.001115% de la población. Al ser un estudio exploratorio no se tomó el 10% de la población, debido al elevado número que esto representaría.

El tipo de muestreo empleado fue el intencional, pues no se empleó el azar para elegir a la muestra, sino que esto se lo hizo en base a la predisposición de las personas adultas de participar en la investigación.

### **4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **4.3.1. MÉTODOS**

Los métodos de investigación que se utilizaron en esta tesis fueron:

**Método teórico.-** Este método se utiliza principalmente en la construcción del marco teórico y en la interpretación de los datos, aunque están presentes en

todos los momentos de la investigación. El procedimiento más empleado es el análisis y la síntesis, a través del cual se llega a la interpretación conceptual de los datos obtenidos empíricamente. (Rocha, 2015)

- **Método empírico.**- Este método permite levantar información básica y primaria respecto al fenómeno estudiado y que permite explicar y revelar las relaciones del objeto de investigación a través de sus variables. (Saldaña & Urcia, 2010). En el caso de la presente tesis se realizó un estudio empírico de los casos a través de la aplicación de la batería de test conformada para el efecto. Dichos tests permitieron la intervención, registro, medición, análisis e interpretación de la realidad en el proceso de investigación.

- **Método estadístico.** Este método se basa en el empleo de los números, tanto en lo referido a las operaciones aritméticas básicas, como a los recursos estadísticos más avanzados. Parte del supuesto que la realidad es cuantificable y que se puede conocer sus relaciones a través del empleo de diferentes procesos numéricos. (Fernández y Baptista, 2015). En el caso de la presente tesis todos los instrumentos empleados son de tipo numérico, por lo cual la presentación de los datos se los realizó a través del empleo de recursos como: frecuencias, tablas cruzadas y comparación de medias aritméticas.

#### 4.3.2. TÉCNICAS

Para lograr obtener resultados objetivos dentro de la investigación, se utilizaron distintas técnicas, las cuales son:

- **Escala.** Este término se suele utilizar para hacer referencia al instrumento elaborado para medir variables no cognitivas: actitudes, intereses, preferencias, opiniones, etc., y se caracterizan porque los sujetos han de responder eligiendo, sobre una escala de categorías graduada y ordenada, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo, no hay respuestas correctas o incorrectas, y la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos. (Saldaña & Urcia, 2010)

- **Cuestionarios.** Un cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Los cuestionarios pueden ser estructurados o no estructurados. (Rocha, 2015). En el caso de la presente tesis se empleó cuestionarios estructurados.

Los cuestionarios estructurados son aquellos que tienen la particularidad que la respuesta del entrevistado es categorizada de forma inmediata ya que se le fuerza al mismo a elegir una categoría definida.

### 4.3.3. INSTRUMENTOS

En el siguiente cuadro se expone de manera sintética todos los métodos, técnicas e instrumentos empleados en esta tesis.

VARIABLES	MÉTODOS	TÉNICAS	INSTRUMENTOS
Índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte	Test psicológico estandarizado	Cuestionario	Cuestionario para medir el índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte de Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron, (2009a).
Motivación	Test psicológico estandarizado	Cuestionario	Cuestionario para medir el perfil motivacional de John Sudarsky y Jorge Cleves
Autoconcepto	Test psicológico estandarizado	Escala	Escala de autoconcepto. Tennessee Self Concept Scale- (Fitts, 1965, 1972) adaptado por Garanto (1984)
Salud mental	Test psicológico estandarizado	Cuestionario	Cuestionario de Salud Mental General (GHQ-28) de Goldberg y Hillier y (1979); adaptada por Lobo y col. (1986).

La ficha técnica de todos los instrumentos empleados en esta investigación se la presenta a continuación:

## **1.- Cuestionario para medir el índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte**

**Autores.** Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron (2009a).

**Objetivo.** Mide los hábitos físico-deportivos y de salud y variables asociadas.

**Técnica.** Cuestionario.

**Historia de creación y baremación.** Este cuestionario fue creado por el grupo de investigación “Actividad físico-deportiva y calidad de vida” de la Universidad de Murcia y utilizado en el proyecto de investigación “Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos”, que ha sido subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia dentro del Plan Nacional de I+D+I (2004-2007) “Acción Estratégica: Deporte y Actividad Física” Práctica de la Actividad Física y el Deporte. Es un proyecto coordinado entre la Universidad de Murcia “Contraste de las actitudes, hábitos de salud y estilos de vida de la población adulta ante la actividad física y el deporte”.

**Confiabilidad y validez.** La fiabilidad del cuestionario, estudio que es realizado con una muestra (N=174) de edad heterogénea, de adolescentes, jóvenes y adultos, muestra un valor de alpha de 0.8469. Posteriores experiencias demostraron su consistencia interna y fiabilidad, mediante el procedimiento de test-retest desde .62 a .80, con un periodo de diferencia entre dos y tres meses. Según un estudio realizado en la Universidad de Murcia sobre la fiabilidad, mostró unos coeficientes alfa de Cronbach entre 0.61 y 0.72 en el total de la muestra.

**Procedimiento de aplicación y calificación.** El cuestionario original cuenta con 62 ítems, distribuidos a lo largo de 7 áreas. Posteriores versiones redujeron el número de ítems a 20 (es la versión que se emplea en esta tesis) subdividida en dos apartados. No existe una escala uniforme, sino que esta puede variar según los ítems. La mayoría de los ítems emplean escalas descriptivas y de intervalo; hay muy pocos que obedecen a escalas de razón o cociente. Los ítems referidos al número de horas y número de días de práctica deportiva tienen la función de valorar el índice de esta actividad; los restantes miden los factores asociados al índice de práctica deportiva. Exceptuando el índice de práctica deportiva, el cuestionario no arroja un puntaje total, sino que tiene una naturaleza descriptiva y los resultados deben ser presentados en dimensiones separadas.

El índice de práctica deportiva se presenta en base a la siguiente escala:

La escala surge de promediar los días y horas de práctica deportiva al mes:

1. Nunca (0 horas y días)
2. Escasa (1 – 2 días; 1 – 4 horas)
3. Regular (3 – 6 días; 5 – 12 horas)
4. Considerable (7 a más días; 13 a más horas)

## **2.- Cuestionario para medir el perfil motivacional.**

**Autores.** John Sudarsky y Jorge Cleves (1976).

**Objetivo.** Mide el perfil motivacional desde la perspectiva de la teoría de David McClelland.

**Técnica.** Cuestionario.

**Historia de creación y baremación.** El cuestionario fue creado por John Sudarsky y Jorge Cleves en la Universidad de Los Andes, de Colombia, patrocinado por la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. El mismo surge como una alternativa de medición de la motivación, diferente a las ya conocidas en el ámbito científico, como la jerarquía de las motivaciones de Maslow (1943) y la teoría de motivación e higiene de Herzberg (1959). Se basa en la teoría de las motivaciones sociales de McClelland y Atkinson (1958). Abarca tres áreas: las motivaciones sociales de: logro, poder y afiliación.

**Confiabilidad y validez.** La metodología usada para probar la validez interna fue la de probar que existía una correlación entre el ítem (respuesta asociada a cada motivación) y 1 dimensión (la motivación particular). Para esto se utilizó una correlación biserial Rpbiss Magnusson, obteniéndose un índice promedio de 0.62.

La fiabilidad del cuestionario se la midió mediante una muestra (N=420) de edad heterogénea, de adolescentes, jóvenes y adultos, muestra un valor de alpha de Cronbach de 0.854. Posteriores experiencias demostraron su consistencia interna y fiabilidad, mediante el procedimiento de test-retest desde .62 a .80, con un periodo de diferencia seis meses, en la universidad de Cali, Colombia.

**Procedimiento de aplicación y calificación.** El cuestionario original cuenta con 61 ítems, clasificados en base a las tres dimensiones de motivación de McClelland: afiliación, poder y logro. El cuestionario se presenta en dos versiones, una masculina y otra femenina. Cada ítem cuenta con tres opciones de respuesta, las cuales varían la una de la otra según el contenido de la pregunta.

Los puntajes parciales de cada ítem se suman y su total se ubica en la siguiente tabla:

		Logro	Poder	Afiliación
1	Muy bajo	0 – 13	0 – 5	0 – 13
2	Bajo	14 – 16	6 - 9	14 – 16
3	Medio	17 – 18	10 – 11	17 – 19
4	Alto	19 – 22	12 – 14	20 – 23
5	Muy alto	23 y más	15 y más	24 y más

### 3.- Escala de autoconcepto. Tennessee Self Concept Scale Cuestionario

**Autor:** Fitts W.H. (1972) y adaptada por Garanto (1984).

**Objetivo.** Mide el autoconcepto.

**Técnica.** Escala.

**Historia de creación y baremación.** La escala de autoconcepto Tennessee Self Concept Scale fue creada por Fitts.W.H. (1972) y adaptada a población española por Garanto (1984), (libros citados por Iñiguez Fuentes, 2016). El autoconcepto se estructura en cinco factores externos:

- 1 El sí mismo físico hace referencia al punto de vista que el individuo tiene sobre su cuerpo, como son el estado de salud, el aspecto físico y sexualidad.
- 2 El sí mismo moral-ético, el cual indica la autopercepción de su fuerza moral, así como sus creencias religiosas.
- 3 El sí mismo personal, se refiere a la autopercepción de sus valores interiores.
- 4 El sí mismo familiar, el cual señala el sentimiento de valoración e importancia que la persona tiene como miembro de su familia.
- 5 El sí mismo social, evalúa la relación del individuo con los otros de su entorno, así como su sentido y su capacidad de adaptación e interacción.

Garanto (1984) señala también tres factores internos: el autoconcepto, referido a la dimensión cognitiva, la autoestima referida a la dimensión afectiva y el auto comportamiento que señala la dimensión conductual.

**Confiabilidad y validez.** La fiabilidad del cuestionario, estudio que es realizado con una muestra (N=174) de edad heterogénea, de adolescentes y jóvenes, muestra un valor de alpha de 0.8469. El autor del instrumento mostró su consistencia interna y fiabilidad, mediante el procedimiento de test-retest desde .62 a .80, con un periodo de diferencia entre dos y tres meses. Los análisis factoriales afirman la estructura independiente de las subescalas del constructo. Según estudio realizado por Garanto sobre la fiabilidad, mostró unos coeficientes alfa de Cronbach entre 0.56 y 0.70 en el total de la muestra.

Estudios posteriores de Garanto y col. apoyan la validez del instrumento en relación a otros constructos psicológicos, validando además la perspectiva multidimensional del autoconcepto, ya que en cada subescala se perfiló un patrón correlacional.

**Procedimiento de aplicación y calificación.** Dicha escala consta de 100 ítems con cinco respuestas cada ítem, que va desde completamente falsa, hasta completamente verdadera. Estos ítems se agrupan en 5 Factores externos: Autoconcepto físico, Autoconcepto Moral-ético, Autoconcepto personal, Autoconcepto familiar y Autoconcepto social y en 3 Factores internos: Autoconcepto (aspecto cognitivo), Autoestima (aspecto afectivo) y Auto comportamiento (aspecto conductual).

Al finalizar la aplicación del test se suman los puntajes de cada ítem y se los transforma a una escala percentilar. Posteriormente dichos puntajes son ubicados en la siguiente escala.

Escala:

- 1.- Muy desfavorable
- 2.- Desfavorable.
- 3.- Término medio
- 4.- Favorable.
- 5.- Muy favorable.

#### **4.- Cuestionario de Salud Mental General (GHQ-28) de Goldberg y Hillier**

**Autores:** David Goldberg y Hillier (1979); adaptada por Lobo y col en 1986.

**Objetivo:** Evalúa la salud mental general de los individuos.

**Técnica:** Cuestionario.

**Historia de creación y baremación:** El General Health Questionnaire (GHQ) original fue elaborado por David Goldberg en 1972, con el objetivo de identificar el nivel de salud psicológica general. Inicialmente estaba formado por 93 ítems y, posteriormente, en 1979 Goldberg y Hillier diseñaron el GHQ-28, esta versión ha sido la más utilizada, y fue adaptada por Lobo y col en 1986, para la población española. Esta versión de 28 ítems es la que se emplea en esta tesis. El GHQ-28 no persigue establecer un diagnóstico clínico, sino detectar el estado general de salud mental, o bienestar, mediante la sintomatología presente en las dos últimas semanas. Evalúa la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de bienestar. Ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de screening, como estimador de la salud mental en la población general.

**Confiabilidad y validez:** Numerosos estudios en diferentes poblaciones han mostrado los excelentes niveles de confiabilidad y validez del GHQ-28, que garantizan su empleo en investigaciones transculturales. De hecho, tras realizar 51 estudios, Goldberg y Hillier concluyeron que el GHQ-28 es una medida aceptable que puede emplearse con distintos grupos étnicos, ya que el coeficiente alpha promedio del GHQ-28 global fue de 0.83. En relación a su validez convergente, se ha comprobado que las puntuaciones del GHQ-28 auto informadas por los sujetos correlacionan positiva y significativamente con las valoraciones de adultos cercanos, como madres adoptivas, trabajadores sociales y terapeutas relativas a la salud psicológica general de los individuos. Se han observado ciertas diferencias de género en las respuestas a las distintas escalas o dimensiones del GHQ-28: los hombres parecen puntuar más alto en disfunción social, mientras las mujeres lo hacen en depresión severa, algo esperable en función de la literatura reciente del ámbito de la Psicología Clínica.

**Procedimiento de aplicación y calificación:** Está formado por 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión). Las respuestas se presentan en una escala tipo

Likert con 4 opciones posibles. Es un instrumento muy versátil y de fácil comprensión, por los diferentes grupos poblacionales independiente de su cultura, nivel económico y social.

Los ítems redactados en negativo deben ser invertidos. Al final los resultados, por área y globales, se expresan en base a esta escala, la cual refleja el grado de salud psicológica general del individuo:

	GRADO	SUB TOTALES
1	Salud mental baja	7 – 11 puntos.
2	Salud mental medianamente baja	12 – 17 puntos.
3	Salud mental medianamente alta	18 – 23 puntos.
4	Salud mental alta	24 – 28 puntos.

Para construir la escala de salud general se suman los promedios de las cuatro subescalas

#### 4.4. PROCEDIMIENTO

Las etapas por las que atravesó la presente tesis fueron las siguientes:

**Revisión bibliográfica:** Esta fase consistió en la exploración bibliográfica relacionada con la búsqueda y obtención de información acerca de la investigación que ayudó a fundamentar la tesis.

**Selección de los instrumentos.** La batería de test seleccionada para el cumplimiento de los objetivos es la siguiente:

- a) Cuestionario para medir el índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte de Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron (2009a).
- b) Cuestionario para medir el perfil motivacional de John Sudarsky y Jorge Cleves.
- c) Escala de autoconcepto. Tennessee Self Concept Scale- (Fitts, 1965, 1972) adaptado por Garanto (1984).
- d) Cuestionario de Salud Mental General (GHQ-28) de Goldberg y Hillier y (1979); adaptada por Lobo y col. (1986).
- e)

**Prueba piloto:** En esta etapase realizó la aplicación de los instrumentos a una muestra reducida, con el fin de verificar si los mismos son pertinentes para el cumplimiento de los objetivos.

**Selección de la muestra.** En esta etapa se procedió a la selección de cada una de las personas participantes en la investigación mediante un procedimiento de muestreo intencional. Esto se lo realizó tomando como criterio fundamental la predisposición de las personas adultas de participar en la investigación.

**Recojo de la información.** En esta etapa se aplicó los instrumentos de manera virtual. A las personas adultas que aceptaron colaborar con la investigación y que se adecuaban a las características descritas en las variables de selección, se les envió los instrumentos de manera digital y también se recibió las respuestas de la misma manera. Los datos se los almacenó en una matriz electrónica, la misma que luego se empleó para su posterior tabulación y cálculo de los estadísticos fundamentales.

**Procesamiento de la información.** Una vez obtenidos los resultados, se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica. Se realizó los cálculos estadísticos básicos, como ser: frecuencias, porcentajes, medias aritméticas y cruzados de variables.

**Redacción del informe final.** Al momento de concluir la investigación se procedió a la redacción del informe final donde se expone, en primera instancia, todos los datos obtenidos, ordenados mediante una serie de cuadros. Asimismo, se hace un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, interpretándolos desde el punto de vista de las corrientes psicológicas adoptadas y que tienen estrecha relación con cada uno de los instrumentos empleados. Este capítulo culmina con el análisis de las hipótesis (aceptación o rechazo), las conclusiones y las recomendaciones.

**CAPÍTULO V.**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE**  
**LOS RESULTADOS**

## 5. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta toda la información que surgió como producto de la aplicación de la batería de tests a la muestra seleccionada para el efecto. Dicha información se la expone mediante diferentes cuadros y gráficas, los cuales son interpretados en base a la teoría presentada en el marco teórico. Al final del mencionado capítulo se realiza el análisis de las hipótesis para proceder a su aceptación o rechazo.

En primera instancia se presentan las características de la muestra según las diferentes variables sociodemográficas.

**CUADRO 1. EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30 - 40 años	46	51,1
41 - 50 años	29	32,2
51 - 60 años	15	16,7
Total	90	100,0

**CUADRO 2. NIVEL EDUCATIVO**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bachiller / universitario	41	45,6
Técnico medio	22	24,4
Licenciatura / posgrado	27	30,0
Total	90	100,0

### 5.1. OBJETIVO 1. EVALUAR EL ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA

Para cumplir con lo establecido en el objetivo uno se empleó el cuestionario para medir el índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte de Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron, (2009). Dicho cuestionario evalúa el índice de práctica deportiva valiéndose de dos criterios fundamentales: el número de días y el número de horas en las que la persona realiza algún tipo de práctica deportiva.

### CUADRO 3. DÍAS AL MES DE PRÁCTICA DEPORTIVA

Días	Frecuencia	Porcentaje
0 días	37	41,1
1 - 2 días	23	25,6
3 - 4 días	21	23,3
5 - 6 días	7	7,8
7 a más días	2	2,2
Total	90	100,0

En el cuestionario original para medir el índice de actividad físico / deportiva de Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron, (2009), se mide dicha actividad física en días a la semana y horas a la semana.

Según la información proporcionada por el cuadro 3, se puede evidenciar que el 41.1% de los adultos que respondieron al cuestionario, indican no hacer nunca deporte (0 días). El restante 58.9% de la muestra se distribuye en las demás categorías. Se puede observar que el 25.6% hace uno o dos días de deporte al mes y el 23.3% tiene algún tipo de actividad física 3 o 4 días al mes. Las dos últimas categorías (5-6 y 7 a más días) sólo suman el 10% de la muestra.

En vista que el mayor porcentaje de la muestra (41.1%) tiene una vida sedentaria, procedimos a realizar una investigación bibliográfica al respecto para poder comparar e interpretar los datos hallados en esta tesis.

El panorama mundial se caracteriza por un creciente y alarmante aumento del sedentarismo en la edad adulta (y en otras edades). Recientes estudios señalan al sedentarismo como un factor que acompaña el aumento de las enfermedades crónicas más frecuentes, como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, entre otras. En el contexto latinoamericano se hallan cifras bastante preocupantes que estiman que más de un cuarto de la población mayor a los 14 años no practica una actividad física o deporte.

Uno de los estudios más reciente, realizado en Argentina, encontró que aproximadamente el 60% de los varones y el 75% de las mujeres de entre 25 y 70 años no realizan actividad física regularmente (Argentina en movimiento, 2000). Este estudio plantea, así mismo, que aquellos que participan lo hacen con una frecuencia o dosificación inadecuada. En este mismo sentido el documento argumenta que el estilo de vida sedentario no sólo atenta contra la calidad de vida de la población, provocando la aparición de enfermedades, sino que, además, tiene un alto costo económico para el país. Un 20% del presupuesto destinado a los organismos y entidades relacionadas a la salud, podría ser evitado si se lograra cambiar este estado de situación, con programas y proyectos que favorezcan el desarrollo de dichas actividades.

*“Esta situación es similar en otro de los países de América del sur, Chile, en donde un estudio difundido por la Clínica Alemana, Santiago de Chile, encontró que el 88.8% de los hombres y el 93.3% de las mujeres pueden ser catalogadas como sedentarios (no se especifica estratos de edad en este estudio). Otros estudios describen la prevalencia del sedentarismo en Israel. Los resultados son expuestos de acuerdo a una escala que va desde la total inactividad física hasta una alta intensidad: personas sedentarias, 48.2%; con actividad física leve, 23.2%; con niveles medios de actividad física, 19.6%; con altos niveles de actividad física, 8%; y muy altos niveles de actividad, 1.1%”.* (Ramírez et al., 2004, p. 68)

Al compararse los datos de sedentarismo obtenidos por esta tesis, con la información proporcionada por otros estudios, se puede concluir que los adultos de la ciudad de Tarija tienen más actividad físico – deportiva que los adultos de otros países latinoamericanos y de otros continentes.

El 10% de la muestra hace deporte 5 a más días a la semana. El deporte en adultos optimiza el funcionamiento del cerebro, mejorando la oxigenación permitiendo

mayor velocidad en las conexiones sinápticas. Los adultos que hacen deporte tienen mayores capacidades atencionales que los sedentarios; en los electroencefalogramas se detecta mayor actividad en las cortezas prefrontal y parietal, especialmente en las zonas relacionadas con la selección espacial y el funcionamiento del pensamiento. (Kastenbaum, 2010).

#### **CUADRO 4. HORAS AL MES DE PRÁCTICA DEPORTIVA**

Horas	Frecuencia	Porcentaje
0 horas	37	41,1
1 - 4 horas	29	32,2
5 - 8 horas	17	18,9
9 - 12 horas	5	5,6
13 a más horas	2	2,2
Total	90	100,0

En el cuadro 4 se puede apreciar que, de las personas que indicaron que realizan algún tipo de deporte, el 32.2% lo hace entre 1 y 4 horas al mes y, el 18.9%, entre 5 y 8 horas. Lo frecuente es que estas personas realicen actividad deportiva los fines de semana. Como son personas que trabajan y tienen familia, no siempre lo hacen todos los fines de semana, sino que practican algo de deporte cada 15 días o cada tres semanas, aproximadamente. Sólo el 7.8% (5.6+2.2) de la muestra hace deporte 9 o más horas a la semana.

La bibliografía consultada, no sólo corrobora los datos obtenidos en esta tesis, sino que añade que se ha encontrado una estrecha correlación entre la práctica deportiva y una serie de variables psicológicas.

Los programas de ejercicio físico se asocian a aumentos significativos en autoestima, particularmente en individuos con autoconcepto bajo (Sonstroem, 1997). Sin embargo, estos aumentos no se asocian a mejoras de la actitud (estados de ánimo). Gruber (1986) encontró que los niveles altos de autoestima estaban asociados a la participación en programas de la educación física, con lo que concluye que la actividad

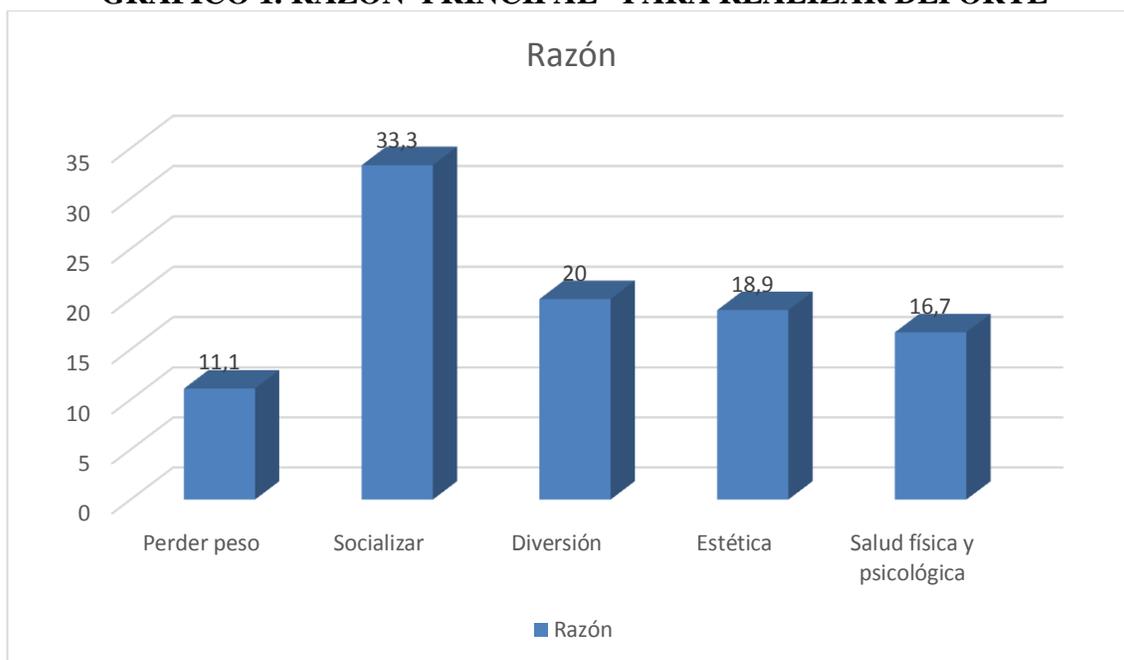
física es un protector importante para aquellas personas que tienen un autoconcepto bastante bajo. La práctica de un deporte aeróbico en sesiones superiores a los treinta minutos tendría repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes que presentan problemas de ansiedad. Según el mismo autor, el Instituto Nacional Americano de la salud mental, indicó que el ejercicio reduce ansiedad, disminuye la depresión moderada, mejora el bienestar emocional, y aumenta la energía.

Los estudios de encontraron que en las mujeres que asistían a tratamiento psicológico y que presentaban síntomas depresivos, un programa de seis semanas de terapia a partir de ejercicio físico disminuía dichos síntomas. Desde hace bastante tiempo se presumía que la actividad física podría tener relación con una mejoría de los procesos cognitivos que tienen su origen en el cerebro, pero gracias a una serie de estudios desarrollados por la Universidad de Illinois, en los Estados Unidos, esta suposición terminó siendo una comprobación empírica que arrojó como resultado que, efectivamente, a mayor actividad aeróbica, menor degeneración neuronal. (Neeper et alt., 1996).

#### **CUADRO 5. RAZÓN PRINCIPAL PARA REALIZAR DEPORTE**

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Perder peso	10	11,1
Socializar	30	33,3
Diversión	18	20,0
Estética	17	18,9
Salud física y psicológica	15	16,7
Total	90	100,0

**GRAFICO 1. RAZON PRINCIPAL PARA REALIZAR DEPORTE**



En base a la información proporcionada por el cuadro 5 se puede indicar que la razón principal para realizar deporte por los adultos de la ciudad de Tarija, es para socializar. El 33.3% de los adultos que indicaron que hacen algún tipo de deporte, dijo que el motivo principal es para compartir con los amigos un rato agradable. Le sigue el 20% que indicó que la principal razón es la diversión.

Los datos obtenidos por esta tesis no coinciden con la información recabada de otras investigaciones similares. Por ejemplo, Ureña Bonilla (2015), encontró esta jerarquía de motivos para realizar deporte: en primer lugar, aparece el motivo salud, le sigue socializar, mejorar la capacidad de rendimiento y diversión. Por su parte, Fernández & Anaya (2011) encontraron esta jerarquía de motivos: Salud, socialización y diversión. Idéntica jerarquía encontró Reynaga-Estrada (2017).

En base a la anterior información se puede concluir que los adultos de la ciudad de Tarija principalmente realizan deporte para socializar con los amigos (la razón “salud” aparece en cuarto lugar), mientras que, en las investigaciones realizadas en otros

países, los adultos que realizan deporte sobre todo lo hacen por motivos de salud. El adulto tarijeño cuando hace deporte, su motivación principal es para compartir con los amigos. En la mayoría de ellos el deporte no tiene valor en sí mismo, sino que es un medio para pasar un rato agradable con los compañeros de trabajo y, también, excompañeros de colegio. Es frecuente que después del deporte, ya sea para festejar el triunfo o para lamentarse de la derrota, acudan a un kiosco o restaurante para compartir algunos alimentos y bebida. A diferencia de Europa, donde el deporte es más “*una actividad solitaria, o de pareja, y tiene valor en sí mismo, ya sea por prescripción médica o para preservar la salud*”. (Reynaga-Estrada, 2017, p. 51)

**CUADRO 6. ¿EL DEPORTE PRACTICADO ES INDIVIDUAL O GRUPAL?**

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Individual	30	33,3
Grupal	60	66,7
Total	90	100,0

El 66.7% de los adultos de la ciudad que practican deporte es de tipo grupal. Este dato es concordante con la información del cuadro 5, donde aparece que la razón principal para realizar deporte es compartir con los amigos. Sin embargo, hay que aclarar que muchas de las personas que indicaron que realizan deporte grupal se refiere que lo practican en pareja (cónyuge o amigo), no necesariamente en un grupo grande o equipo. La mayoría de los que dijeron que practican deporte grupal comentaron que hacer deporte con amigos es más divertido, que se siente menos el esfuerzo y que el compromiso establecido con los amigos motiva a hacer deporte y no fallar.

Hacer deporte en grupo es bueno para la salud. Compartir una actividad con amigos hace aumentar la cantidad de dopamina y endorfinas, por eso, aumenta la sensación de bienestar y se reduce la de dolor. Sin embargo, el número de amigos influye y, sobre esto, es mejor calidad que cantidad. Es mejor tener pocos amigos y que estén en los buenos y malos momentos, que tener muchos y que no podamos contar con ellos para ningún momento o solo para los buenos. Los beneficios de compartir

actividades en grupo sobre todo son evidentes cuando las personas entre sí se conocen y guardan buenas relaciones. Tanto en los buenos como en los malos momentos, la amistad ayuda a mantener una actitud más positiva ante la vida y las adversidades, reduce la posibilidad de depresión, mejora la confianza en uno mismo y la autoestima, minimiza el riesgo de demencia y de enfermedades mentales y, en los entornos laborales, favorece una mejor actitud en el trabajo. (Kastenbaum, 2010)

**CUADRO 7. TIPO DE DEPORTE QUE PRACTICA PRINCIPALMENTE**

Deporte	Frecuencia	Porcentaje
Fútbol	22	24,4
Básquet	10	11,1
Waley / Boley	14	15,6
Gimnasio	18	20,0
Marcha / Trote / Bicicleta	24	26,7
Deportes de contacto	2	2,2
Total	90	100,0

En el cuadro 7 se puede observar que el 26% de los adultos que realizan deporte practican la marcha o caminata; unos cuantos dijeron que a veces trotan o que combinan ambas cosas, es decir, trotan un trecho y caminan otro tanto. Menos aún son los que, en esta categoría, dijeron que a veces salen en bicicleta. La mayor parte de los que eligieron esta modalidad practican esta actividad deportiva con la pareja (esposo o esposa), otros dijeron con un amigo(a), así como con un familiar.

Un considerable sector de la muestra indicó, en primera instancia, que realizan más de una actividad, es decir, a veces salen a caminar, otras veces se reúnen con los amigos a jugar fútbol y otros indicaron que cuando llegan ciertos amigos o familiares juegan Waley. A todos ellos se les pidió que optaran por la actividad que realizan con más frecuencia.

En segundo lugar (24.4%) parece la categoría fútbol, la cual, como se verá más adelante, casi es 100% exclusiva de los varones. Esta es la actividad deportiva colectiva por excelencia.

En tercer lugar (20%) aparece la categoría gimnasio, en la cual predominan las mujeres. Esta categoría no solo se refiere a la asistencia a un gimnasio determinado, sino que también se incluyen aquellas personas que realizan gimnasia en casa, vía on line, frente al espejo o el televisor, que realizan una serie de ejercicios variados, como ser trotar un poco en el patio, hacer algunas flexiones, abdominales, lanzar la pelota de básquet a un aro improvisado, etc.

Hubo dos personas en toda la muestra que indicaron que realizan deportes de contacto. Ambos fueron practicantes de esta disciplina de manera muy regular en la juventud.

No hemos encontrado investigaciones realizadas en otros lugares con personas adultas que indiquen qué tipo de deporte practican. Si existen numerosas investigaciones que reportan la preferencia deportiva en muestras heterogéneas (adultos, jóvenes y niños), en las cuales, predomina la disciplina del fútbol. Por ejemplo, en la investigación realizada en el Municipio de La Paz por el ex Alcalde Revilla, en la cual se determinó que el 53.2% de los varones (niños, jóvenes y adultos) practica el fútbol y el 28.4% de las mujeres practica el voleibol. (Oficialía Mayor de Planificación, 2013)

## **5.2. ESTABLECER LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA**

Para cumplir con el objetivo dos se empleó la segunda parte del cuestionario para medir el índice de actividad físico / deportiva y características personales asociadas al deporte de Ruiz-Juan, García-Montes & Piéron (2009). En dicho instrumento, a través

de una serie de variables, se analiza el grado de incidencia que tienen estos factores personales y sociales en el grado de ejecución de actividades deportivas.

Al haberse puesto de manifiesto en el análisis del objetivo uno que el 41.1% de los adultos de la muestra estudiada no realiza ningún tipo de deporte, se les consultó a todos ellos los motivos para no realizar ninguna actividad físico – deportiva.

### **CUADRO 8. MOTIVOS PARA NO REALIZAR NINGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICO – DEPORTIVA**

**(Datos ordenados jerárquicamente)**

Motivos	Nada (%)	Poco (%)	Bastante (%)	Mucho (%)	Total
Por simple costumbre; en mi entorno nadie lo hace.	3.3	8.9	56.7	31.1	100%
Pereza y desgane; falta de voluntad.	11.1	22.2	28.9	37.8	100%
No me gusta la actividad físico – deportiva.	38.9	34.4	17.8	8.9	100%
No tengo la suficiente destreza o habilidad; el cuerpo no me da.	43.3	31.1	18.9	6.7	100%
Mis padres nunca me incentivaron o no me dejaban.	21.1	53.3	20	5.6	100%
Motivos de salud o lesiones.	61.1	16.7	12.2	10	100%
No hay instalaciones deportivas cerca.	47.8	34.4	17.8		100%
Salgo cansado del trabajo / estudio.	47.8	37.8	14.4		100%
Tengo un trabajo que me mantiene activo físicamente, es suficiente.	67.8	24.4	7.8		100%
No tengo tiempo.	62.2	35.6	2.2		100%
En el lugar donde residio no se ofertan las actividades que me gustaría practicar.	90	10			100%
No le veo utilidad y/o beneficios.	95.6	4.4			100%

En base a los datos del cuadro 8 se puede indicar que la principal razón que dan las personas que no hacen deporte es por costumbre, ya que en su entorno nadie lo hace. Sumando las categorías “bastante” y “mucho” de este motivo hace un total de 87.8%. Los entrevistados comentaron que es difícil hacer deporte cuando los amigos, familiares,

compañeros de trabajo, etc. no realizan ningún deporte. Justificaron esta razón con frases como las siguientes: *“En el grupo nadie quiere hacer algo de deporte”, “cuando nos reunimos sólo se habla de comer y de tomar”, “a veces yo propongo hacer un poco de deporte, pero nadie te apoya”,* etc. En el cuadro 5 se pudo observar que la principal razón para hacer deporte es “socializar”, es decir para compartir con los amigos; en el cuadro 8 se puede apreciar que la principal razón para no hacer deporte también es por cuestiones sociales, es decir, porque los amigos no apoyan. En base a estos dos indicios se puede pensar que los adultos tarijeños regulan en gran medida su conducta por el criterio y consenso grupal.

La segunda razón para no hacer deporte es “pereza y desgane; falta de voluntad”. El 66.7% de los adultos investigados señaló con una frecuencia de “bastante” y “mucho”, como a la simple pereza como el motivo para no hacer deporte. Al respecto se escuchó frases como: *“Siempre digo que iré a hacer deporte el fin de semana, pero cuando llega el momento me da flojera”, “varias veces he prometido hacer un poco de ejercicios, aunque sea de vez en cuando, pero la verdad es que siempre surge un pretexto: que está haciendo frío, que está lloviendo, que hace mucho calor, etc. El asunto es que pasan los años y uno se va acostumbrando a no hacer nada”.*

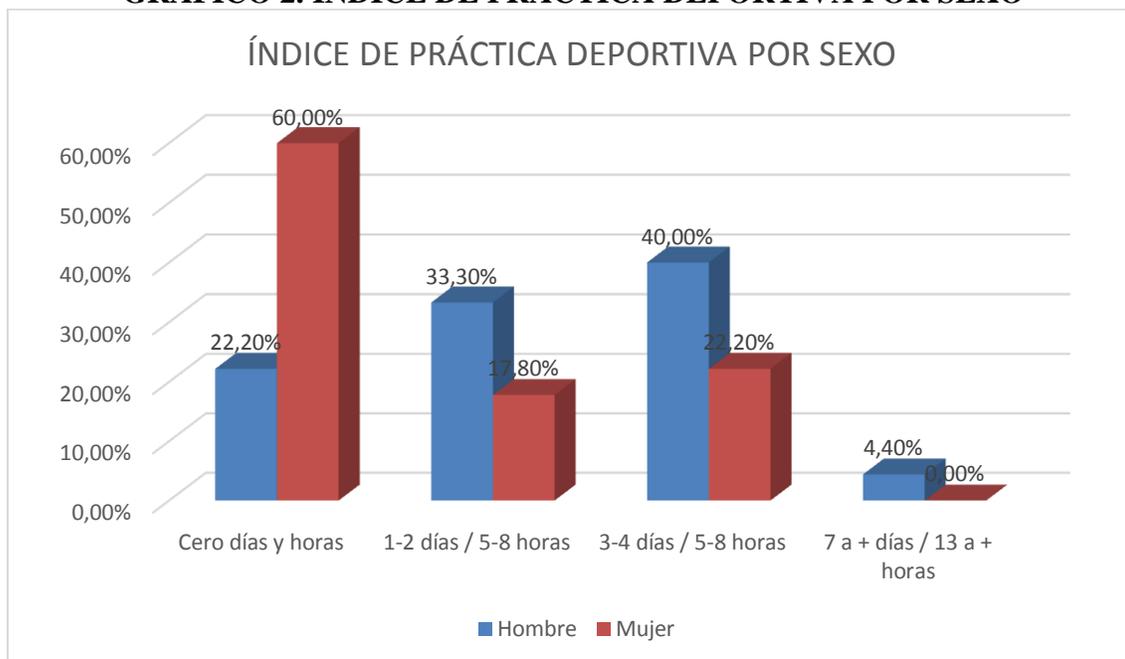
En tercer lugar, aparece la razón “No me gusta la actividad físico – deportiva”. Es considerable la proporción de adultos que indicaron que nunca les gustó el deporte y que en el colegio lo hacían por obligación. Argumentan que a la edad que tienen, por décadas de inactividad, ya no les parece placentero el esfuerzo físico y, aunque reconocen que no es lo mejor, pero indican disfrutar más de las actividades sedentarias.

La razón menos indicada para justificar el por qué no realizan deporte los adultos de la muestra, es la que dice “No le veo utilidad y/o beneficios”. Todos los entrevistados reconocen en alguna medida que el deporte es algo sano y bueno, que debería practicarse con mayor regularidad, pero que, por diferentes razones, personales, culturales, laborales, etc., no pueden hacerlo.

**CUADRO 9. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR SEXO**

Índice	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Cero días y horas	10	27	37
	22,2%	60,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	15	8	23
	33,3%	17,8%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	18	10	28
	40,0%	22,2%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	2	0	2
	4,4%	0,0%	2,2%
Total	45	45	90
	100,0%	100,0%	100,0%

**GRÁFICO 2. INDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR SEXO**



En el cuadro 9 se puede observar que los hombres hacen más deporte que las mujeres. El 60% de las mujeres no hace ningún tipo de actividad deportiva; los hombres el 22.2% indicaron no hacer ningún tipo de deporte, casi la tercera parte de las mujeres. En todas las categorías predominan los varones, por ejemplo, las dos personas que hacen

7 a más días de deporte al mes, son varones. Casi el doble de los varones hace deporte 3 a 4 días al mes. En las diferentes investigaciones consultadas, en todas ellas los hombres hacen más deporte que las mujeres (Pérez García, 2012).

*“Las frías estadísticas demuestran que el deporte es, sobre todo, cosa de hombres. En un extenso estudio publicado en la revista *Evolutionary Behavioral Sciences*, los psicólogos e investigadores Robert O. Deaner, Shea M. Balish y Michael P. Lombardo recogen varias encuestas que apuntan en esa dirección: ellos duplican la presencia de las mujeres en actividades deportivas, superándolas tanto en frecuencia como en duración, un hecho que se percibe en todas las grandes sociedades contemporáneas. El Instituto DKV buscó averiguar las causas preguntándose a ellas. En la encuesta participaron 3.000 mujeres. De las que no practicaban deporte, la mayoría aseguró que era por falta de motivación o de tiempo. Solo una minoría admitió que le vencía la pereza o la poca fuerza de voluntad. Otro estudio sobre la actitud frente a la actividad física, este de la Universidad del País Vasco, destaca que ellas suelen sentirse menos hábiles en el ejercicio, lo que puede provocarles rechazo. Pero probablemente sea una percepción equivocada. Es cierto también que ellas disfrutaban de menos tiempo libre, según subraya un informe del CIS publicado en mayo: los hombres dedican de media unas dos horas diarias a las tareas domésticas frente a las 3 horas y 50 minutos de las mujeres. Más allá de las circunstancias personales, otros expertos añaden ciertos condicionantes culturales al debate, como la tendencia masculina a utilizar el deporte como una manera de sociabilizar y adquirir mayor estatus, incluso como una herramienta para el cortejo al mejorar su imagen ante la pareja”.* (De Lucas, 2017, pág. única)

**CUADRO 10. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR EDAD**

Índice	Edad			Total
	30 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	
Cero días y horas	12	13	12	37
	26,1%	44,8%	80,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	14	6	3	23
	30,4%	20,7%	20,0%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	18	10	0	28
	39,1%	34,5%	0,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	2	0	0	2
	4,3%	0,0%	0,0%	2,2%
Total	46	29	15	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como es de suponer, en el cuadro 10, se informa que las personas de mayor edad hacen menos deporte que las personas de menor edad. Por ejemplo, el 80% de los adultos de 51 a 60 años dijeron no hacer ningún tipo de deporte. En cambio, los adultos de 30 a 40 años sólo el 26.1%, casi la cuarta parte del anterior grupo, no hace ningún deporte. De la misma manera, las personas que hacen más horas y días de deporte al mes, son las que se encuentran en el intervalo de 30 a 40 años.

Esta relación es esperable pues, debido al aumento de los años, el cuerpo va debilitándose de manera natural y la actividad deportiva se vuelve una labor más pesada y requiere mayor fuerza de voluntad y persistencia. Los investigadores de la OMS examinaron datos referidos por 1.9 millones de personas en 358 encuestas de población en 168 países y publicaron en la revista científica *The Lancet Global Health* que el nivel de actividad física va descendiendo gradualmente con la edad: Los niños de 5 – 18 años hacen en promedio 60 minutos de actividad física por día; los adultos de 19 a 64 años disminuyen a 150 minutos de actividad física moderada por semana y, los adultos mayores de 65 años solo realizan 150 minutos de actividad física suave por semana. (BBC News Mundo, 2018)

**CUADRO 11. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR NIVEL EDUCATIVO  
Y EDAD**

EDAD	ÍNDICE	Nivel educativo agrupado			Total
		Bachiller / universitario	Técnico medio	Licenciatura / posgrado	
30-40 AÑOS	Cero días y horas	9	4	6	19
		50,0%	33,3%	37,5%	41,3%
	1-2 días / 5-8 horas	3	5	3	11
		16,7%	41,7%	18,8%	23,9%
	3-4 días / 5-8 horas	4	3	7	14
		22,2%	25,0%	43,8%	30,4%
	7 a + días / 13 a + horas	2	0	0	2
11,1%		0,0%	0,0%	4,3%	
Total	18	12	16	46	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
41-50 AÑOS	Cero días y horas	6	2	2	10
		37,5%	40,0%	25,0%	34,5%
	1-2 días / 5-8 horas	5	2	2	9
		31,3%	40,0%	25,0%	31,0%
	3-4 días / 5-8 horas	5	1	4	10
		31,3%	20,0%	50,0%	34,5%
Total	16	5	8	29	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
51-60 AÑOS	Cero días y horas	5	2	1	8
		71,4%	40,0%	33,3%	53,3%
	1-2 días / 5-8 horas	2	1	0	3
		28,6%	20,0%	0,0%	20,0%
	3-4 días / 5-8 horas	0	2	2	4
		0,0%	40,0%	66,7%	26,7%
Total	7	5	3	15	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el cuadro 11 se analiza el índice de práctica deportiva por nivel educativo y edad. El mencionado cuadro está constituido por tres áreas, en las cuales se analiza por separado a los adultos de 30-40 años, a los de 40-50 y a los de 50-60 años. Se ha seguido

este procedimiento pues en el cuadro 10 se ha evidenciado que los adultos de mayor edad hacen menos deporte que los de menor edad y, precisamente, son los de mayor edad los que tienen mayor nivel educativo. Para evitar la influencia de la edad y solo analizar la incidencia del nivel educativo, se ha visto por conveniente separar primeramente la muestra por edad y luego analizar la incidencia del nivel académico.

En base a la información del cuadro 11 se puede indicar que las personas de mayor nivel educativo son las que tienen el mayor grado de actividad deportiva, pues en los tres estratos por edad, los adultos con un nivel educativo de licenciatura y posgrado son los que tienen el menor porcentaje de inactividad (0 días y horas de deporte). Otro dato interesante es que a medida que asciende la edad, también se amplía la brecha de cantidad de actividad deportiva entre los bachilleres y los adultos de nivel licenciatura. Entre los adultos de 51 a 60 años, más del doble de los bachilleres (en relación a los licenciados) no hacen ningún tipo de deporte. Quizás el mayor nivel cultural de los adultos con formación a nivel licenciatura sea el responsable de que valoren más la actividad deportiva y la vida sana.

En todas las investigaciones revisadas, las personas (de todas las edades) de mayor nivel socioeducativo, practican más deporte. Particularmente este hecho es más destacable en los deportes de élite, donde el acceso demanda mayores recursos económicos. Esta diferencia se va ampliando con la edad, pues a medida que pasan los años, las personas de mayor nivel educativo realizan más ejercicios físicos, en comparación con sus pares de menor nivel socioeducativo. (Farinola et al., 2018)

*“En Chile, los resultados de la última encuesta nacional de salud señalan que un 35,1% de los chilenos son físicamente inactivos. En este contexto, cabe preguntarse, ¿qué factores podrían influir en los niveles de AF de la población chilena? Se ha demostrado que factores sociodemográficos se asocian a importantes diferencias en los niveles de AF en población adulta, destacando el nivel socioeconómico, el sexo, la edad, el estado*

*civil, así como también el nivel educacional. Sin embargo, estudios recientes han indicado que personas con un nivel bajo de escolaridad presentan una menor adherencia a conductas saludables y estilos de vida saludable, lo cual aumentaría el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y el riesgo de mortalidad prematura en personas con bajos niveles de escolaridad o nivel socio-económico”. (Celis – Morales, 2020, pág. única)*

En otra investigación se pudo establecer que el nivel educativo y socioeconómico de los padres influye también en la práctica deportiva de los hijos, pues a mayor nivel socio educativo de los padres, mayor práctica deportiva de los hijos:

*“Los datos encontrados en nuestro estudio indicaron, en primer lugar, que la cualificación profesional de los padres (ambos) influía significativamente en el acceso a la práctica física de los adolescentes, lo que coincide con lo postulado por autores como García Ferrando (1990) o Blasco (1994). Que los padres (ambos) tuvieran profesiones de mayor cualificación coincidía con una frecuencia más alta de práctica en los adolescentes, menos en el caso de las madres sobre los hijos varones, que, aunque aumentaba al pasar de una cualificación baja a media, volvía a bajar cuando lo hacía de media a alta. Sin embargo, en general, podemos aceptar afirmaciones como las de Cantón y Sánchez (1997) que señalaban como el nivel socioeconómico influía. Una mayor formación puede llevar, bajo nuestro punto de vista, a percibir aspectos como los estilos de vida desde un prisma diferente, otorgándole más importancia y valor. Pensamos que puede existir una mayor facilidad de acceso a ciertos deportes si las posibilidades económicas son favorables, dado que se requiere, en muchas ocasiones, de material, pago de cuotas en un club, etc., para poder desarrollarlas. En cierta medida, aquellas familias con un nivel socio-económico superior suelen tener mejor satisfechas las necesidades básicas para la vida. Debido a esto, creemos que disfrutaban de mejores circunstancias para acceder o contemplar posibilidades en*

*sus vidas relativas al ocio, lo que genera, por consiguiente, mayores índices de práctica física en sus hijos”.* (Reigal, 2010, pág. única)

**CUADRO 12. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR TIPO DE TRABAJO**

Índice	Tipo de trabajo				Total
	No trabaja	Asalariado	Independiente	Mixto	
Cero días y horas	6	11	15	5	37
	46,2%	40,7%	46,9%	27,8%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	5	7	7	4	23
	38,5%	25,9%	21,9%	22,2%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	2	7	10	9	28
	15,4%	25,9%	31,3%	50,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	2	0	0	2
	0,0%	7,4%	0,0%	0,0%	2,2%
Total	13	27	32	18	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según el cuadro 12, las personas que no trabajan y que supuestamente disponen de más tiempo libre, no son las que realizan más deporte. Por ejemplo, las 2 personas que realizan más de 13 horas de deporte al mes son asalariados. Sólo el 15.4% de los que no trabajan hacen 5-8 horas al mes de deporte, en comparación con el 25.9%, el 31.3% y 50% de los que sí trabajan. Según esta línea de porcentajes, los que trabajan hacen considerablemente más deporte que los que no trabajan. Si se analiza la franja de las personas que no hacen deporte nunca, se puede observar que los mayores porcentajes recaen en el grupo de los que no trabajan y de los independientes. En cambio, los trabajadores mixtos (que son salarios y que a su vez tienen un trabajo propio) son los que tienen menor porcentaje de inactividad: apenas 27.8% en relación a los otros subgrupos que superan el 40%.

Los datos del cuadro 12 contradicen la suposición que los adultos que hacen deporte son los que tienen poco trabajo y bastante tiempo libre. Al parecer, la relación

entre el trabajo y la actividad deportiva se encuentra en el grado de seguridad laboral y el estatus salarial.

Según las investigaciones realizadas y consultadas al respecto, que han sido corroboradas por los datos recogidos en esta tesis, muchos adultos hacen algo de deporte producto de algún campeonato organizado en su fuente laboral. Un buen porcentaje de trabajadores independientes y obreros consultados indicaron que se ven motivados a hacer deporte con cierta regularidad porque están en la liga gremial. *“Existen multitud de empresas que, conscientes de sus beneficios, proporcionan programas de ejercicio físico para sus trabajadores durante el horario laboral. Los gerentes y directivos de estas compañías lo consideran como una inversión: sus empleados trabajarán así de una forma más activa y motivada, lo que dará importantes beneficios desde el punto de vista organizativo”*. (Randstad, 2016, pág. única)

Las personas que tienen una fuente laboral estable presentan autoestima más elevada y una actitud favorable hacia la vida, por lo cual tienen tiempo y deseos de practicar alguna actividad deportiva para preservar su salud. Las personas desocupadas, con un estatus laboral inestable e insatisfechas con su salario, tienen una actitud negativa hacia la vida y, a pesar que tengan más tiempo libre, no se dedican a actividades sanas y recreativas como el deporte. (Serrá Puyal, 2008)

**CUADRO 13. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR CANTIDAD DE TIEMPO LIBRE DISPONIBLE**

Índice	Tiempo libre disponible				Total
	No tengo tiempo libre	Poco	Regular	Bastante	
Cero días y horas	8	6	16	7	37
	72,7%	23,1%	43,2%	43,8%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	3	9	5	6	23
	27,3%	34,6%	13,5%	37,5%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	0	11	14	3	28
	0,0%	42,3%	37,8%	18,8%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	0	2
	0,0%	0,0%	5,4%	0,0%	2,2%
Total	11	26	37	16	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según la información proporcionada por el cuadro 13, las personas que tienen bastante tiempo libre no son las que hacen más deporte. Las dos personas que hacen más de 7 días de deporte al mes indican tener tiempo libre a un nivel “regular”. De la misma manera entre las personas que hacen entre 3 a 4 días de deporte al mes, el 42.3% dicen tener “poco” tiempo, mientras que los que gozan de “bastante” tiempo sólo hacen deporte en una proporción del 18.8%, es decir menos de la mitad.

Si bien es verdad que el 72.7% de las personas que no hacen nada de deporte son las que indican que no tienen tiempo libre, no es verdad que las que tienen bastante tiempo libre son las menos inactivas, pues el 43.8% de las tienen bastante tiempo libre son totalmente inactivas. En cambio, las que dicen tener “poco” tiempo libre, son las menos inactivas, pues el 23.1% de este grupo indicaron no hacen nunca deporte (casi la mitad de las que tienen bastante tiempo libre).

En conclusión: los adultos más inactivos físicamente son los que dicen no tener tiempo libre, pero los adultos que gozan de la mayor cantidad de tiempo libre no son los más activos físicamente. No se podría decir que, a mayor cantidad de tiempo libre,

mayor actividad deportiva. Al parecer, la relación entre ambas variables está mediada o influida por otros factores, como ser el valor dado al tiempo libre y la actitud hacia la vida. (Pérez García, 2012)

**CUADRO 14. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR ESTADO DE SALUD GENERAL**

Índice	Estado de salud general			Total
	Malo o delicado	Regular	Bueno	
Cero días y horas	10	16	11	37
	62,5%	33,3%	42,3%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	4	14	5	23
	25,0%	29,2%	19,2%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	2	16	10	28
	12,5%	33,3%	38,5%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	2	0	2
	0,0%	4,2%	0,0%	2,2%
Total	16	48	26	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La información del cuadro 14 permite concluir que las personas que tienen un estado de salud general “malo o delicado” son las más inactivas físicamente, pues el 62.5% de ellas no hace deporte nunca. Sin embargo, tampoco se puede decir que los adultos que gozan de buena salud son los más activos físicamente, pues el 42.3% de este grupo no hace deporte nunca. Se observa que el menor porcentaje de inactividad (33.3%) se da en los adultos que indican tener un estado de salud general calificado como “regular”, por ejemplo, los dos adultos que hacen más de 7 días de deporte al mes están incluidos en esta categoría.

Si se analizan los datos de las categorías de los que hacen 1-2 y 3-4 días de deporte al mes, no se aprecia diferencia clara entre los que tienen un estado de salud general “regular” y “bueno”.

El hecho que los que tienen un estado de salud general calificado como “regular” parecen hacer más deporte que los que tienen un estado de salud general “bueno”, podría explicarse porque muchos de los que hacen algo de actividad física con regularidad son los que tienen alguna dolencia (que no les impide realizar deporte) y que por mantener la salud o por prescripción médica (como los obesos) realizan algo de deporte.

Muchos de los que tienen un estado de salud general “bueno” argumentan que no realizan ningún deporte porque se sienten bien y no lo necesitan.

**CUADRO 15. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL DEPORTE**

Índice	Actitud de los padres hacia el deporte				Total
	Me han sobreprotegido / obstaculizado	Me han obligado	Han sido indiferentes o despreocupados	Me han inculcado y apoyado	
Cero días y horas	5	13	19	0	37
	38,5%	59,1%	36,5%	0,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	4	3	15	1	23
	30,8%	13,6%	28,8%	33,3%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	4	6	16	2	28
	30,8%	27,3%	30,8%	66,7%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	0	2
	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	2,2%
Total	13	22	52	3	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La información expuesta en el cuadro 15 permite concluir que los adultos cuyos padres les inculcaron la actividad deportiva y les apoyaron (cuando eras niños y jóvenes), en la actualidad realizan más deporte que los adultos cuyos padres les han sobreprotegido o han sido indiferentes con el deporte. Esta apreciación se cumple en las

categorías de los que realizan 1-2 días y 3-4 días de deporte al mes, pues en ellas se puede ver que los porcentajes más altos (33.3% y 66.7%) corresponde a los adultos cuyos padres les apoyaron e inculcaron el deporte cuando eran niños. Esta relación no se cumple en la categoría más alta (adultos que hacen más de 7 días de deporte al mes), pues las personas que tienen este hábito deportivo tuvieron padres que fueron indiferentes o despreocupados hacia el deporte. Sin embargo, hay que aclarar que en esta categoría solo hay 2 personas, por lo cual el porcentaje global es mínimo en comparación a las otras categorías.

Otra relación que aparece muy clara es que las personas cuyos padres les obligaron a hacer deporte de niños o adolescentes, ahora de adultos, hacen menos deporte que aquellos cuyos padres les motivaron o fueron indiferentes. En las categorías de 1-2 días y 3-4 días de deporte al mes, los que tienen el menor índice de práctica deportiva son aquellos adultos cuyos padres les obligaron a hacer deporte cuando eran niños, pues solo el 13.6% y el 27.3% hace algo de deporte, en comparación con otros adultos a quienes no les obligaron, que en la actualidad hacen algo más de deporte. Al parecer la influencia más perjudicial que ejercen los padres en sus hijos es obligarles a hacer deporte y presentarles esta actividad como un castigo.

En la literatura revisada al respecto se encontró investigaciones que corroboran las dos apreciaciones señaladas en los párrafos anteriores: Las personas que hacen más deporte son aquellas cuyos padres les inculcaron esta actividad con el ejemplo, sin presionarles ni forzarles. Asimismo, otros investigadores observaron que aquellos individuos cuyos padres les obligaron en su infancia a hacer deporte son los que de adultos se apartan en mayor grado de la actividad deportiva.

*“En general, los niños valoran mucho su deporte, hasta tal punto que suele formar parte de la descripción que hacen de sí mismos (e.g., su autoconcepto). Si los padres valoran esa actividad positivamente, estarán favoreciendo el aumento de la autoestima de sus hijos (valoración que*

*hacen de sí mismos). No obstante, como casi todo en la vida, el nivel de implicación ha de ser medio, ya que un exceso puede conllevar problemas de saturación o presión para el deportista. Así, los niños, cuyos padres están continuamente hablando de su deporte, analizando posibles rivales, haciendo regalos de cosas deportivas... en definitiva, centrando su vida en el deporte, pueden sentirse presionados, llegando incluso a abandonar la práctica deportiva". (Montesinos, 2015, pág. única)*

**CUADRO 16. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA POR ACTITUD DE LOS AMIGOS HACIA EL DEPORTE**

Índice	Actitud de los amigos hacia el deporte			Total
	Me insisten y fuerzan a hacer deporte	Son indiferentes o despreocupados	Me inculcan dando el ejemplo	
Cero días y horas	0	37	0	37
	0,0%	42,5%	0,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	0	23	0	23
	0,0%	26,4%	0,0%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	1	27	0	28
	100,0%	31,0%	0,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	100,0%	2,2%
Total	1	87	2	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El cuadro 16 expone los datos relacionados con la influencia que tiene la actitud de los amigos en la práctica deportiva de los adultos investigados. Los datos son sumamente claros: De los 90 adultos evaluados, sólo uno dijo que sus amigos le insisten y fuerzan a hacer deportes. Dos adultos dijeron que sus amigos les inculcan a hacer deporte con el ejemplo. La abrumadora mayoría (87 de entre 90) indicaron que sus amigos son indiferentes y despreocupados hacia el deporte.

El 42.5% de los adultos sedentarios que no hacen ningún tipo de deporte tienen amigos que son indiferentes y no valoran el deporte. Los dos adultos que hacen más de 7 días de deporte al mes tienen amigos que les inculcan la actividad deportiva con el ejemplo.

De la literatura revisada en relación a investigaciones realizada en otros contextos, se pudo evidenciar que los amigos, particularmente en los varones, ejercen una influencia considerable, ya sea positiva (cuando el grupo alienta al deporte) o negativa, cuando los amigos son apáticos e indiferentes al deporte. Los varones son más susceptibles de dejarse influenciar por la manera de pensar y de actuar de los amigos. En cambio, las mujeres son más susceptibles a la influencia de las hermanas o de las amigas íntimas. (Reigal, 2010).

**CUADRO 17. ÍNDICE DE PRÁCTICA EN RELACIÓN A LA PREGUNTA  
¿COMPARATIVAMENTE CON PERSONAS DE SU MISMA EDAD, SEXO Y  
CONDICIÓN GENERAL, ES MÁS O MENOS ACTIVO FÍSICAMENTE?**

Índice	Comparación			Total
	Menos	Igual	Más	
Cero días y horas	24	13	0	37
	92,3%	25,0%	0,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	2	17	4	23
	7,7%	32,7%	33,3%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	0	22	6	28
	0,0%	42,3%	50,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	16,7%	2,2%
Total	26	52	12	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según la información del cuadro 17, la gran mayoría de los adultos investigados (52 de entre 90) se autoperciben igual que las personas de su misma edad, sexo y condición general, en cuanto a la práctica deportiva. Esto quiere decir, que el mayor

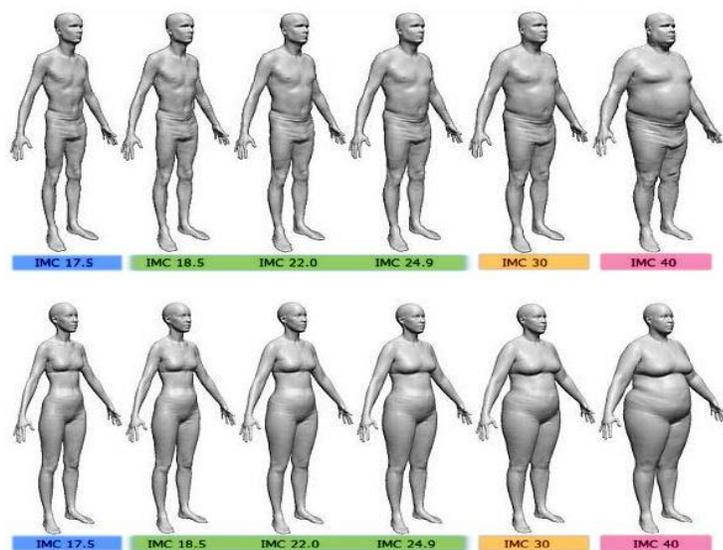
porcentaje del grupo indica que, al igual que ellos, las demás personas de su misma condición no hacen deporte o lo hacen en mínimo porcentaje. Esto quiere decir que la mayor parte de los adultos investigados considera que lo normal y más frecuente es que las demás personas (de su misma condición) no hacen deporte o lo hacen muy de vez en cuando.

Las personas que no hacen nada de deporte son conscientes de su situación y el 92.3% admite que son menos activos físicamente que las personas de su misma edad y condición general. Sólo 12 personas del total de la muestra se autoperceben como más activos que las demás personas de su misma edad y condición general.

Los expertos dicen que los habitantes de los países de menor actividad deportiva a nivel mundial, como Kuwait, Arabia Saudita, Iraq, Brasil, México, Alemania, etc. son conscientes de su elevado nivel de sedentarismo y no se sorprenden de ocupar los primeros lugares en esta jerarquía. (BBC News Mundo, 2018)

**CUADRO 18. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA Y FIGURA CON LA CUAL SE IDENTIFICA**

Índice	Figura con la que se identifica						Total
	IMC 17,5	IMC 18,5	IMC 22	IMC 24,9	IMC 30	IMC 40	
Cero días y horas	1	0	1	2	15	18	37
	50,0%	0,0%	12,5%	8,0%	44,1%	100,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	1	0	1	3	18	0	23
	50,0%	0,0%	12,5%	12,0%	52,9%	0,0%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	0	1	6	20	1	0	28
	0,0%	33,3%	75,0%	80,0%	2,9%	0,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	2	0	0	0	0	2
	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
Total	2	3	8	25	34	18	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



El cuadro 18 ha sido construido en base a la identificación perceptual que realizaron los adultos investigados, con la lámina patrón de volumen corporal establecida según el índice de masa corporal.

Según los datos proporcionados por el cuadro 18, se puede observar que las personas que no realizan ningún tipo de actividad deportiva se ubican en las categorías extremas, es decir, el 50% de los adultos con un índice de masa corporal 17.5 (los muy delgados) indicaron que no hacen ejercicio nunca; de la misma manera, el 100% de los que tienen un índice de masa corporal 40 (los más obesos), corresponde a personas que no hacen deporte nunca. De estos datos se puede concluir, que la ausencia total de deporte, produce un desequilibrio en índice de masa corporal, pues son o muy delgados o muy obesos.

Las dos personas que hacen más de 7 días de deporte al mes se autoperciben con un índice de masa corporal 18.5, que corresponde al tipo de menor tejido graso y de mayor masa muscular.

Los datos de las otras categorías corroboran las apreciaciones vertidas en los párrafos anteriores: las personas que realizan cierta actividad deportiva con regularidad

se autoperciben como pertenecientes a los prototipos de índice de masa corporal centrales o equilibrados, es decir de 22 y 24.9.

Esta relación ha sido observada en numerosas investigaciones, pues la práctica deportiva y el cuidado del cuerpo, se asocia a una autopercepción positiva y una autoestima más elevada. Las personas que practican algún deporte con regularidad, se autoperciben de manera más positiva y con una imagen estética de mayor calidad, que aquellas personas que no realizan actividad deportiva nunca, o lo hacen con muy baja frecuencia. (Serrá Puyal, 2008)

El índice de masa corporal se calcula con la siguiente fórmula:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$ . Si bien este índice es la medida más usada para saber si el peso de una persona es el adecuado, hay que hacer algunas consideraciones en los adultos.

Si bien la correlación entre el número del IMC y la gordura es bastante fuerte; sin embargo, la correlación varía según el sexo, la raza y la edad. Por ejemplo, con el mismo IMC, las mujeres tienden a tener más grasa corporal que los hombres; con el mismo IMC, las personas adultas. entre 50 y 60 años, tienden a tener más grasa corporal que los adultos más jóvenes. Los atletas que entrenan mucho pueden tener un IMC alto por tener una mayor masa muscular, más que por tener mayor cantidad de grasa corporal. Por ejemplo, las 2 personas de la muestra que realizan 13 a más horas de deporte al mes, se identificaron con la segunda figura de la lámina (IMC 18.5), porque indicaron que no tienen “*nada de panza*”, sin embargo, consultándoles los datos de su estatura y peso y realizando el cálculo del IMC, salieron resultados en torno al 26 (que visualmente no coincide con el cuerpo de estas personas); esto se explica por el hecho que sus cuerpos están compuestos en mayor proporción por masa muscular que por tejido graso, por lo cual tienen mayor peso, pero no dan la apariencia de gordos.

Por lo tanto, el IMC no es un indicador absoluto de la gordura, sino que hay que complementarlos con otros dos indicadores: 1º La circunferencia de la cintura de la

persona (cantidad de grasa abdominal) y 2° horas de actividad física semanal. (Serrá Puyal, 2008)

**CUADRO 19. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA CON ¿CÓMO ES SU ALIMENTACIÓN?**

Índice	¿Cómo es su alimentación?			Total
	Poco sana	Sana	Muy sana	
Cero días y horas	35	2	0	37
	63,6%	8,7%	0,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	20	2	1	23
	36,4%	8,7%	8,3%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	0	19	9	28
	0,0%	82,6%	75,0%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	16,7%	2,2%
Total	55	23	12	90
	(61.1%)	(25.6%)	(13.3%)	(100%)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según los datos del cuadro 19 el 61.1% de la muestra reconoce tener una alimentación “poco sana”; el 25.6% dice tener una alimentación “sana” y sólo el 13.3% de todos los evaluados indican tener una alimentación “muy sana”. Los adultos de la muestra admiten comer en exceso carnes rojas, almidón (pan), exceso de sal y azúcares; asimismo, comentan comer muy pocos vegetales, frutas y fibra en general.

La correlación entre el tipo de dieta y el índice de práctica deportiva es muy clara, pues el 63.6% de las personas que tienen una alimentación poco sana, no hacen nada de deporte. Creemos que la misma ideología y costumbre que les lleva a estas personas a tener una comida desbalanceada, hace que tampoco hagan nada de deporte.

Estos datos coinciden ampliamente con la información publicada al respecto, producto de diferentes investigaciones. Según la OMS el mundo está atravesando una

epidemia de mala alimentación, pues a nivel global se ha convertido en un paraíso de la comida chatarra, con un consumo exagerado de alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas. Latinoamérica no se queda atrás en esta ola de mala alimentación, pues en nuestro continente están varios de los países con mayor índice de sobrepeso y obesidad del mundo, como ser México, Brasil, Argentina, Chile y Uruguay, en los cuales el porcentaje de adultos con obesidad (IMC de 30 en adelante) está entre el 28 y 29%. El fenómeno actual que se está dando es que está aumentando la obesidad, por una parte, y la desnutrición por el otro; el término medio que representa un equilibrio, está en franco descenso. Hace 50 años morían más gente por desnutrición, ahora lo hacen por obesidad. (Guzmán, 2019).

Los datos obtenidos en esta tesis coinciden con otras investigaciones realizadas en el contexto nacional. Según la información publicada por Calizaya (2016), se puede concluir que en Bolivia se repite el mismo fenómeno citado en el párrafo anterior, pues según una investigación realizada en la ciudad de La Paz, el 65% de las personas tiene una alimentación entre mala y regular, pues se caracteriza por ser desequilibrada e insuficiente de ciertos nutrientes esenciales para su alimentación, con un mayor consumo de carbohidratos, grasas y azúcar. Esto gran parte se debe a la cultura predominante, pues en todas partes abundan los locales que ofrecen “*alimentos transgénicos, comidas rápidas y bebidas azucaradas como las gaseosas*”. (Calizaya, 2016, p. 146)

*“El consumo de comida chatarra en Bolivia ha aumentado hasta un 200% en los últimos 15 años según ha destacado el Ministerio de Salud”*. (El deber, 2018, pág. única). Sin embargo, Bolivia tiene

*“la segunda tasa de malnutrición crónica más elevada de América Latina y el Caribe, Bolivia es un país donde casi uno de cada tres niños menores de cinco años presenta retrasos en su crecimiento, uno los efectos de la malnutrición. (...) A pesar de que cuentan con alimentos asequibles y nutritivos como cereales, frutas y verduras, el habitante boliviano tiene una dieta deficiente compuesta principalmente de*

*carbohidratos de bajo costo y de otros productos con un alto contenido en grasa, almidón y azúcar procesada. Esto conduce no solamente a la prevalencia del retraso en el crecimiento, sino que también da lugar a unas tasas de obesidad cada vez mayores”*. (Johannsen, 2013, pág. única)

**CUADRO 20. ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA CON ¿CUÁNTOS LITROS DE AGUA INGIERE AL DÍA?**

Índice	¿Cuántos litros de agua ingiere al día?			Total
	Menos de un litro	Entre 1 y 2 litros	Más de 2 litros	
Cero días y horas	31	6	0	37
	56,4%	22,2%	0,0%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	21	1	1	23
	38,2%	3,7%	12,5%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	3	20	5	28
	5,5%	74,1%	62,5%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	25,0%	2,2%
Total	55	27	8	90
	(61.1%)	(30%)	(8%)	(100%)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los datos del cuadro 20 se puede indicar que el hábito de beber agua tiene el mismo déficit que la alimentación comentada en el cuadro 19. El 61.1% de los adultos de la muestra indican beber menos de un litro de agua al día (de entre ellos muchos dijeron “nada”). Sólo el 8% indicaron beber más de 2 litros al día.

Tal como sucede en el cuadro 19, en el presente cuadro se puede observar que las personas que beben muy poco (o nada) de agua al día, en su gran mayoría no hacen nada de deporte (56.4%). Prácticamente son las mismas personas que en el cuadro 19 indicaron tener una dieta “poco sana”, las que en el cuadro 20 reportaron no beber casi nada (o nada) de agua al día; y viceversa, las que comentaron tener una “dieta sana”, son las que, de manera complementaria, beben alrededor de 2 litros de agua al día. Existe un

ligero margen de excepción, pues hay mucha personas que no hacen nada de deporte, pero que sí beben 2 o más litros de agua al día. Estos casos excepcionales se deben a prescripción médica, pues muchas personas comentaron que por mantener durante décadas el hábito de no beber nada de agua al día, terminaron perturbando sus riñones, por lo cual ahora están *conminados* por su médico a beber mucha agua al día. Sin embargo, estas personas lo hacen con pesar y sufrimiento y no beben agua por convencimiento.

Un estudio, realizado por la Universidad de Pennsylvania State, encontró que en EEUU el 25% de los ciudadanos promedio, no bebe nada de agua el día y que, en su lugar, bebe su equivalente recomendado, de bebidas embazadas con alto contenido de azúcar, como las gaseosas.

Esta cantidad se incrementa además con la edad y pasa de un 26,4% entre los niños de 2 a 5 años a un 29,9% entre aquellos de 19 años en adelante. Por lo tanto, se encontró una estrecha correlación entre no beber agua y sobrepeso. Sin embargo, este índice de consumo de agua guarda relación con múltiples variables, por ejemplo, la raza y la cultura, pues se ha evidenciado que el grupo étnico que más consume agua son los asiáticos, le siguen los latinos y negros y, en la cúspide de la curva, están los anglosajones, quienes en más del 50% sólo beben bebidas gaseosas. Asimismo, las personas de mayor nivel sociocultural, son los que beben más agua al día, en comparación con los de menor nivel sociocultural.

*“El 55% de los adultos argentinos consume menos de 1,5 litros de agua por día. Además, se estableció que solo 2 de cada 10 padres consideran que la hidratación "es relevante" a la hora de elegir las bebidas que consumen sus hijos”.* (Telám, 2019, pág. única)

En Bolivia la proporción es casi la misma que la citada en otros países, pues en La Paz, *“el 31% casi nunca toman 8 vasos de agua al día, el 22% nunca toman vasos de*

agua (...) sólo el 3% indican que siempre beben ocho vasos de agua cada día”.(Calizaya,2016: 107)

### 5.3. IDENTIFICAR EL NIVEL Y TIPO DE MOTIVACIÓN.

Para medir el nivel de motivación en esta tesis se empleó el cuestionario de John Sudarsky y Jorge Cleves (1976), el cual se basa en la teoría de la motivación de David McClelland.

#### CUADRO 21. MOTIVACIÓN, POR ÁREAS

(Datos desglosados)

<b>Afiliación</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	1	1,1
Bajo	14	15,6
Medio	30	33,3
Alto	31	34,4
Muy alto	14	15,6
Total	90	100,0
<b>Poder</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	4	4,4
Bajo	19	21,1
Medio	33	36,7
Alto	25	27,8
Muy alto	9	10,0
Total	90	100,0
<b>Logro</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	8	8,9
Bajo	18	20,0
Medio	36	40,0
Alto	21	23,3
Muy alto	7	7,8
Total	90	100,0

(Datos resumidos)

<b>Afiliación</b>	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	16,7
Medio	30	33,3
Alto	45	50,0
Total	90	100,0

<b>Poder</b>	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	23	25,6
Medio	33	36,7
Alto	34	37,8
Total	90	100,0
<b>Logro</b>	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	26	28,9
Medio	36	40,0
Alto	28	31,1
Total	90	100,0

El cuadro 21 está compuesto por dos partes: en la primera se tienen los datos de las 3 áreas de la motivación, según la escala desglosada y, en la segunda parte, se presentan los mismos datos, pero en una versión más resumida. Se construyó la segunda tabla para evitar la dispersión de los datos al realizar los cálculos de cruzados de variables, pues al ser la muestra relativamente pequeña, empleando la escala desglosada no se puede apreciar con claridad la relación entre las variables.

En base a la información anterior se puede indicar que la motivación principal de los adultos de la muestra de la ciudad de Tarija, es la de “afiliación”, pues el 50% se ubica en el nivel “alto”. En segundo lugar, se ubica el motivo denominado “poder”, con un 37.8% en nivel alto y, en tercer lugar, está el motivo “logro”, con 31.1% en el nivel alto.

Es preciso recordar que, según la teoría de David McClelland, el motivo de afiliación está representado por la necesidad de las personas por poseer amigos y mantener relaciones sociales de toda índole. En este sentido hay que interpretar que los adultos de la muestra estudiada, que indicaron que el nivel de afiliación es muy importante en sus vidas, necesitan interactuar con otras personas y se muestran típicamente ansiosas por esas relaciones. También estas personas temen la desaprobación de los demás y en lo que sería un intento por saber la opinión que se tiene de ellos se afanan en buscar seguridad en el resto de la gente. Las personas que tienen motivaciones de afiliación despliegan mayor energía, como por ejemplo en el deporte, cuando reciben elogios, apoyo de los amigos y felicitaciones por su empeño. Dichas

personas sienten mayor satisfacción interna al realizar sus actividades favoritas entre amigos. (Sánchez, 2015)

El hecho que exista una predominancia del motivo de afiliación, se complementa con los datos expresados en el cuadro 5, donde se pudo ver con total claridad que la razón principal para hacer deporte, en el caso de los adultos, es para socializar, pues el 33.3% indicó que hace deporte para compartir con los amigos.

En segundo lugar, según los datos del cuadro 21, está el motivo de poder. El motivo de poder refleja la necesidad de tener impacto, control o influencia sobre otra persona, grupo o el mundo en general. (Sánchez, 2015). Esto quiere decir, que en el caso de los adultos que realizan deporte, encuentran en esta práctica ciertos beneficios que les favorece a tener más poder sobre su entorno, particularmente la imagen de estética, fortaleza y salud que proyectan.

Esta búsqueda del poder, a través del mejoramiento de la apariencia física es un hecho probado por diversos estudios. Lozano Rodríguez (2019), en su artículo denominado, “El impacto de la Apariencia Física en los procesos de relacionamiento social y su incidencia en el marketing”, indica que el poder de los individuos (económico, social, político, etc.) está íntimamente relacionado con la apariencia física de quien lo ostenta. No basta ser poderoso, sino que hay que parecerlo.

Michel Foucault, en la década de los 70 del siglo pasado, ya indicó que la belleza física no sólo otorga poder, sino que *“la delgadez y la juventud como características positivas, que nos conducirían a un estado de salud, belleza y felicidad”*. (Citado por Sossa, 2010, pág. única)

En el cuadro 5 se mencionó que el 18.9% de los adultos de la muestra indicaron que la principal razón para hacer deporte es la “estética”; dicho porcentaje representa el tercer lugar en la escala de motivos.

En tercer lugar, en el cuadro 21, se observa que aparece el motivo de “logro”. El motivo de logro es el impulso a tener un buen rendimiento en relación a un criterio de excelencia establecido, ya sea por los demás o por el propio individuo. (Sánchez, 2015). En este motivo, el 31.1% de los adultos investigados puntuaron en la categoría alta. Esto significa que las personas en las cuales predomina el motivo de logro, se plantean en sus vidas metas con el propósito fundamental de probarse ellos mismos y ante los ojos de los demás, que pueden lograr o alcanzar una meta deseable o significativa. El deporte para estos individuos es un medio para sentirse satisfechos con el propósito que pueden mantener un peso ideal, que priorizan la salud o que pueden alcanzar ciertos estándares de rendimiento. Por ejemplo, las dos personas de la muestra que realizan más de 7 días de deporte a la semana, entre alguno de sus comentarios, indicaron que, de jóvenes, fueron deportistas destacados y que ahora, que son mayores, no quieren perder el físico, la fortaleza y destreza que tuvieron en esas disciplinas; es decir, que el logro (meta) de estas personas es mantener, hasta donde sea posible, la fortaleza física y destreza que en algún momento ostentaron.

Son diversos los estudios que han encontrado relación entre los deportistas de elite y la motivación de logro. Pues muchos de los más afamados competidores quieren demostrarse a sí mismos que pueden, que son los mejores, incluso, por encima de los réditos económicos y lauros en sí mismos. Lo que les anima es la satisfacción interior de ser los mejores. Monroy Antón (2012), en su artículo titulado “Las teorías sobre la motivación y su aplicación a la actividad física y el deporte”, indica que

*según la teoría, desarrollada por Atkinson y McClelland, el deporte es un entorno considerado “de logro”, pues se participa de forma competitiva con otros y se busca ante todo conseguir una cierta excelencia. Por si esto fuera poco, las ejecuciones de los deportistas se ven evaluadas continuamente por público, periodistas, entrenadores, familiares y todo tipo de personas vinculadas con la actividad”. (pág. única)*

**CUADRO 22. MOTIVACIÓN PREDOMINANTE Y SU RELACIÓN CON ÉL  
ÍNDICE DEPORTIVO**

Índice	Motivación predominante			Total
	Afiliación	Poder	Logro	
Cero días y horas	14	16	7	37
	40,0%	51,6%	29,2%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	10	6	7	23
	28,6%	19,4%	29,2%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	11	9	8	28
	31,4%	29,0%	33,3%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	8,3%	2,2%
Total	35	31	24	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el cuadro 22 se puede apreciar que las personas que hacen más deporte tienen una motivación de logro predominante. Las 2 personas que realizan más de 7 días de deporte al mes, la motivación principal es la de logro. Asimismo, en la siguiente categoría, el 33% de las personas que tienen motivación de logro hacen deporte entre de 3-4 días al mes, siendo el porcentaje más elevado de esa categoría; le sigue en segundo lugar las personas que tienen como principal motivo a la afiliación (31.4%).

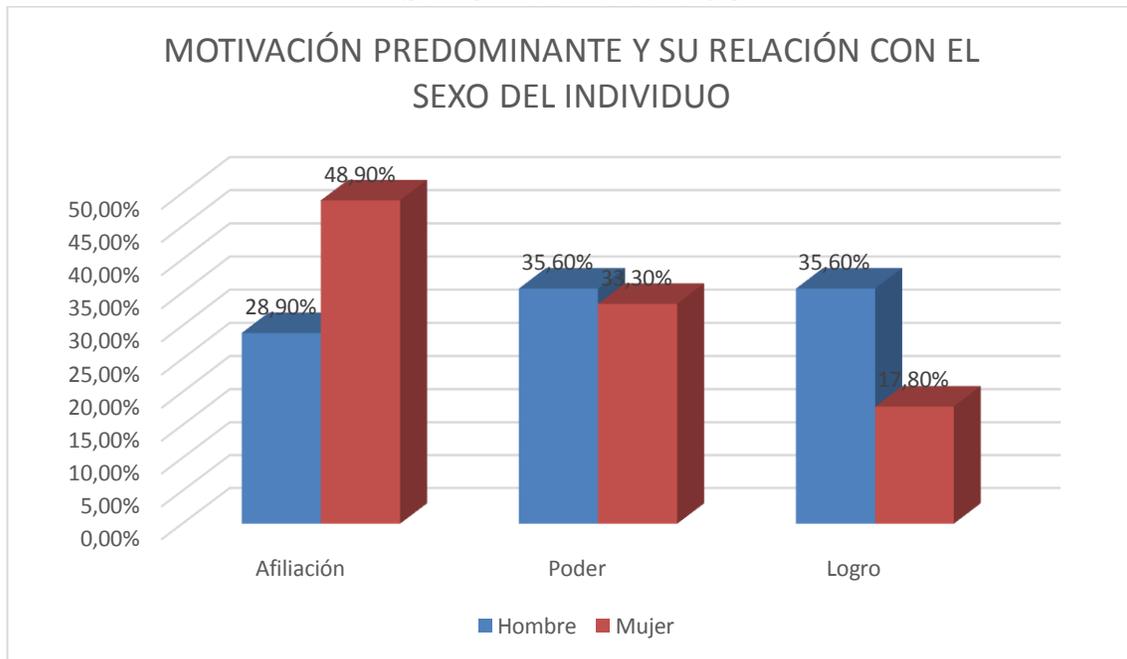
De la misma manera, las personas con elevada motivación de logro son las que aparecen con menor porcentaje (29.2%) en la categoría de las personas que hacen 0 horas y días de deporte al mes. De todas las personas que tienen elevada motivación de poder, el 51.6% no hace nada de deporte al mes; constituyéndose en el grupo con el mayor porcentaje de inactividad. En base a todos estos datos se puede concluir que la motivación de logro, es la que está más asociada a la práctica deportiva, le sigue en segundo lugar la motivación de afiliación y, en tercer lugar, aparece la motivación de poder.

Tal como se vio en cuadros anteriores, las personas con elevada motivación de logro son las que se plantean metas, particularmente intrínsecas, y movilizan grandes cantidades de energía para lograrlas. El hecho de conseguirlas satisface, sobre todo, un placer y beneplácito interior. Por tanto, hacer deporte para estas personas, particularmente representa cumplir con ellas mismas y demostrarse que pueden mantenerse activos y vitales. Sin embargo, estos logros no excluyen metas extrínsecas, las cuales están asociadas a la competición y comparación con otras personas. El placer de muchos deportistas adultos, con elevada motivación de logro, es compararse con sus coetáneos y sentirse más ágiles y vigorosos. (Reynaga et al., 2017)

**CUADRO 23. MOTIVACIÓN PREDOMINANTE Y SU RELACIÓN CON EL SEXO DEL INDIVIDUO**

Motivo	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Afiliación	13	22	35
	28,9%	48,9%	38,9%
Poder	16	15	31
	35,6%	33,3%	34,4%
Logro	16	8	24
	35,6%	17,8%	26,7%
Total	45	45	90
	100,0%	100,0%	100,0%

**GRÁFICO 3. MOTIVACION PREDOMINANTE Y SU RELACIÓN CON EL SEXO DEL INDIVIDUO**



Según los datos del cuadro 23, los hombres tienen mayor motivación de logro que las mujeres, pues la diferencia es de casi el doble, ya que las mujeres tienen un porcentaje de 17.8 y los hombres de 35.6%. Como contraparte, las mujeres (48.9%) tienen mayor motivación de afiliación que los hombres (28.9%), pues entre ambos grupos existe una diferencia de 20 puntos. Finalmente, en cuanto al motivo de poder, los hombres impulsan su conducta en mayor grado por este motivo, que las mujeres, aunque la diferencia no es tan amplia como en las anteriores categorías.

De los tres motivos identificados por McClelland, la motivación de logro es la más asociada al comportamiento competitivo y a uno de sus rasgos clásicos, como es la agresividad. Pulido – Pedrero, en su estudio titulado “Motivación de logro en deportistas de combate de élite”, indica que diversos estudios avalan el hecho que los varones tienen mayor motivación de logro que las mujeres,

*“mostrando que los hombres presentaban mayor motivación que las mujeres cuando se enfrentaban a un oponente, siendo más competitivos.*

*Hepler y Witte o Montero et al., analizaron la motivación de logro concluyendo que los hombres tienen una mayor orientación al ego y están más motivados extrínsecamente que las mujeres, lo que los puede llevar a centrarse en la consecución del objetivo propuesto sin tener en cuenta el proceso que les lleva hasta él. Las deportistas presentan una orientación mayor a la tarea, primando un proceso satisfactorio a la obtención de una recompensa externa”. (Pulido – Pedrero et al., 2020, p. 79)*

**CUADRO 24. MOTIVACIÓN PREDOMINANTE Y SU RELACIÓN CON LA EDAD**

Motivo	Edad			Total
	30 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	
Afiliación	17	11	7	35
	37,0%	37,9%	46,7%	38,9%
Poder	14	11	6	31
	30,4%	37,9%	40,0%	34,4%
Logro	15	7	2	24
	32,6%	24,1%	13,3%	26,7%
Total	46	29	15	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información del cuadro 24 se puede indicar que a medida que pasan los años va descendiendo la motivación de logro. El 32.6% de los adultos de 30-40 años manifestaron elevada motivación de logro, mientras que los de 51.60 años sólo lo hicieron en el 13.3%. Esto significaría que a medida que el individuo envejece se vuelve menos competitivo en relación a los demás, y tampoco se traza metas o logros solo por el afán de cumplirlas.

Pero donde sobresalen las personas de mayor edad, es en la motivación de afiliación y en la motivación de poder. Esto significa que, con el paso de los años, se

valora más al grupo reducido de amigos y, particularmente a la familia. Asimismo, cuando se deja sentir el paso de los años y declina la fortaleza física, el individuo mantiene su autoestima afianzándose a la idea de poder. Si bien el adulto de 51-60 años está en desventaja física en relación a las personas más jóvenes, pero tiene a favor sus mayores logros académicos, sociales y económicos, que le otorgan más poder. Esta idea de poseer mayor control sobre los demás, debido a los logros socioeconómicos, mantiene en alto la autoestima de los adultos – mayores. Los jóvenes tienen mayor necesidad de logro competitivo en cuestiones asociadas a la fortaleza física y la estética, mientras que los adultos tienen mayor necesidad de poder social.

Esta relación la descubrió Ulrich Mayr, psicólogo de la Universidad de Oregón, quien indica: *“Hay evidencia de que la motivación para alcanzar un estatus social alto es algo que se incrementa durante este período de la adultez (los 50). La investigación también mostró que los hombres son, en todas las edades, más competitivos que ellas. Un 56% de los varones eligió la opción de competir frente al 36% de las mujeres”*

#### **CUADRO 25. MOTIVACIÓN PREDOMINANTE Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO**

Motivo	Nivel educativo agrupado			Total
	Bachiller / universitario	Técnico medio	Licenciatura / posgrado	
Afilación	20	8	7	35
	48,8%	36,4%	25,9%	38,9%
Poder	13	7	11	31
	31,7%	31,8%	40,7%	34,4%
Logro	8	7	9	24
	19,5%	31,8%	33,3%	26,7%
Total	41	22	27	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El cuadro 25 indica que las personas de mayor nivel educativo (licenciatura y posgrado) tienen mayor motivación de logro (33.3%) que las de menor nivel educativo,

pues los técnicos medios obtuvieron un puntaje más bajo (31.8%) y los bachilleres menos aún (19.5%). Este dato quizás podría interpretarse por el hecho que la motivación de logro (competitividad consigo mismo y con los demás) es una de las variables responsables que hayan alcanzado mayor nivel educativo en sus vidas.

De la misma manera, las personas de mayor nivel educativo tienen mayor motivación de “poder”. Posiblemente el mayor nivel educativo, que se traduce en la práctica usualmente en mayor nivel socioeconómico, es el que les otorga a estas personas mayor confianza en sí mismas y mayor capacidad de control de su medio ambiente, lo que usualmente se denomina poder.

Las personas de menor nivel educativo (bachilleres y universitarios) son las que tienen mayor necesidad de afiliación. Esto es entendible, por una parte, debido a que el sector de bachilleres y universitarios, son los de menor edad en la muestra, lo cual posiblemente explica su mayor tendencia a los amigos. Por otra parte, se ha demostrado que las personas de menor nivel educativo dedican más tiempo a socializar y compartir con los amigos. En un estudio donde se relaciona los cinco grandes factores de la personalidad, con la motivación de logro, se indica que los individuos con mayores estudios, tienen una personalidad tendiente al éxito, son más competitivos, pueden desplegar mayores cantidades de energía, tienen mayores niveles de actividad y de alerta, lo cual incrementa su neuroticismo. (Moran, 2016)

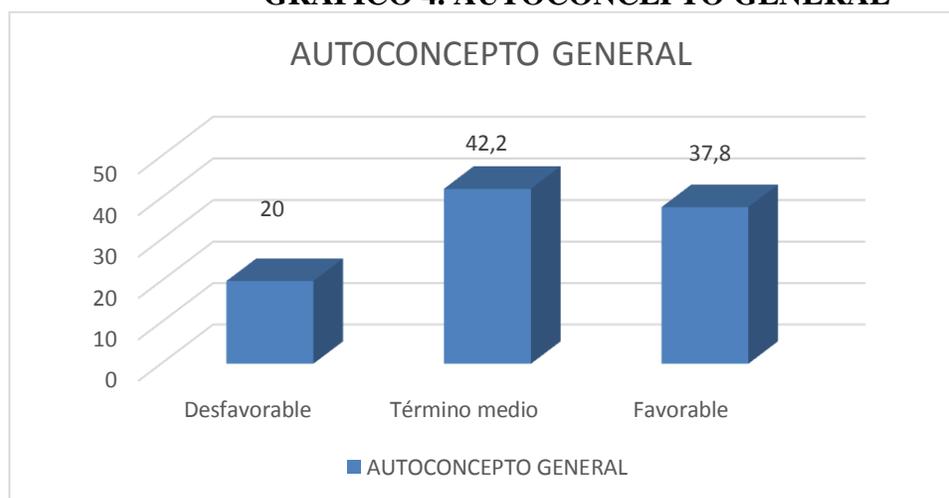
#### **5.4. ANALIZAR EL AUTOCONCEPTO.**

En este objetivo se empleó la escala de autoconcepto Tennessee Self Concept Scale- (Fitts, 1972) adaptado por Garanto (1984). Dicha escala permite conocer el autoconcepto que tiene la persona de sí misma, así como efectúa una valoración de las dimensiones: físico, moral, personal, familiar y social.

**CUADRO 26. AUTOCONCEPTO GENERAL**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	18	20,0
Término medio	38	42,2
Favorable	34	37,8
Total	90	100,0

**GRÁFICO 4. AUTOCONCEPTO GENERAL**



En el cuadro 26 se puede apreciar que el 42.2% de todos los adultos de la muestra tienen un autoconcepto término medio; asimismo, un porcentaje muy elevado (37.8) se ubica en la categoría de autoconcepto favorable; muy por debajo está la categoría de autoconcepto desfavorable. Esto significa que la mayor parte de la muestra se ubica en torno al valor central, pero con una clara tendencia hacia el autoconcepto favorable.

Al ser el autoconcepto la opinión que un individuo forja sobre sí mismo, estos datos significan que los adultos investigados, tienen una opinión favorable de sí mismos, pues han aprendido a quererarse, aceptarse, respetarse y confiar en sí mismas, por lo cual tienen mayor capacidad para actuar en forma independiente, para tomar decisiones y asumir responsabilidades, para enfrentar retos y una mayor tolerancia a la frustración,

que les permiten afrontar de mejor manera las contradicciones y los fracasos. (Fuentes, 2016).

No hemos encontrado ninguna investigación que haya aplicado la escala de autoconcepto de Tennessee con adultos para poder comparar los datos obtenidos en esta tesis. Sí hay varias investigaciones con jóvenes, pero consideramos que esta información no nos sirve como punto de referencia, pues existe una diferencia cualitativa entre ambas edades, ya que en los jóvenes predomina el autoconcepto físico, en cambio en los adultos el fuerte es el autoconcepto familiar.

### CUADRO 27. AUTOCONCEPTO POR ÁREAS

<b>Sí mismo social</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	5	5,6
Desfavorable	8	8,9
Término medio	46	51,1
Favorable	21	23,3
Muy favorable	10	11,1
Total	90	100,0
<b>Sí mismo familiar</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	4	4,4
Desfavorable	12	13,3
Término medio	46	51,1
Favorable	20	22,2
Muy favorable	8	8,9
Total	90	100,0
<b>Sí mismo personal</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	5	5,6
Desfavorable	15	16,7
Término medio	40	44,4
Favorable	23	25,6
Muy favorable	7	7,8
Total	90	100,0
<b>Sí mismo físico</b>	Frecuencia	Porcentaje

Muy desfavorable	5	5,6
Desfavorable	11	12,2
Término medio	60	66,7
Favorable	11	12,2
Muy favorable	3	3,3
Total	90	100,0
<b>Sí mismo moral - ético</b>	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	3	3,3
Desfavorable	20	22,2
Término medio	48	53,3
Favorable	17	18,9
Muy favorable	2	2,2
Total	90	100,0

El cuadro 27 permite apreciar el autoconcepto desglosado por áreas o dimensiones. En dicho cuadro se puede ver que el área que más destaca es la del “**sí mismo social**”. Los valores favorable (23.3%) y muy favorable (11.1%) hacen un total de 34.4% de porcentajes por arriba de la media, lo cual es un porcentaje altamente significativo. Esto quiere decir que los adultos investigados, en cuanto a la relación de sí mismos con los otros y su entorno en general, tienen una valoración positiva. La gran mayoría de ellos respondieron con las opciones “bastante verdadero” y “completamente verdadero”, a aseveraciones como: “Me llevo bien con los demás”, “Me resulta fácil hablar con los desconocidos”, “Me llevo bien con la ente”, “Me es fácil hacer amigos”, etc. Este primer valor indica que el rasgo más sobresaliente de los adultos investigados es su facilidad para llevarse bien con los demás y compartir con los amigos.

Segunda en porcentaje está el área del “**sí mismo familiar**”. Dicha dimensión señala el sentimiento de valoración e importancia que la persona tiene como miembro de su familia. Como se puede apreciar, en el cuadro anterior, los valores por encima de la media superan claramente a los valores inferiores, ya que el 22.2% y el 8.9% de los adultos indicaron que tienen una buena relación con su familia, la aprecian y para ellos es lo más importante en sus vidas. Estas personas dieron respuesta claramente

afirmativas a ítems como: “Tengo una familia que me ayudaría ante cualquier tipo de problemas”, “Mi familia me quiere”, “Mi familia confía en mí”, etc.

En tercer lugar, en cuanto a porcentajes, parece el área del “**sí mismo personal**”, la cual, como se indicó en el marco teórico, se refiere a la autopercepción que el individuo tiene de sus valores interiores. Es decir, esta dimensión sondea el grado en el que el individuo considera que su conducta y desempeño cotidiano, está en concordancia o coherencia con sus propias convicciones y los valores predominantes en su entorno. En este sentido, el 33.4% de los entrevistados dieron puntajes por encima de la media, en relación al 22.3% que lo hizo por debajo del valor promedio. Lo cual quiere decir, que una tercera parte de la muestra considera destacables los valores que animan su vida y, además, que ellos tienen respeto por los mismos, a través de sus comportamientos. Dichas personas, respondieron de manera favorable a ítems como: “Tengo mucho autocontrol de mí mismo”, “Soy una persona importante para mis amigos y familia”, “Estoy satisfecho de ser lo que soy”, etc.

En penúltimo lugar aparece la dimensión del “**sí mismo físico**”. Esta área hace referencia al punto de vista que el individuo tiene sobre su cuerpo, como son el estado de salud, el aspecto físico y sexualidad. Al tratarse de una muestra de adultos, donde un importante porcentaje está por encima de los 50 años, es previsible que su opinión se acerque a los valores por debajo de la media (Desfavorable y muy desfavorable). Sin embargo, las dos terceras partes de la muestra (66.7%), considera que su salud y el estado de su cuerpo en general, considerando la edad que tienen, es aceptable pues se ubicaron en torno al término medio.

En último lugar en jerarquía aparece el área del “**sí mismo moral – ético**”, la cual indica la autopercepción de su fuerza moral, así como sus creencias religiosas. Si bien esta es la dimensión con menores valores por encima de la media, tampoco hay una diferencia considerable entre los valores que están por debajo de la media (25.5%) con los que están por arriba de la media (21.1%), pues entre ambos apenas hay una

diferencia de 4.4%. Esto quiere decir que, en promedio, la muestra de adultos investigada, se inclina ligeramente hacia los valores inferiores en cuanto a la autopercepción de sus valores éticos y morales. Ante ítems como “soy una persona religiosa”, o “no siempre digo la verdad”, “estoy satisfecho con mi conducta moral”, etc., algunos adultos reconocieron que mienten de vez en cuando, que no cumplen a cabalidad con su credo religioso y que a veces su comportamiento se aleja de la moral.

**CUADRO 28. AUTOCONCEPTO Y SU RELACIÓN CON ÉL ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA**

Índice	Autoconcepto			Total
	Desfavorable	Término medio	Favorable	
Cero días y horas	11	14	12	37
	61,1%	36,8%	35,3%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	3	10	10	23
	16,7%	26,3%	29,4%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	4	13	11	28
	22,2%	34,2%	32,4%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	1	1	2
	0,0%	2,6%	2,9%	2,2%
Total	18	38	34	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información presentada en el cuadro 28, se puede indicar que las personas que tienen un autoconcepto favorable, son las que realizan mayor práctica deportiva. Las 2 personas que hacen más de 7 días de deporte al mes, tienen autoconcepto “término medio” y “favorable”. De la misma manera, las personas que realizan deporte 3-4 días al mes, son en su mayoría las que tienen un autoconcepto “término medio” (34.2%) y “favorable” (32.4%); muy por arriba de las personas que tienen un autoconcepto “desfavorable” (22.2%). De manera opuesta, si se compara el autoconcepto de las personas que no hacen nada de deporte, se observa que el 61.1%

tienen un autoconcepto “desfavorable”, mientras que sólo el 35,3% de las personas inactivas tienen un autoconcepto “favorable”.

Según los datos del cuadro 28, el índice de práctica deportiva tiene relación con el autoconcepto, pues a mayor autoconcepto, mayor actividad deportiva. Son innumerables los estudios que demuestran que un autoconcepto favorable, influye positivamente en la práctica deportiva. Pensamientos positivos sobre uno mismo, conllevan conductas de autocuidado del cuerpo y su potenciación permanente a través del deporte. La relación también es verdadera en sentido opuesto, es decir, el deporte influye de manera favorable en el autoconcepto, pues las personas que realizan de manera cotidiana algún tipo de deporte, obtienen una serie de beneficios, como la salud y la imagen corporal, las cuales optimizan la percepción de sí mismos. (García-Rubio et al., 2011)

#### CUADRO 29. AUTOCONCEPTO POR SEXO

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Desfavorable	8	10	18
	17,8%	22,2%	20,0%
Término medio	18	20	38
	40,0%	44,4%	42,2%
Favorable	19	15	34
	42,2%	33,3%	37,8%
Total	45	45	90
	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información presentada en el cuadro 28 se puede indicar que los hombres (42.2%) tienen un autoconcepto más “favorable que las mujeres (33.3%). En el polo opuesto también se puede apreciar que hay más mujeres con un autoconcepto desfavorable, en relación a los varones. Esta relación se ve confirmada por la información presentada en cuadros anteriores, pues ya se comentó que los varones

realizan mucho más deporte que las mujeres y, posiblemente, entre una de las razones responsables de esta diferencia, se encuentra el autoconcepto.

Son innumerables las investigaciones, de todo tipo, que señalan que los hombres, en promedio, tienen un autoconcepto más favorable que las mujeres. Los resultados muestran que los varones poseen un autoconcepto positivo no sólo en general sino también en ciertas dimensiones. Así, los varones destacan en el autoconcepto emocional, físico, social y global, mientras que las mujeres lo hacen en los planos familiar y académico. En cuanto a las relaciones entre las variables y el deporte, se destaca que el autoconcepto físico es la dimensión que tiene una correlación más alta con el rendimiento físico, lo que indica la relevancia que la imagen física tiene en la motivación deportiva. Son muchas las explicaciones que se pretende dar al hecho de que los hombres tienen un autoconcepto más favorable que las mujeres. Algunos argumentan que las mujeres son más propensas a padecer altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional o depresión. Las mujeres son propensas a hacer estimaciones más bajas de su inteligencia emocional, lo que podría explicar el bajo autoconcepto en las mujeres, así como el hecho de que los hombres presentan puntuaciones más altas en esta dimensión debido a la sobreestimación de sus capacidades. (García, 2017; Padilla Carmona, 2010)

**CUADRO 30. AUTOCONCEPTO POR EDAD**

Autoconcepto	Edad			Total
	30 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	
Desfavorable	10	6	2	18
	21,7%	20,7%	13,3%	20,0%
Término medio	18	13	7	38
	39,1%	44,8%	46,7%	42,2%
Favorable	18	10	6	34
	39,1%	34,5%	40,0%	37,8%
Total	46	29	15	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Analizando los datos del cuadro 30 se puede observar que a medida que sube la edad, también asciende el autoconcepto. En los dos niveles positivos (término medio y favorable) los adultos de 51-60 años tienen un autoconcepto superior en comparación con las otras edades.

Existen muchas investigaciones que analizan el autoconcepto en la adultez, pero en ninguna de ellas se hace una referencia clara la relación entre la edad como tal y el autoconcepto. Sí se mencionan una serie de factores que inciden en el autoconcepto de los adultos, como ser el estado físico, el nivel económico, el grado de estabilidad matrimonial, la presencia de hijos, el prestigio social, etc. A mayor presencia de dichos factores, mayor autoconcepto y autoestima en los adultos. De manera general el autoconcepto se estabiliza con los años, pero la edad en sí misma, de manera aislada, no parece ser el factor preponderante. (Infante, 2009; García et al, 2006)

**CUADRO 31. AUTOCONCEPTO POR NIVEL EDUCATIVO**

Autoestima	Nivel educativo			Total
	Bachiller / universitario	Técnico medio	Licenciatura / posgrado	
Desfavorable	9	4	5	18
	22,0%	18,2%	18,5%	20,0%
Término medio	20	9	9	38
	48,8%	40,9%	33,3%	42,2%
Favorable	12	9	13	34
	29,3%	40,9%	48,1%	37,8%
Total	41	22	27	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información presentada en el cuadro 31 se puede decir que los adultos con mayor nivel educativo (licenciatura y posgrado) tienen un autoconcepto más elevado que los técnicos medios y los universitarios-bachilleres. El 48.1% de los adultos

con nivel académico de licenciatura y posgrado tienen autoconcepto favorable, mientras que sólo el 29.3% de los bachilleres y universitarios alcanza ese nivel.

Consideramos que la relación señalada en el párrafo anterior es lógica y presumible, pues el hecho de poseer un mayor estatus académico fortalece el autoconcepto de la persona, pues se autoperciben como individuos de éxito. Existen muchas investigaciones que corroboran que el nivel académico se correlaciona con el nivel socioeconómico de la persona, pues se ha demostrado que a mayor nivel académico, mayores ingresos y mayor estatus social. A su vez, ese elevado estatus social influye de manera positiva en el autoconcepto. (Valdez, 2015).

A las personas con elevado nivel académico la gente les admira y les trata con mayor consideración. A un profesional se le llama por apelativos destacables, como doctor, ingeniero o licenciado, mientras que, a los no profesionales, se les identifica por el nombre de pila o apelativos más sencillos, como ser: señor, joven, amigo, etc. A los profesionales destacados se les adula, la gente busca su amistad y se les escucha con atención. El común de la población piensa que los profesionales son personas más exitosas, felices y adineradas. Además, que las personas con elevados estudios académicos, en promedio, ocupan roles sociales destacados. Algunos roles sociales llevan aparejado cierto prestigio, por ejemplo, médicos, pilotos, científicos, presentadores. Esto sin duda promueve una autoestima elevada. Todos estos factores son los que explican por qué en promedio, las personas con mayores estudios, tienen un autoconcepto y autoestima más elevados. (Valdez, 2015)

## **5.5. DETERMINAR EL NIVEL DE SALUD MENTAL**

Para alcanzar el presente objetivo se empleó el cuestionario de Salud Mental General (GHQ-28) de Goldberg y Hillier y (1979); adaptada por Lobo y col. (1986), (citado por Peña-Ruiz, 2012). Dicho instrumento mide el nivel de equilibrio psicológico de la persona, tanto de manera general como por áreas.

### CUADRO 32. NIVEL DE SALUD MENTAL

Salud mental		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Salud mental baja	0	0,0
Salud mental medianamente baja	42	46,7
Salud mental medianamente alta	48	53,3
Salud mental alta	0	0,0
Total	90	100,0

En el cuadro 32 de puede apreciar que, en promedio, todos los adultos investigados se ubican en los dos niveles centrales, con omisión de las categorías extremas. El 53.3% de todos ellos tienen un nivel de “salud mental medianamente alta”. El restante porcentaje (46.7%) se ubica en la categoría de “salud mental medianamente baja”. Estos datos demostrarían que el nivel de salud mental de la muestra se ubica de manera normal en los niveles centrales de la muestra, sin existir ningún caso que se acerque a las categorías extremas, de salud mental baja o bien que informe que no tiene ningún tipo de dolencia o perturbación.

El motivo de aplicar este test en una muestra de adultos que hacen deporte es para sondear el grado de relación que tiene la salud mental en la actividad física, pues en la literatura revisada al respecto, se pudo observar que diversos estudios han revelado que existe una estrecha relación entre el equilibrio psicológico del individuo y su afición (o no) de practicar actividades sanas y constructivas (como el deporte), o también actividades perturbadoras y destructivas, como las manías y las compulsiones. (Ruiz, 2020). El deporte proporciona salud mental y, a la inversa, las personas con mayor salud mental son las que tienen como hábito realizar actividad física. (Parrilla, 2014)

De las investigaciones realizadas que emplearon el test de salud mental de Goldberg y Hillier, y que fueron consultadas, se pudo apreciar que encontraron una concentración del 72% en los valores, centrales, con una media que oscila entre 54 y 57 y una DS de 1.4. (Godoy-Izquierdo et al, 2020). Esto significa que los datos obtenidos

en nuestra investigación, de manera general, concuerdan con los estudios realizados que emplearon la misma escala. Es decir, la muestra de adultos evaluados se ubica en el rango de normalidad poblacional.

### CUADRO 33. NIVEL DE SALUD MENTAL

(Dimensiones)

<b>Disfunción social</b>	Frecuencia	Porcentaje
Salud mental baja	5	5,6
Salud mental medianamente baja	29	32,2
Salud mental medianamente alta	47	52,2
Salud mental alta	9	10,0
Total	90	100,0
<b>Depresión</b>	Frecuencia	Porcentaje
Salud mental baja	7	7,8
Salud mental medianamente baja	32	35,6
Salud mental medianamente alta	45	50,0
Salud mental alta	6	6,7
Total	90	100,0
<b>Ansiedad e insomnio</b>	Frecuencia	Porcentaje
Salud mental baja	4	4,4
Salud mental medianamente baja	38	42,2
Salud mental medianamente alta	45	50,0
Salud mental alta	3	3,3
Total	90	100,0
<b>Síntomas somáticos</b>	Frecuencia	Porcentaje
Salud mental baja	13	14,4
Salud mental medianamente baja	37	41,1
Salud mental medianamente alta	40	44,4
Total	90	100,0

El cuadro 33 permite apreciar la salud mental de los adultos investigados, desglosada por áreas. Dicho cuadro está organizado de manera jerárquica de modo que, en la parte superior del cuadro, aparece la dimensión con mayor representatividad porcentual en los valores altos (donde hay mayor salud mental: suma de las categorías

“salud mental medianamente baja” y “baja”), mientras que, en la parte inferior, está la dimensión en la cual los individuos de la muestra puntuaron más bajo (menor salud mental: menor porcentaje en la suma de las categorías “salud mental medianamente baja” y “baja”).

El cuadro 33 refleja que los adultos de la muestra poseen el mayor grado de salud mental en el área **social**, pues el 62% de la muestra se ubica en las categorías de salud mental medianamente alta y alta (52.2 + 10); en otras palabras tienen baja disfunción social, pues la suma de las categorías “salud mental baja y medianamente baja” da 37.8%, que es el porcentaje menor de todas las dimensiones. Esto significa que los adultos investigados sienten que están cumpliendo un rol valioso en relación a los demás (familia y sociedad en su conjunto); sienten que está desempeñando un papel útil en la vida; disfrutan de sus actividades normales de cada día; afirman ser constantes en sus propósitos y no cambiar drásticamente de un día para el otro, etc. Lo cual implica que tienen una baja disfunción social, en otras palabras no tienen dificultades para integrarse a un grupo y entablar nuevas amistades con personas desconocidas. Disfrutan de las actividades grupales, poseen un aceptable grado de empatía y se sienten apreciados y queridos por el grupo. (Peña-Ruiz, 2012)

De la misma manera, en el cuadro 33, se puede apreciar una elevada salud mental en el área de la depresión, lo cual quiere decir que la muestra evaluada tiene **bajos niveles de depresión**. En dicho cuadro, se puede observar que los valores de las categorías de salud mental medianamente alta y alta, superan a las categorías bajas. El 56.7% (50 + 6.7) de todos los evaluados, están por encima de la media en cuanto a salud mental en esta área. Esto significa que muy pocas personas indicaron que tienen ideas de quitarse la vida, en casos muy excepcionales tienen pensamientos negativistas, en los cuales consideran que son personas que no valen nada; más al contrario, consideran que la vida vale la pena vivirse y que los problemas tienen solución y hay que afrontar los días con esperanza. Sólo 5 personas de toda la muestra indicaron que en más de una

oportunidad han pensado en quitarse la vida, pero que fueron situaciones muy críticas, de las cuales han salido y las han superado.

En tercer lugar, está el área de **ansiedad e insomnio**, en la cual el 53.3% de la muestra está en el lado de las categorías de salud mental, mientras que el 46.7% se encuentra en el sector de la salud mental baja. Si bien esta área está en penúltimo lugar, aun así, existe un ligero predominio (3.3 puntos porcentuales) por encima de la media, lo cual quiere decir que hay más gente con salud mental en esta área, que personas que se inclinan hacia la polaridad negativa. Casi la mitad de la muestra (46.7%) indica que las preocupaciones a veces le quitan el sueño, que se han visto por temporadas, particularmente en esta época de pandemia, agobiados y presa de mucha tensión; reconocen estar en ciertas oportunidades con los nervios a flor de piel y malhumorados y a punto de explotar constantemente. Un poco más de la mitad de la muestra (53.3%), si bien indica que tienen episodios de crisis en los cuales sienten que todo se les viene encima, pero que pueden superarlo y que siempre hay una solución para todo, sobre todo cuando se cuenta con la ayuda de la familia y de los amigos.

En último lugar, con el menor nivel de salud mental, está el área de los **síntomas somáticos**. En esta dimensión predominan las categorías de salud mental baja y medianamente baja, con un 55.5% de la muestra. Más de la mitad de la muestra indicaron que con relativa frecuencia se sienten agotados y sin fuerza, particularmente luego de volver del trabajo, muchos de los investigados dijeron que están de mal humor, sin ánimos de compartir con la familia y que en los fines de semana solo quieren ver TV y descansar. Con el paso de los años están apareciendo una serie de enfermedades y están sintiendo los primeros síntomas de la vejez, pues están empezando algunos de ellos a consumir reconstituyentes y energizantes. Varios declaran haberse hecho adictos a alguna sustancia (alcohol, tabaco y coca), los cuales ha desencadenado otros tipos de problemas. Las mujeres mencionan las oleadas de calor, propias de la menopausia y la pérdida del buen humor que antes les caracterizaba.

**CUADRO 34. SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON ÉL ÍNDICE DE PRÁCTICA DEPORTIVA**

Índice	Salud mental		Total
	Salud mental medianamente baja	Salud mental medianamente alta	
Cero días y horas	15	22	37
	35,7%	45,8%	41,1%
1-2 días / 5-8 horas	10	13	23
	23,8%	27,1%	25,6%
3-4 días / 5-8 horas	17	11	28
	40,5%	22,9%	31,1%
7 a + días / 13 a + horas	0	2	2
	0,0%	4,2%	2,2%
Total	42	48	90
	100,0%	100,0%	100,0%

Del análisis del cuadro 34 se puede concluir que la relación entre salud mental y práctica deportiva no es tan clara. En algunas categorías (los que hacen deporte más de 7 días y 1-2 días al mes) predominan las personas con salud mental medianamente alta; pero en la categoría 3-4 días, predominan las personas con salud mental baja. Pero fundamentalmente, la mayor contradicción se observa en la categoría de 0 días, en la cual se puede observar que son muchas más las personas con salud mental medianamente alta (45.8%) que no hacen nada de deporte, que las personas con salud mental medianamente baja que no hacen ni una hora de deporte al mes (35.7%).

De todas las investigaciones revisadas que abordaron el tema en cuestión, se ha encontrado una relación clara: a mayor salud mental, mayor práctica deportiva. Las personas con mayor equilibrio mental tienen una autoestima más elevada, poseen una relación de mayor armonía con la naturaleza y los demás seres vivos, aman la vida, su cuerpo y disfrutan en mayor grado de los momentos de ocio con sus seres queridos. La salud mental actúa en armonía con el cuerpo y generalmente se correlaciona con mayor destreza psicomotora, promueve hábitos sanos, prácticas metódicas y mayor capacidad

de persistencia y tolerancia a la frustración. Todas estas características inducen a una vida de actividad general, particularmente de actividad física. (Parrilla, 2014)

Elevados estándares de salud mental potencian un cuerpo saludable, ponen a disposición mayor energía y elevan el estrés sano, comparable a la estimulación sensorial. La salud mental permite afrontar el estrés de manera eficiente, proyectando hacia el exterior los estados emocionales negativos, evitando la depresión y la autocompasión. El deporte es un canalizador exitoso de los conflictos emocionales y promueve una catarsis beneficiosa, que actúa, al mismo tiempo, como reforzante del equilibrio psicológico; en este sentido asistimos a un círculo vicioso inverso, a una espiral adaptativa, pues la salud mental lleva a una vida activa, y una vida activa es equivalente de una vida sana y productiva. (Ruiz, 2020)

**CUADRO 35. SALUD MENTAL POR SEXO**

Índice	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Salud mental medianamente baja	25	17	42
	55,6%	37,8%	46,7%
Salud mental medianamente alta	20	28	48
	44,4%	62,2%	53,3%
Total	45	45	90
	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información proporcionada por el cuadro 35 se puede concluir que las mujeres tienen mayor salud mental que los varones, pues el 62.2% de ellas tienen salud mental medianamente alta, mientras que los varones sólo alcanzan, en la misma categoría, un porcentaje de 44.4%. En la categoría de salud mental medianamente baja, el porcentaje de varones es mucho mayor que el de mujeres.

En la revisión bibliográfica se ha encontrado que:

*“La Encuesta de Salud de Cataluña de 2016 reveló que el 19,8% de las mujeres presentan problemas de ansiedad y depresión, sin embargo, en el caso de los hombres la cifra descendía al 10%. Según el estudio ‘Desigualdades en salud mental en la población trabajadora de España’, basado en Encuesta Nacional de Salud, las mujeres trabajadoras también mostraron seis puntos más en cuanto a la prevalencia de sufrir una enfermedad mental –o síntomas como depresivos, ansiedad, problemas sociales e hipocondrías derivados del estrés laboral– que sus homólogos varones”.* (Apostolovic, 2018, pág. única)

*“En el libro *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*, los autores analizan 12 encuestas nacionales sobre trastornos mentales comparables entre sí, e incluyen encuestas realizadas en Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica. Los autores concluyen que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Estos últimos presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias. A pesar de que no todas las encuestas cubren otros trastornos, Freeman y Freeman reportan que, según algunas de ellas, las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno limítrofe de la personalidad y trastornos de la alimentación, mientras que las prevalencias de trastorno de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres. En general, destaca el hecho de que las mujeres no solamente presenten tasas más elevadas de trastornos mentales que los hombres, sino también síntomas más graves y discapacitantes”.* (Ramos-Lira, 2014, pág. única)

**CUADRO 36. SALUD MENTAL POR EDAD**

Índice	Edad			Total
	30 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	
Salud mental medianamente baja	21	11	10	42
	45,7%	37,9%	66,7%	46,7%
Salud mental medianamente alta	25	18	5	48
	54,3%	62,1%	33,3%	53,3%
Total	46	29	15	90
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el cuadro 36 se puede observar que el mayor grado de salud mental se da en los adultos de 41-50 años. Le siguen en segundo lugar los adultos de 30-40 años y, en último lugar, aparecen los adultos de 51-60 años. Según estos datos, el momento de mayor equilibrio psicológico se da entre los 40 y 50 años y va declinando con los años.

No hemos encontrado ninguna investigación que haya empleado el cuestionario de Salud Mental General de Goldberg y Hillier y que haya correlacionado sus resultados con la edad, en el periodo de la adultez. Sí se tienen investigaciones, sobre todo con personas más jóvenes, que obtuvieron resultados que hacen suponer que la salud mental aumenta con los años, después de la juventud, y que declina en los adultos mayores. A principio de los 50, probablemente se hacen evidentes los síntomas de la menopausia, lo que puede afectar la salud mental o los niveles de estrés. En cuanto a la relación romántica, surgen nuevas etapas y los roles e índices juveniles experimentan cambios con los años, particularmente asociados al declive de la potencia y apetito sexual. Antes de los 60, es común que la gente lidie con la jubilación o una enfermedad crónica. Lo común es encontrar de repente una casa vacía, si hijos, con menos amigos, o estar a cargo de un padre anciano. Estos cambios tan importantes en la vida suelen hacer mella en la salud mental y en la fortaleza física. (OMS, 2017)

El hecho que la mayor salud mental se da entre los 40 y 50 años, se debe a que a esa edad el individuo aún se mantiene vigoroso y sano, goza de estabilidad laboral y económica, disfruta de los hijos, pues estos ya son en gran parte independientes, pero

siguen guardando una estrecha relación con los padres y manteniendo el núcleo emocional familiar. Aun no se hacen evidentes las dolencias físicas propias de los adultos mayores y se lleva una vida equilibrada y sin demasiados sobresaltos. (Morales Sosa, 2010)

**CUADRO 37. SALUD MENTAL POR NIVEL EDUCATIVO**

Nivel	Nivel educativo			Total
	Bachiller / universitario	Técnico medio	Licenciatura / posgrado	
Salud mental medianamente baja	21 51,2%	10 45,5%	11 40,7%	42 46,7%
Salud mental medianamente alta	20 48,8%	12 54,5%	16 59,3%	48 53,3%
Total	41 100,0%	22 100,0%	27 100,0%	90 100,0%

Según los datos del cuadro 37, las personas con mayor nivel educativo, son las que tienen el mayor nivel de salud mental. El 59.3% de los adultos con un nivel educativo de licenciatura – posgrado tienen salud mental medianamente alta, en comparación con el 48.8% de los bachilleres y universitarios. La misma relación se aprecia en la categoría de salud mental medianamente baja, donde el grupo de menor proporción es el de licenciatura y posgrado con un 40.7%, de manera inversa, los que tienen un mayor porcentaje de salud mental medianamente baja, son los bachilleres y universitarios.

Las investigaciones han demostrado que el nivel educativo, en sí mismo, contribuye a un mayor equilibrio psicológico, así como las condiciones ambientales y sociales asociadas a este. Las personas de mayor nivel educativo son, en promedio, más inteligentes, cuentan con mayor información y están habituadas a mayor actividad intelectual, por lo cual se encuentran en mejores condiciones para lidiar con los problemas y encontrarles soluciones. Por otra parte, mayores niveles de formación académica se asocian a mayores ingresos, mejores posicionamientos sociales, mayor

acceso a actividades recreativas y placenteras, menores sobresaltos por la satisfacción de las necesidades básicas, lo cual repercute en un ambiente más sano y de mayor equilibrio psicológico. De la Cruz et al. (2012) realizaron una encuesta en España el año 2006, abarcando a un total de 29.478 personas adultas con el objetivo de evaluar la asociación entre el nivel educativo alcanzado con el bienestar emocional y la salud mental de los españoles

*“encontrándose que un nivel educativo bajo se asocia con peor salud mental (OR 1.65 hombres y OR 2.36 mujeres), valoración mala o muy mala de la salud (OR 2.10 hombres y OR 2.53 mujeres), menor apoyo social (OR 1.31 hombres y OR 1.66 mujeres) y sedentarismo (OR 2.09 hombres y OR 1.80 mujeres). En la muestra estudiada, el nivel educativo es un factor asociado a diferentes dimensiones de la salud relacionadas con el bienestar subjetivo y la salud mental”.* (p. 31).

Ya se ha visto en anteriores cuadros que las personas de mayor nivel educativo son las que practican más deporte y poseen un mejor autoconcepto. Las investigaciones han demostrado que esta visión positiva de sí mismos, no solo influye favorablemente en la salud mental, sino que es responsable de un menor nivel de mortandad.

*“Existen evidencias que señalan que el nivel educativo podría ser el factor socioeconómico que mejor describa las desigualdades sociales en salud y ya ha sido descrita la asociación entre este indicador y diferentes causas específicas de mortalidad. La relación entre la salud percibida y la mortalidad puede, por tanto, resultar condicionada por el nivel educativo. Las personas que tienen un nivel educativo bajo tienden a valorar peor su salud, al verse afectadas en mayor medida que otras por problemas crónicos”.* (Regidor et al., 2002, citado por De la Cruz et al., 2012, p. 32)

## 5.6. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Después de haber presentado toda la información relacionada con los objetivos específicos, se procede a analizar el grado de veracidad o falsedad de las hipótesis, para decidir su consiguiente aceptación o rechazo.

**1. El índice de práctica deportiva promedio es “escasa” (1 – 2 días; 1 – 4 horas)** La hipótesis uno se acepta parcialmente, pues si se analizan los cuadros 3 y 4 se puede evidenciar que, de los 90 adultos investigados, el grupo con el mayor porcentaje es el que no hace nada de deporte. Este dato, por una parte, invalida lo afirmado por la hipótesis, pero si se toma en cuenta a los adultos que sí realizan deporte, lo afirmado por la hipótesis se cumple, pues el grupo más representativo es el que hace deporte 1-2 días al mes, entre 1 a 4 horas por total.

**2. Las principales características personales relacionadas con la práctica deportiva, que tienen “influencia considerable”, son: sexo, actitud familiar y de los amigos hacia el deporte.**

La segunda hipótesis se acepta ya que, a través del análisis de los datos del segundo objetivo, se ha demostrado que estos son los tres factores de mayor influencia sobre la actividad deportiva.

Según la información proporcionada por el cuadro 9 se puede evidenciar que los hombres hacen mucho más deporte que las mujeres.

Asimismo, el cuadro 15 indica que los adultos que hacen más deporte en la actualidad son aquellos cuyos padres les “han inculcado y apoyado” en alguna disciplina deportiva y, los que no hacen deporte en la actualidad son los que sus padres cuando eran niños les obligaban a hacer deporte.

Según la información del cuadro 16 los adultos que realizan más deporte son aquellos que tienen amigos que les inculcan la actividad deportiva “dando el ejemplo”;

los que hacen menos deporte son aquellos que tienen amigos “indiferentes o despreocupados” en relación a la actividad física.

**3. A mayor nivel de motivación (categorías “alto” y “muy alto”) mayor índice de práctica deportiva. El tipo de motivación predominante es el de afiliación.**

La tercera hipótesis se acepta pues los datos del cuadro 21 corroboran que el tipo de motivación predominante es el de afiliación.

Asimismo, los datos del cuadro 22 confirman que los adultos con mayor nivel de motivación (categorías alto y muy alto) son los que hacen más deporte.

**4. A mayor autoconcepto (categorías “alto” y “muy alto”) mayor índice de práctica deportiva.**

La hipótesis se acepta pues, en base a los datos del cuadro 28, se puede indicar que evidentemente las personas que tienen un autoconcepto favorable son las que realizan más actividad deportiva.

**5. A mayor nivel de salud mental (categorías “medianamente alta” y “alta”) mayor índice de práctica deportiva.**

La hipótesis se rechaza, pues, analizando los datos del cuadro 34, se concluye que los adultos con mayor salud mental hacen menos deporte que los adultos con menor salud mental.

## **CAPÍTULO VI.**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

Para elaborar las conclusiones del presente estudio se ha seguido el orden de los objetivos específicos.

#### **CONCLUSIÓN DEL PRIMER OBJETIVO. Evaluar el índice de práctica deportiva**

Los resultados de la evaluación del **índice de práctica deportiva** mostraron los porcentajes más altos en la categoría 0 días y horas (más del 40% no hace ningún tipo de deporte).

De las personas que sí hacen deporte, la categoría con el porcentaje más elevado es la de 1-2 días y 1-4 horas al mes.

De las investigaciones realizadas en otros países sobre el tema, se pudo establecer que el promedio de inactividad física en los adultos de países europeos y latinoamericanos es de más del 50%. En este sentido, se concluye que, si bien el nivel de actividad física en los adultos tarijeños es bajo, en otros países lo es más bajo aún.

#### **CONCLUSIÓN DEL SEGUNDO OBJETIVO. Establecer las características personales relacionadas con la práctica deportiva**

Las **características personales** que guardan mayor relación con la práctica deportiva son tres:

a) **Sexo.** Los hombres hacen mucho más deporte que las mujeres. Dicha conclusión ha sido corroborada por diversos estudios realizados en otros países, donde se ha encontrado que, en todas las edades, los hombres tienen mayor actividad física.

b) **Actitud de la familia hacia el deporte.** Los adultos que hacen más deporte en la actualidad son aquellos cuyos padres les “han inculcado y apoyado” en alguna disciplina deportiva cuando eran niños y jóvenes y, los que no hacen deporte en la actualidad, son los que sus padres cuando eran niños les obligaban a hacer deporte y les presentaron el deporte como una forma de castigo. Las personas que hacen más deporte

son aquellas que en la actualidad tienen algún familiar cercano (cónyuge, hijo, padre, etc.) que hace deporte regularmente y que les motiva a ejercitarlo.

c) Actitud de los amigos hacia el deporte. Los adultos que hacen más deporte son aquellos que tienen amigos cercanos que realizan regularmente algún tipo de deporte y que les motivan a acompañarles. De manera inversa, aquellos que no realizan ningún tipo de actividad física son, particularmente, los que tienen amigos cercanos que son indiferentes al deporte y que, incluso, les desmotivan a toda actividad física, inculcándoles actividades incompatibles.

### **CONCLUSIÓN DEL TERCER OBJETIVO. Identificar el nivel y tipo de motivación.**

El **tipo** de motivación predominante es el de “afiliación”. Según la teoría de David McClelland, dicho motivo está representado por la necesidad de las personas por poseer amigos y mantener relaciones sociales de toda índole. La mayor parte de los adultos que realizan algún tipo de deporte dieron como razón principal de esta actividad, la de socializar, es decir, para compartir con los amigos. El hacer deporte para el adulto tarijeño es una especie de “*pretexto*” para verse con los amigos y pasar un rato agradable.

El **nivel** de motivación en esta dimensión alcanza el nivel “alto”. En los adultos que realizan mayor cantidad de deporte predomina el motivo de logro, es decir, el trazarse metas para demostrarse a sí mismos que pueden alcanzarlas o que son los mejores.

### **CONCLUSIÓN DEL CUARTO OBJETIVO. Analizar el autoconcepto.**

El mayor porcentaje de la muestra estudiada tiene un **autoconcepto** a nivel “término medio” con tendencia al polo “favorable”. Al ser el autoconcepto la opinión que un individuo forja sobre sí mismo, estos datos significan que los adultos investigados, tienen una opinión favorable de sí mismos, pues han aprendido a quererse, aceptarse, respetarse y confiar en sí mismos.

El índice de práctica deportiva tiene relación con el autoconcepto, pues a mayor autoconcepto, mayor actividad deportiva. Los adultos que tienen un autoconcepto favorable, son los que realizan con mayor frecuencia algún tipo de práctica deportiva. Pensamientos positivos sobre uno mismo, conllevan conductas de autocuidado del cuerpo y su potenciación permanente a través del deporte. La relación también es verdadera en sentido opuesto, es decir, el deporte influye de manera favorable en el autoconcepto, pues las personas que realizan de manera cotidiana algún tipo de deporte, obtienen una serie de beneficios, como la salud y la imagen corporal, las cuales optimizan la percepción de sí mismos.

### **CONCLUSIÓN DEL QUINTO OBJETIVO. Determinar el nivel de salud mental.**

Más de la mitad de los adultos investigados se ubican en la categoría de **salud mental** medianamente alta. El mayor grado de salud mental en el área social, pues tienen una baja disfunción social. Esto significa que estas personas sienten que están cumpliendo un rol valioso en relación a los demás (familia y sociedad en su conjunto); sienten que está desempeñando un papel útil en la vida; disfrutan de sus actividades normales de cada día; afirman ser constantes en sus propósitos y no cambiar drásticamente de un día para el otro.

En base a los datos obtenidos se establece que la relación entre salud mental y práctica deportiva es negativa, pues son muchas más las personas con salud mental alta que no hacen nada de deporte, que las personas con salud mental baja que no hacen ni una hora de deporte al mes.

Finalmente, dando respuesta al **objetivo general**. Los resultados de la evaluación del **índice de práctica deportiva** mostraron los porcentajes más altos en la categoría 0 días y horas (más del 40% no hace ningún tipo de deporte).

Las **características personales** que guardan mayor relación con la práctica deportiva, Los hombres hacen mucho más deporte que las mujeres, los adultos que hacen más deporte en la actualidad son aquellos cuyos padres les “han inculcado y apoyado” en alguna disciplina deportiva cuando eran niños y jóvenes, y también hacen más deporte

aquellos que tienen amigos cercanos que realizan regularmente algún tipo de deporte y que les motivan a acompañarles.

El **tipo** de motivación predominante es el de “afiliación”, y el **nivel** de motivación en esta dimensión alcanza el nivel “alto”.

El mayor porcentaje de la muestra estudiada tiene un **autoconcepto** a nivel “término medio” con tendencia al polo “favorable”.

Más de la mitad de los adultos investigados se ubican en la categoría de **salud mental** medianamente alta.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

En la parte final de este documento se emiten las recomendaciones pertinentes, que emanan de la revisión de todos los datos analizados en esta investigación. Las mismas se dividen en tres sectores: a los adultos participantes de la investigación, a los empleadores de las diferentes instituciones y a la Carrera de Psicología.

### **A los adultos participantes de la investigación:**

A tiempo de agradecer la participación de las diferentes personas en esta investigación, es preciso mencionar que se ha encontrado un considerable número de ellas que a pesar de reconocer que deberían hacer algo de deporte y de llevar una alimentación más saludable, particularmente en beber agua (incluso por prescripción médica), no lo hacen, sencillamente por costumbre, porque los demás ya les conocen así o porque han aceptado pasivamente las consecuencias negativas de estos hábitos. A todas estas personas se les recomienda buscar ayuda profesional (asesoramiento psicológico) para fortalecer su voluntad y emprender un cambio en su conducta, tendiente a llevar una vida más saludable.

### **A los empleadores de las diferentes instituciones:**

En vista que muchos de los adultos investigados, que trabajan en diferentes instituciones, manifiestan su deseo y necesidad de llevar una vida más activa motivadamente, pero que no pueden hacerlo porque la institución no valora ni facilita la práctica deportiva, se les recomienda a los directores de empresas, implementar políticas de apoyo a la actividad física y vida saludable. Entre otras razones porque está ampliamente comprobado que los empleados que desarrollan cierta actividad deportiva

con regularidad, tienen un mayor equilibrio psicológico, desarrollan una actitud más sana hacia la vida y, por ende, tienen un desempeño más productivo en sus fuentes laborales, así como disminución de los riesgos de accidentes y disminución del índice de consulta a los seguros médicos.

### **A la Carrera de Psicología:**

A la Carrera de Psicología, fortalecer la idea del beneficio de la práctica deportiva, tanto en el plano individual, familiar, laboral como social en general. Al ser la Universidad la institución de mayor jerarquía académica y científica de la ciudad, su voz es más escuchada que cualquier persona particular o institución del medio. El fortalecimiento de los hábitos deportivos, particularmente en la adultez, podría darse a través de mecanismos, como seminarios, conferencias, apertura de materias específicas al tema o creación de salidas intermedias al currículum, con técnicos medios especialistas en psicología deportiva.

### **A los futuros investigadores del tema:**

Se les recomienda a la realización de un estudio de tipo cualitativo y longitudinal para poder medir los cambios que genera a nivel físico y psicológico la práctica deportiva a través del tiempo.

### **Quinto Objetivo:**

A mayor nivel de salud mental y mayor índice de práctica deportiva en base a los resultados esta hipótesis fue rechazado por lo que se recomienda realizar más investigaciones sobre este tema