

**Impacto beneficioso de la actividad física sobre  
la autoestima y la situación social en las personas  
mayores**

Evaristo Barrera Algarín  
Universidad Pablo de Olavide

José Luíz Sarasola Sánchez-Serrano  
Universidad Pablo de Olavide



## **Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima y la situación social en las personas mayores**

### **The positive impact of physical activity on self-esteem and social situation in the elderly**

**Evaristo Barrera Algarín**

Universidad Pablo de Olavide

ebaralg@upo.es

**José Luís Sarasola Sánchez-Serrano**

Universidad Pablo de Olavide

jlsarsan@upo.es

Fecha de recepción: 29/06/2017

Fecha de aceptación: 20/02/2018

#### **Resumen**

Se realiza estudio en la Provincia de Sevilla, en la que participa el grupo de Investigación en Trabajo Social y Político Social (PAIDI Sej-452) de la Universidad Pablo de Olavide. El objetivo de la investigación fue establecer la vinculación entre la actividad física, la capacidad funcional, la autoestima, y la situación social en las personas mayores. A partir de una metodología experimental de tipo Posttest-Only Group Design se analizan un grupo de personas mayores que realizan actividad física, y otro grupo control con perfiles sedentarios. Haciendo uso de diversas escalas entre las que destacan el VATAD y la escala de Rosenberg, se establece que la actividad física en las personas mayores queda relacionada con mayores niveles de autoestima, así como con una mejor situación social, y una mejor sociabilidad y relación con su entorno.

**Palabras clave:** Actividad física; Autoestima; Situación social; Participación social; Sevilla

#### **Abstract**

A study was carried out in the Province of Seville, in which the Research Group Trabajo Social y Político Social (PAIDI Sej-452) of the Pablo de Olavide University. The research goal was to conduct a study linking physical activity with functional capacity, psychosocial profile, self-esteem and social situation. Based on an experimental methodology of the Posttest-Only Group Design type, a group of elderly people performing physical activity and another group with sedentary profiles are analyzed. Using various scales including VATAD and the Rosenberg

scale, it is established that physical activity in the elderly is in relationships with higher levels of self-esteem, as well as with a better social situation, and a better sociability and relationship with their environment.

**Keywords:** Physical activity; Self-esteem; Social situation; Social participation; Seville

**Para citar este artículo:** Barrera Algarín, E. y Sarasola Sánchez-Serrano, J. L. (2018). Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima y la situación social en las personas mayores. *Revista de humanidades*, n. 34, pp. 59-86, ISSN 1130-5029 (ISSN-e 2340-8995).

**Sumario:** 1. Introducción. 2. Marco teórico. 3. Metodología. 4. Análisis de datos. 5. Discusión. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía. 8. Anexos.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este estudio parte de la valoración altamente positiva que tiene la potenciación y generalización de la actividad física en nuestro mayores, especialmente ante la situación de envejecimiento poblacional en el que nos encontramos inmersos desde la década de los 70, y que supone un beneficio para toda la población en general, por su valor de prevención y también de disminución de costes socio-sanitarios.

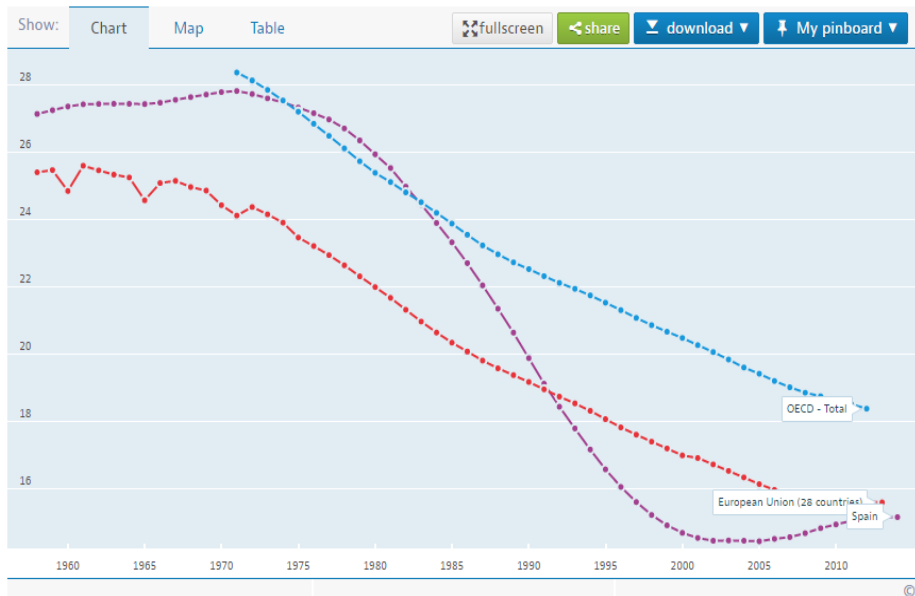
El contexto urbano refleja el fenómeno de envejecimiento generalizado que se produce a nivel mundial, vinculado a una disminución de la población más joven (0-16 años), y un aumento de la población mayor (60 y más), combinado con un aumento de la Esperanza de Vida y una disminución de la Mortalidad. Según datos de la OCDE referidos a 2017, (ver gráfica 1) la población joven ha ido disminuyendo en España, desde el 27.8 % en 1971, hasta situarse en el 15.2% en 2014. Por otro lado, se ha experimentado un importante aumento de la población mayor. Se ha pasado de un 7.8% de personas mayores en España en el año 1956, a un 18.3% en el 2014 (ver gráfica 2). Y según datos del Banco Mundial, la esperanza de vida al nacer en España, ha pasado de 69 años en 1960, a 83 en 2014 (Banco Mundial, 2017).

En este contexto de envejecimiento poblacional se hace especialmente relevante el estado de salud de la población mayor, puesto que este se traduce directamente, no sólo en un impacto en la calidad de vida del sujeto mayor, sino también y costes importantes a niveles poblacionales, tanto en términos sociales, como en políticas de salud.

Es por ello que se realizó esta investigación desde una perspectiva claramente interdisciplinar, donde el Trabajo Social conecta con otras disciplinas externas a las Ciencias Sociales, y dentro del campo de las Ciencias Naturales. La interdisciplinariedad vincula el trabajo social con otras disciplinas dentro de dominios complejos de la práctica. En contraste con la práctica multidisciplinaria, en la que

Young population Total, % of population, 1958 - 2014

Source: Labour Force Statistics: Summary tables

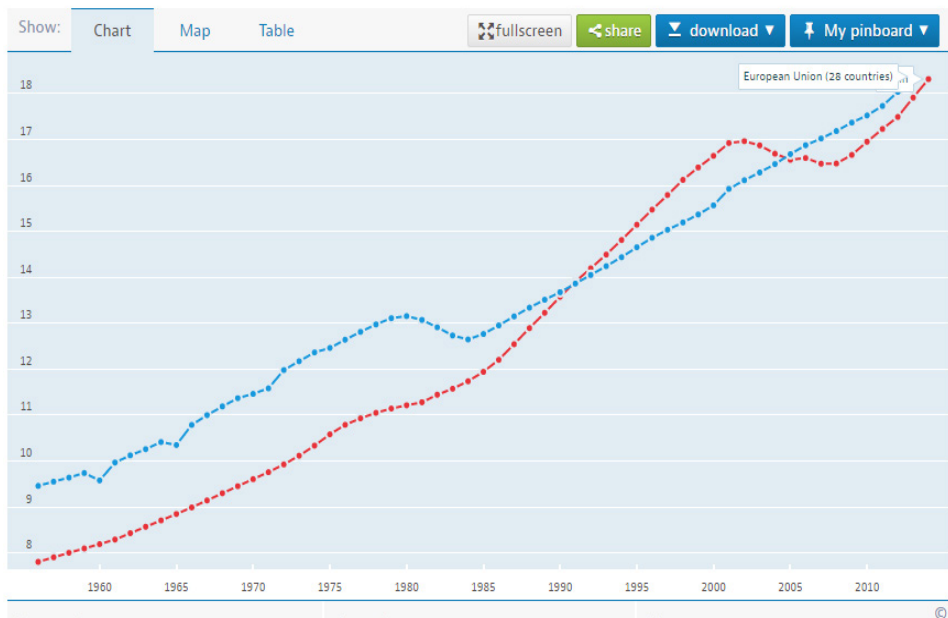


Gráfica 1. Evolución de la población joven en OCDE, UE (28), y España (1959-2014)

Fuente: OCDE (2017a)

Elderly population Total, % of population, 1956 - 2014

Source: Labour Force Statistics: Summary tables



Gráfica 2. Evolución de la Población Mayor en UE (28) y España (1956-2014)

Fuente: OCDE (2017b)

los trabajadores sociales practican junto con otras disciplinas y profesiones, todos ellos persiguen sus propios fines de intervención, la interdisciplinariedad requiere combinar aquellas prácticas propias de cada una de las disciplinas en pos de un conjunto común de resultados. La interdisciplinariedad requiere la colaboración, la integración del conocimiento y la acción, y la formación de una agenda común de práctica guiada por objetivos unificados. “Si bien la práctica interdisciplinaria amplifica el carácter distintivo del trabajo social en un determinado dominio, pone de relieve la participación de la profesión en el desarrollo del conocimiento colaborativo, el aprendizaje social y la innovación” (Moxley, 2017).

Precisamente, y para permitir una correcta vinculación de las metodologías del trabajo de investigación realizado, se hizo uso de la parte más experimental del Trabajo Social. Acero (1988), ya nos anunciaba que el Trabajo Social viene realizando experimentación desde los años 50-60. La investigación experimental y cuasi experimental proporciona la base para todos los sistemas de prácticas basadas en la evidencia que buscan identificar y promover el uso de prácticas de trabajo social basado en la evidencia (TSBE<sup>1</sup>). Esto refleja la perspectiva predominante de que la investigación experimental es la única base definitiva para las afirmaciones de que ciertos resultados pueden ser alterados por los efectos de una intervención dada (Usher, 2017). Esta metodología experimental nos permitió analizar los efectos en una población dada (personas mayores) de la actividad física regular.

## 2. MARCO TEÓRICO

Es evidente la relación que existe entre la realización de alguna actividad física de forma regular y mayores niveles de salud y bienestar en general. Este principio ya lo enunciaban en la Antigüedad, y más concretamente en el caso de la Roma Clásica, donde aún recordamos la famosa afirmación de ‘Mens sana in corpore sano’<sup>2</sup> y que viene a reivindicar la conexión necesaria de un cuerpo sano que acompañe a una mente o espíritu también sanos, y por tantos unidos de esta forma. Si tomamos como referencia este contexto, y buscamos los principios mismos de la medicina moderna, hemos de tener como ejemplo las aportaciones del griego Hipócrates, quien nos decía que el envejecimiento era un proceso caracterizado por la pérdida de calor y humedad a lo largo de los años, por eso, cuando llegamos a viejo y morimos, el cuerpo queda seco y frío. Hipócrates entonces recomendaba que lo mejor era una dieta sana y la realización de ejercicio físico de forma regular (muy parecido a las recomendaciones médicas actuales) (Malagón, 1995). Como vemos, ya Hipócrates vinculaba un mejor proceso de envejecimiento con la práctica de actividades físico-deportivas.

---

1 Trabajo Social Basado en la Evidencia.

2 Cita latina que al parecer proviene de las Sátiras de Juvenal.

Como afirman Amador y Esteban (2015, p. 150) “la práctica deportiva regular promueve beneficios físicos, biológicos, psíquicos y sociales, y son importantes tanto a nivel terapéutico como preventivo”. Y en esta línea lo confirman los últimos estudios, como por ejemplo el informe ‘comenzar activo, mantenerse activo: informe sobre la actividad física para la salud en cuatro países’ (Davies et al., 2011) llevado a cabo en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. En este trabajo se presentan pautas sobre el volumen, la duración, la frecuencia y el tipo de actividad física requerida a lo largo de todo el curso de la vida para lograr beneficios generales para la salud. Considera fundamental la promoción de la actividad física, el deporte, el ejercicio y los viajes activos para lograr beneficios para la salud. También el análisis publicado por Texeira, Carraça, Markland, Silva, y Ryan (2012), realizan una revisión sistemática sobre 66 estudios empíricos publicados hasta junio de 2011, incluyendo estudios experimentales, transversales y prospectivos que han medido las orientaciones de causalidad del ejercicio, la autonomía / necesidad de apoyo y satisfacción de las necesidades, los motivos del ejercicio (o contenido de los objetivos). En todos los estudios se analizó cómo la actividad física genera beneficios en los sujetos que la practican. No podemos olvidar las aportaciones en esta línea que nos marca la Organización Mundial de la Salud, especialmente a partir de su informe sobre “Estrategia global sobre dieta, actividad física y salud” (World Health Organisation, 2010). Mucho más específicas son las conclusiones aportadas por Franco, Tong, Howard, Sherrington, Ferreira, Pinto, y Ferreira (Franco et al., 2015) donde llegan a la conclusión de que algunas personas mayores todavía creen que la actividad física es innecesaria o incluso potencialmente dañina. Otros reconocen los beneficios de la actividad física, pero reportan una serie de barreras a la participación en la actividad física. Existe un elemento paradójico entre las barreras, que en cierto modo se concentran en la variante competitiva de la práctica deportiva como indican Pérez-Flores y Muñoz-Sánchez (2015), y los beneficios saludables que comportan dichas prácticas en las personas mayores. En cualquier caso, las estrategias para mejorar la participación de la actividad física entre las personas mayores deberían incluir: 1) aumentar la conciencia de los beneficios y minimizar los riesgos percibidos de la actividad física y 2) mejorar el acceso ambiental y financiero a las oportunidades de actividad física (Franco et al., 2015, p. 1268). Otros estudios como los de García, Bohórquez, y Lorenzo (García et al., 2014) llegarán a demostrar la relación de la actividad física como fuente de felicidad en las personas mayores. Todo ello guardando estrecha relación con precisamente la vinculación beneficiosa que se establece entre la realización de la actividad física en personas mayores, y su salud mental. En este sentido destacan las aportaciones realizadas por Jenkins, Meltzer, Jones, Brugha, Bebbington, Farrell, Crepaz-Keay, y Knapp, (Jenkins et al., 2008).

Hamer, y Stamatakis, realizarán una evaluación objetiva de la actividad física, y el estado físico vinculándolo con el bienestar subjetivo. Establecen que existe una asociación entre la actividad física y el bienestar subjetivo y que además, esta

es inconsistente, principalmente debido a la dependencia que la actividad física puede crear en los sujetos, y que quedaría vinculada con la salud subjetiva (Hamer y Stamatakis, 2010).

Si analizamos estudios específicos que hayan comparado a personas mayores activas físicamente con no activas, Kangasniem, Lappalainen, Kankaanp, y Tammelin (2014) afirmarían que los estilos de vida físicamente activo se relacionan con mejores habilidades de conciencia plena y presentan menos síntomas depresivos y psicológicos.

Resultan de especial interés las aportaciones de Guillén y Angulo quienes realizan una investigación para analizar las diferencias entre practicantes y no practicantes de ejercicio físico en personas mayores, así como las diferencias de género en relación al bienestar psicológico y ciertos rasgos de personalidad positiva como el optimismo y la esperanza. Llegarán a demostrar la relación entre bienestar psicológico, ejercicio físico y rasgos de personalidad positiva. Los participantes en este estudio fueron 150 personas (73 personas sedentarias y 77 practicantes) entre 60 y 85 años. “Los resultados apoyan la presunción teórica de que el ejercicio físico se relaciona positivamente con múltiples beneficios psicológicos para los adultos mayores y entre los que se encontrarían el optimismo y la esperanza además del bienestar psicológico. Específicamente, el ejercicio físico se asocia con dichos atributos de la fortaleza mental (Guillén y Angulo, 2016, p. 118-119).

Así mismo, Halaweh, Willén y Svantesson, evaluaron la asociación entre el nivel de actividad física (AP) y el funcionamiento físico entre personas mayores. Tras estudiar un total de 176, los participantes se clasificaron en tres grupos de actividad física: Bajo, moderado y alto. Concluirán que un nivel moderado o alto de actividad física puede contribuir a mantener el funcionamiento físico entre las personas mayores que viven en la comunidad (Halaweh et al., 2017).

Como podemos observar, resultaría de especial interés el fomento de la actividad física en las personas mayores. Martín, Martínez y Ferro (2012) realizan un estudio en España sobre una muestra de 933 mujeres y hombres (un 53,1% y un 46,9%, respectivamente) de 65 años cumplidos o más para definir los segmentos de demanda de actividades físico-deportivas en esta población. “En particular, el estudio realizado se ha centrado en las personas mayores que ‘no practican, pero desean practicar’, en las diferencias de género existentes en las actividades demandadas y en sus características organizativas” (Martín et al., 2012, p. 23). Resultan de especial interés el hallazgo de importantes diferencias de género en las actividades físico-deportivas demandadas y sus características organizativas que “nos descubre, también a través de este estudio sobre la población mayor española que no practica deporte pero que desea practicar, una cultura deportiva diferente entre hombres y mujeres en la que merece seguir profundizando en futuras investigaciones” (Martín et al., 2012, p. 36).

Uno de los planteamientos fundamentales de nuestro estudio es la vinculación beneficiosa entre actividad física y autoestima, y es que precisamente la autoestima



es un elemento fundamental para el desarrollo y bienestar del sujeto. Como afirman Guillén y Angulo, “tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo” (2016, p. 115). Keyes, Ryff, y Shmotkin (2002), en un estudio realizado en EE.UU. con una muestra de 3.032 personas entre 25 y 74 años sobre el bienestar subjetivo (entendido en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y el negativo), llegarán a demostrar la relación entre la probabilidad de bienestar óptimo que aumentó a medida que aumentaban la edad, la educación, la extroversión y la concientización.

García, Marín y Bohórquez (2012) investigaron la relación existente entre la Autoestima manifestada por personas mayores de 65 años y la realización de actividad física en una muestra de 184 personas mayores, de las que 92 realizaban actividad física frecuentemente y otras 92 desarrollaban un estilo de vida sedentario. A través de la Escala de Rosenberg, hay un “diferentes niveles de Autoestima entre los mayores que realizan actividad física y los que no, siendo significativamente más alta en los primeros” (García et al., 2012, p. 195). Por tanto, se establece la relación positiva entre la Autoestima y la realización de actividad física.

En otro estudio sobre los efectos de un programa de ejercicio físico (natación) sobre la autoestima y otros factores (medición de la autoestima también a través de la Escala de Rosenberg), utilizando una metodología con pre-test y post-test (a 33 personas mayores de 65 años), también concluyeron que se habían obtenido mejoras significativas en autoestima, reducción de peso, optimización del equilibrio y de la movilidad articular. (Gallego et al., 2012).

En 2007, Martín (2017) llevó a cabo una investigación en el Algarve (Portugal) en una muestra constituida por 425 sujetos, siendo la distribución según el género de 68 hombres y 357 mujeres. Para el grupo control, se seleccionaron 81 sujetos (12 hombres y 69 mujeres) que no practicaban actividad física en ningún programa. Se investigó cómo se relacionan las características físicas (fuerza, flexibilidad y equilibrio) con las psicológicas, especialmente ‘autoestima’ y ‘satisfacción con la vida’. A través de la utilización de distintas escalas, entre las que se encuentra la de Rosenberg, se concluye que “la autoestima a pesar de tenerla por encima de la media, es ligeramente superior la del grupo no activo y si hay mejoría en la satisfacción con la vida. Por tanto, la actividad física va a producir efectos positivos en la satisfacción con la vida aunque no hemos encontrado incidencia sobre la autoestima posiblemente por encontrarse ya elevada” (Martín, 2017, p. 227 y ss.). Como vemos, sus conclusiones sobre esta vinculación autoestima/actividad física, no son concluyentes, pues las del grupo que realizaba actividad física, ya tenía la autoestima significativamente elevada en comparación con el otro grupo.

Teixeira y otros (2016) realizaron un estudio para ver si la actividad física regular afecta a los niveles de autoestima y depresión en los adultos mayores. Constituyeron la muestra 215 personas (61 hombres y 154 mujeres), practicantes y no practicantes de actividad física, de entre 60 y 100 años. Haciendo uso de la

Escala de Rosenberg, obtuvieron resultados que mostraron que las personas mayores que practican actividad física revelan altos niveles de autoestima y niveles de depresión más bajos. Entre sus hallazgos cabe destacar que eran en concreto las personas mayores de sexo masculino, con pareja, con mayores niveles de educación y no institucionalizada los que reportaron niveles más altos. También se concluyó que a medida que aumenta la frecuencia con la que se practica actividad física, se incrementan las puntuaciones obtenidas en los niveles de autoestima, mientras las puntuaciones en depresión disminuyen.

En un reciente estudio de 2017 que vincula también la autoestima con la actividad física, se averigua que, tras analizar tiempos de ejercicio físico, y tiempos de descanso (baseline phase), llegarán a la conclusión de que la autoestima se mantiene alta durante los periodos de ejercicio físico (Awick et al., 2017).

Para descubrir la relación positiva de la actividad física con los niveles de autoestima de las personas mayores, así como de su situación social, y sus formas de sociabilidad y relación con el entorno, este estudio partió de una investigación más amplia cuyo objetivo de investigación fue la realización de estudio comparativo de poblaciones mayores, vinculando la actividad física con la capacidad funcional, su perfil psicosocial, autoestima y situación social. Este estudio inicial estableció la asociación existente entre la capacidad funcional y algunas dimensiones de CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) en personas mayores no institucionalizadas. En palabras de Del Pozo-Cruz y Otros,

En conclusión, este estudio muestra la influencia que la capacidad funcional en mayores (fuerza, movilidad, aptitud aeróbica y equilibrio dinámico) sobre diferentes dimensiones de a la calidad de vida en personas mayores no institucionalizadas. En relación a los resultados obtenidos en nuestro estudio parece ser que la capacidad aeróbica y la fuerza son las capacidades que más positivamente influyen sobre las diferentes dimensiones de la CVRS estudiadas. Por tanto los programas y estrategias de salud pública para este colectivo basadas en actividad física deberían ir no solo encaminadas al aumento de los niveles de actividad física, sino también a la consecución de un nivel de condición física óptimo, intuyendo la necesidad del trabajo de capacidad aeróbica y de la fuerza (Del Pozo-Cruz et al., 2013, p. 48).

## 1. METODOLOGÍA

Se realiza estudio de investigación en la Provincia de Sevilla sobre la vinculación que la realización de actividad físico-deportiva continuada tenía sobre la capacidad funcional de personas mayores (no institucionalizadas), su perfil psicosocial, su autoestima, y su situación social. Se ejecutó entre 2011-2012 un estudio de investigación experimental, llevado a cabo en el marco de una investigación mayor, en la que colaboraron el Departamento de (anonimizado), el Centro (anonimizado),

CIBERER, Instituto de (anonimizado), y grupo de Investigación (anonimizado).

La hipótesis de partida es que se establece una relación positiva de la actividad física con los niveles de autoestima de las personas mayores, así como de su situación social, y sus formas de sociabilidad y relación con el entorno.

El estudio de investigación siguió en todo momento las directrices éticas aceptadas internacionalmente ya las directrices éticas profesionales pertinentes. Se trata del Código de Ética Social de Trabajo y de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, y de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La selección muestral parte de un universo obtenido aleatoriamente a partir de personas mayores empadronadas en Alcalá de Guadaíra (Provincia de Sevilla). Se escogen a 41 personas mayores de 65 años, con ausencia de daño cognitivo, enfermedad cardíaca, hepática o renal (Del Pozo-Cruz, et al., 2013, p. 43). Con este primer grupo se trabajaron los siguientes instrumentos (ver tabla 1):

Tabla 1 . Instrumentos utilizados en fase II

<b>Instrumento</b>	<b>Función</b>
Cuestionario SF-36 de Alonso (Alonso et al., 1998)	Medición de la Función Física, Función Social, Rol Físico, Rol Emocional, Salud Mental, Vitalidad, Dolor Corporal y la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, Salud General.
Condición Física relacionada con la salud (CFRS) de Rikli y Jones (1999)	Medición de la capacidad funcional.

Fuente: Elaboración propia.

Este primer grupo de instrumentos fueron administrados al total del grupo de investigación (los 41 sujetos). De aquí, se crean 2 grupos de acuerdo al sexo (hombres y mujeres) y al nivel de capacidad funcional. Bajo nivel de capacidad funcional: aquellos sujetos que estaban por debajo del percentil 50 o en el percentil 50 en las pruebas de capacidad funcional; y alto nivel de capacidad funcional: aquellos sujetos que estaban por encima del percentil 50 en las pruebas de capacidad funcional (Del Pozo-Cruz et al., 2013, p. 44). A partir de esta selección de instrumentos pudimos establecer los dos grupos (control y experimental) compuestos por 16 sujetos.

Con estos 16 sujetos se pone en marcha una investigación experimental del tipo Posttest-Only Group Design, que a través de una primera asignación aleatoria de los participantes (random), se crean dos grupos de personas mayores: Grupo experimental (vinculado a la variable de actividad física continuada), y grupo control (con perfil sedentario). En ambos grupos se administran medidas de observación post-test, con los instrumentos que más adelante se explican. Se utiliza este tipo

de investigación experimental (Posttest-Only Group Design) porque, como indican Rubin y Babbie (2005, p. 325), es aconsejable cuando, pudiendo realizar asignación aleatoria de la muestra a la conformación de los grupos experimental y de control, no es posible realizar una observación post-test, y lo que se pretende es medir los efectos de algún tipo de acción, programa o actividad anterior.

Las medidas post-test se realizaron con los siguientes instrumentos (ver tabla 2):

Tabla 2 . Instrumentos utilizados en Fase III

<b>Instrumento</b>	<b>Función</b>
Cuestionario genérico de estilos de vida y uso del tiempo libre, adaptado de Barrera, Malagón y Sarasola (2011).	Consta de 216 variables y ha arrojado datos de fiabilidad de Alfa de Cronbach de '926. (Se ofrece resumen de variables utilizadas en el ANEXO I)
Escala de Autoestima de Rosenberg(Rosenberg, 1965), en su versión española adaptada de Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004).	Escala para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems con los que se consigue catalogar al sujeto en : Autoestima elevada (considerada como autoestima normal), Autoestima media (no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla) y Autoestima baja (donde existen problemas significativos de autoestima).La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.
VATAD: Escala Global de valoración social de las personas mayores. Esta escala, al valorar la situación global de los mayores, fusiona lo que otras escalas sociales sólo hacen de forma parcial (OARS Social Resource Scale, Philadelphia Geriatric Center morale Scale, Life Satisfaction Index-LSI-A, etc...) (Aretio y Sedano, 2003, p. 156).	En este sentido trabaja diferentes categorías según sus puntuaciones: vejez sana; vejez enferma; vejez frágil o en situación de riesgo social; pacientes geriátricos. Además, es capaz de medir y valorar el riesgo de maltrato, y agrupa a los sujetos en 3 categorías de situación social global según su puntuación: Buena/ aceptable situación social; Existe riesgo social; Existe riesgo social grave. Para ello, se miden al mismo tiempo las siguientes dimensiones que afectan a la persona mayor: Edad, nivel de estudios, familia, relaciones, ayuda, previsión de futuro, economía, vivienda, ocio y tiempo libre, y otros.

Fuente: Elaboración propia.

Para entender bien el proceso metodológico, podemos apoyarnos en el siguiente esquema de ideas<sup>3</sup>:

<sup>3</sup> Ver ilustración 1.

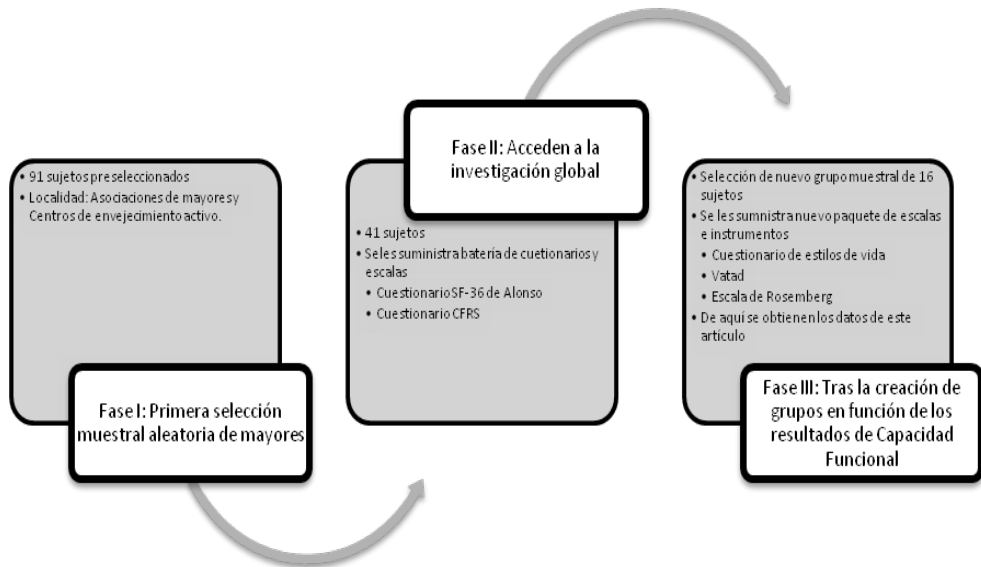


Ilustración 1. Fases de selección muestral y trabajo de campo  
Fuente: Elaboración propia.

Todo ello nos permitió la determinación de los dos grupos. Las características muestrales de los mismos se detallan a continuación (ver tabla 3):

Tabla 3 Composición muestral de los grupos Experimento y Control

	GRUPO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	GRUPO SEDENTARIO	TOTALES
Nº de sujetos	8 (50%)	8 (50%)	16 (100%)
Nº de hombres	4 (25%)	2 (12.5%)	6 (37.5%)
Nº de mujeres	4 (25%)	6 (27.5%)	10 (62.5%)
<b>Edad</b>			
60-69	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)
70-79	3 (18.75%)	1 (6.25%)	4 (25%)
80 y más	1 (6.25%)	3 (18.75%)	4 (25%)
<b>Estado civil:</b>			
Casado/a	5 (31.25%)	7 (43.75%)	12 (75%)
Viudo/a	3 (18.75%)	1 (6.25%)	4 (25%)
<b>Formación:</b>			
Inferior a educación primaria	3 (18.75%)	3 (18.75%)	6 (37.5%)
Educación primaria	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)
Educación secundaria y/o FP, bachiller y similares	1 (6.25%)	1 (6.25%)	2 (12.5%)
<b>Estudios Universitarios</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales podemos apreciar que la composición de los participantes en el experimento son más mujeres (62.5%) que hombres (37.5%), aunque en el ‘grupo experimento’ está ponderado al 50% cada uno. El 50% de los participantes tienen edades entre 60-69 años, y el otro 50% son sujetos de 70 y más años. En su mayoría (75%) son personas casadas, y un 50% con estudios de educación primaria o similar.

## 2. ANÁLISIS DE DATOS

Para empezar el análisis de los datos, nos centraremos en la Escala de Rosenberg. En líneas generales, podemos ver<sup>4</sup> cómo el 87,75% del total de los sujetos presenta una puntuación de entre 30-40, es decir, que tienen una autoestima alta (autoestima normal). Un 18,75 tendría una autoestima media, y un 15,5 % presentaría problemas significativos de autoestima.

Tabla 4. Escala de Rosenberg

	Total Muestra		Grupo Experimento		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido De 30 a 40 puntos: Autoestima alta.	11	86,75	7	43,75	4	25,0
De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.	3	18,75	1	6,25	2	12,5
Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.	2	12,5	0	0,0	2	12,5
Total	16	100,0	8	50,0	8	50,0
Total	16	100,0	8	50,0	8	50,0

Fuente: Elaboración propia.

Para ver la relación entre la autoestima y la realización de actividad física en las personas mayores, hemos de cruzar los datos. Se produce una correlación alta de Pearson de ,701 ( $p < .01$ ;  $N=16$ ). Es decir, se establece una relación significativa entre las personas mayores que realizan actividad física y los niveles de autoestima.

<sup>4</sup> Ver tabla 4.

En concreto<sup>5</sup>, el 43,75% de la muestra son personas que realizan actividad física y presenta niveles elevados de autoestima (el 25% serían sujetos con elevada autoestima, pero sedentarios). De hecho, sólo los sujetos sedentarios presentan problemas significativos de autoestima (12,5% de la muestra). Así pues, las personas mayores que realizan actividad física regular presentan una mayor autoestima, entendida en mayor sentimiento de valía personal y de respeto a sí mismo.

Tras la aplicación de la escala VATAD, que mide la valoración social de las personas mayores, obtenemos en la aplicación de las puntuaciones que la muestra total presenta una buena y aceptable situación social: En un 81,25% obtienen puntuaciones de entre 5-9 puntos. Esto implica que de forma general, aspectos como la edad, el nivel de estudios, tipo y forma de familia, calidad y cantidad de sus relaciones sociales, apoyo social medido en términos de posibilidad de ayuda, previsión de futuro, poder adquisitivo, calidad y adaptación de la vivienda, ocio y tiempo libre, y otros elementos varios, están en concordancia con la situación de la persona mayor, de forma que le proporcionan un equilibrio y posibilidades de desarrollo personal y social. Tan sólo un 18,75 % de la muestra, presentaría síntomas de riesgo social, es decir, que si no se recuperan o corrigen determinados elementos de su vida o entorno, al encontrarse en situación de riesgo, se podría agravar o deteriorar mucho más su situación social. Ninguno de los sujetos presenta riesgo social grave.

Para valorar la relación de la actividad física con la situación social de las personas mayores, hemos de acudir a los datos que nos muestran por separado el ‘grupo control’ y el ‘grupo experimento’. Se produce una correlación alta de Pearson de ,574 ( $p < .05$ ;  $N=16$ ). Es decir, se establece una relación significativa entre las personas mayores que realizan actividad física y mejores puntuaciones en la Escala VATAD (mejor situación-valoración social). La totalidad de los sujetos del grupo ‘experimento’ (50% de la muestra) poseen una buena o aceptable situación social, mientras que en el caso del ‘grupo control’, sería del 31,25%. Además, sólo en el ‘grupo control’ encontramos el 18,75% de los sujetos que tienen riesgo social. En este sentido, las personas mayores que realizan actividad física regular presentan una mejor situación social que las que no realizan esa actividad física regular.

El VATAD es un instrumento que también permite detectar otros tipos de situaciones de riesgo o vulnerabilidad social en las personas mayores, y al tiempo, clasificar a los sujetos en ‘vejez sana’, ‘vejez enferma’, ‘vejez frágil’ o en situación de riesgo social, y ‘pacientes geriátricos’. En general, la muestra se puede catalogar de ‘vejez sana’ (62,5%), pero el análisis de los datos obtenidos nos dicen que se produce una correlación alta de Pearson de ,556 ( $p < .05$ ;  $N=16$ ). Es decir, se establece una relación significativa entre las personas mayores que realizan actividad física y el perfil de ‘vejez sana’. El 43,75% de la muestra son personas mayores<sup>6</sup> que realizan actividad física regular y tienen un perfil de ‘vejez sana’, frente a un 18,75% de

---

5 Ver tabla 4.

6 Ver tabla 5.

personas mayores que no realizan deporte, aunque tengan un perfil de ‘vejez sana’. Al mismo tiempo, sólo se detecta 1 caso de ‘persona frágil’ (6,25%) en el grupo de mayores que realizan ejercicio físico, frente a 2 casos (12,5%) en el grupo de los que no realizan actividad física. Además, los únicos casos catalogados como ‘persona geriátrica’ (12,5% de la muestra), y el caso de sujeto que suma la condición de ser ‘persona frágil’ y ‘persona geriátrica’ (6,25%) se dan exclusivamente en el grupo ‘control’ (personas mayores con perfil sedentario).

Tabla 5. Clasificación VATAD por grupos

		Total Muestra		Grupo Experimento		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Vejez Sana	10	62,5	7	43,75	3	18,75
	F: Indicador relacionado con ancianos frágiles: Persona frágil.	3	18,75	1	6,25	2	12,5
	G: Indicador relacionado con pacientes geriátricos: Persona geriátrica.	2	12,5	0,0	0	2	12,5
	F + G: Persona frágil y persona geriátrica.	1	6,25	0,0	0	1	6,25
Total		16	100,0	8	50,0	8	50,0

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los análisis realizados nos informan que la cantidad de tiempo que los sujetos del grupo experimento dedican a practicar algún deporte se distribuyen de la siguiente forma: El 12,5% dedica menos de una hora al día; el 50% dedica una hora aproximadamente al día; un 25% dedica entre 1-4 horas diarias; y el 12,5% restante dedicaría aún más tiempo.

En referencia al nivel de asociacionismo, también encontramos una conexión entre el hecho de realizar una actividad física regular, y la pertenencia a entidades de tipo asociativo o comunitario. El 62,5% de los sujetos del ‘grupo experimento’ (realizan actividad física) pertenecen a algún tipo de asociación. Frente al 87,5% de los sujetos del ‘grupo control’ (población sedentaria), que no pertenecen a ningún tipo



de asociación. Todo ello también guarda relación con la preferencia de sociabilidad de las personas mayores. Cuando se les pregunta “Dónde suele realizar actividades con personas de su misma edad” (VCD006<sup>7</sup>), el 87,5% de las personas que realizan actividad física nos indican que ‘fuera de casa’, frente al 75% de las personas sedentarias, que nos dicen ‘en casa’. Si lo complementamos con otros datos obtenidos sobre la sociabilidad de la población estudiada, vemos<sup>8</sup> como de forma significativa, el grupo experimento (que realiza actividad física regular) muestra porcentajes mucho más elevados en la realización de actividades extradomésticas, como acudir a instalaciones deportivas, pasear por el parque, visita centros comerciales, viajar, participar en Talleres, salir a tomar café, pasear en bicicleta, acudir a actividades culturales, o incluso salir a bailar. El grupo control sólo obtiene un mayor porcentaje en las visitas a Centros de Salud u Hospitales.

Tabla 6. Realiza habitualmente actividades fuera de casa<sup>9</sup>

	Grupo experimento	Grupo control
Visita habitualmente instalaciones deportivas	87,5%	0%
Pasea habitualmente por el parque	87,5%	62,5%
Visita habitualmente centros comerciales	75%	50%
Realiza habitualmente viajes	62,5%	50%
Participa habitualmente en Talleres	75%	12,5%
Sale habitualmente a tomar café	62,5%	50%
Acude habitualmente a Centros de Salud u Hospitales	0%	62,5%
Pasea habitualmente en Bicicleta	25%	0%
Acude habitualmente a actividades culturales (teatro...)	50%	12,5%
Sale habitualmente a bailar	12,5%	0%

Fuente: Elaboración propia

### 3. DISCUSIÓN

El análisis de los datos nos permite establecer conexiones ente nuestros hallazgos y el marco teórico que tenemos de referencia. En primer lugar, hemos podido obtener a través del VATAD, que las personas mayores que realizan actividad física regular presentan una mejor situación social que las que no realizan esa actividad física regular, además de que se produce una relación significativa entre las personas mayores que realizan actividad física y el perfil de ‘vejez sana’. Es decir, las personas mayores que practican ejercicio físico con regularidad presentan una

<sup>7</sup> Ver Anexo I.

<sup>8</sup> Ver tabla 6.

<sup>9</sup> Los porcentajes se refieren al nº de sujetos de cada grupo que ha respondido a la opción “habitualmente” para 4 posibilidades de respuesta distinta.

mejor situación social; una vejez más ‘sana’. Esta mejor situación social, se traduce en un estar mejor o encontrarse mejor en la dimensión física, coincidiendo con las aportaciones de Amador y Esteban (2015), con Davies, Burns, Jewell y McBride (2011) y con las aportaciones de Teixeira, Carraça, Markland, Silva y Ryan (2012), o las conclusiones establecidas por Halaweh, Willén y Svantesson (2017). Todos estos estudios concluyen en que la actividad físico regular en las personas mayores, les proporciona una mejor condición física y un mayor bienestar físico. Recordemos que incluso Hamer y Stamatakis (2010) concluyeron que estos mayores activos presentaban mayores niveles de Salud subjetiva que otros mayores sedentarios. Recordemos también que nuestros datos nos dicen que los mayores practicantes de actividad física presentan una menor incidencia en las visitas a Centros de Salud u Hospitales.

Por otro lado, también genera un mayor bienestar en la dimensión psicológica. Recordemos que el VATAD que hemos utilizado, mide aspectos como la edad, el nivel de estudios, tipo y forma de familia, calidad y cantidad de sus relaciones sociales, apoyo social medido en términos de posibilidad de ayuda, previsión de futuro, poder adquisitivo, calidad y adaptación de la vivienda, ocio y tiempo libre, y otros elementos varios. Coinciden pues los resultados con las afirmaciones de Jenkins, Meltzer, Jones, Brugha, Bebbington, Farrell, Crepaz-Keay, o Knapp, (Jenkins et al., 2008), los de Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanp y Tammelin (2014) y los de Guillén y Angulo (2016), que coinciden en que la actividad física regular en las personas mayores genera una mejor salud mental y bienestar psicológico, o que incluso reduce la sintomatología depresiva.

En segundo lugar, y desde el Cuestionario genérico de estilos de vida y uso del tiempo libre, adaptado de Barrera, Malagón y Sarasola (2011), hemos observado que las personas mayores que practican ejercicio físico de manera regular, presentan una mayor integración social. Es decir, el deporte o la actividad física es un elemento potenciador de la integración social, en el sentido que implica una mayor participación comunitaria. Nuestro estudio obtiene conexión entre el hecho de realizar una actividad física regular, y la pertenencia a entidades de tipo asociativo o comunitarias. Al tiempo, vemos que las personas mayores que realizan actividad física nos indican su preferencia por realizar actividades ‘fuera de casa’. E incluso, obtenemos que los mayores que realizan actividad física regular muestran porcentajes mucho más elevados en la realización de actividades extradomésticas, como acudir a instalaciones deportivas, pasear por el parque, visita centros comerciales, viajar, participar en Talleres, salir a tomar café, pasear en bicicleta, acudir a actividades culturales, o incluso salir a bailar. Son de especial interés las aportaciones de Martín, Martínez y Ferro (2012) que pueden orientar mejor en aquellos aspectos que habría que mejorar para facilitar la conexión entre personas mayores y deporte, sobre todo en aquellos que desean hacer actividades físicas, pero no pueden practicarla. También, y siguiendo a estos mismos autores, atendiendo a la diferenciación de género que ellos detectan en su investigación. En términos generales, vemos que la

actividad física o deportiva en las personas mayores supone una mayor participación social (asociacionismo, actividades extradomésticas, actividades de sociabilidad...) que implica una mayor conexión con su comunidad de referencia, y por tanto, una mayor integración social.

Y en tercer lugar, la realización de una actividad física regular en las personas mayores, implica mayores niveles de Autoestima. Precisamente la utilización de la Escala de Rosenberg nos ha permitido observar esta correlación. Nuestros datos nos afirman con claridad que casi el 90% de la muestra (los dos grupos observados) tienen una autoestima alta (autoestima normal). Recordemos que las aportaciones de Martín (2017) nos decían que por regla general encontramos una autoestima elevada en los sujetos mayores (no institucionalizados) que practican ejercicio físico regular. Este autor no terminaba de concluir si era la actividad física lo que generaba una mayor autoestima, o precisamente quienes ya tienen la autoestima elevada, se vinculan mejor a la práctica de actividad física habitual. Pero por otro lado, el hallazgo de Awick, Ehlers, Fanning, Phillips, Wójcicki, MacKenzie, Motly McAuley (Awick et al., 2017) llegan a demostrar que la autoestima se mantiene alta mientras está el ejercicio físico, pero que disminuye cuando este se extingue. Esto vendría más bien a plantear que es el ejercicio físico el que nutre la autoestima. Nuestras conclusiones van más en la línea de que la práctica de la actividad física regular produce, entre otros beneficios, niveles más elevados de autoestima. Coincidimos con autores, que también a través del uso de la Escala de Rosenberg encuentran esta correlación. Aquí estarían las aportaciones de García, Marín y Bohórquez (2012), las de Gallego, Aguilar, Cangas, Lorenzo, Franco y Mañas (Gallego et al., 2012). También coincidimos en las afirmaciones de Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga y Vasconcelos (2016), sobre todo de la incidencia de a mayor frecuencia de actividad física, más autoestima. En nuestro estudio obtenemos que el 50% del grupo 'experimento' dedica una hora aproximadamente al día, pero incluso hay un 25% que dedica entre 1-4 horas diarias y un 12.5% restante que dedicaría aún más tiempo. No hemos podido demostrar el perfil demográfico de esta correlación entre actividad física en personas mayores y su autoestima que si establecen Teixeira y otros (Teixeira et al., 2016).

#### 4. CONCLUSIONES

El objetivo de investigación fue la realización de estudio comparativo de poblaciones mayores, vinculando la actividad física con la capacidad funcional, su perfil psicosocial, autoestima y situación social. Éste objetivo nos ha llevado a las siguientes conclusiones generales de investigación.

La primera conclusión es que la mejor situación social en las personas que practican actividad física con cierta regularidad. Implica una mejor situación social global, a niveles físicos, psicológicos y sociales. Como hemos venido explicando,

se produce una correlación significativa entre la realización de la actividad física en las personas mayores y su situación social general. Es decir, se observa unos mejores niveles de bienestar físico, donde se observa una menor conexión con los Centros de Salud u Hospitales del grupo que realiza actividad física. Al mismo tiempo, se constatan mejores niveles de bienestar psicológico y social, donde las escalas nos sitúan a esta población en la categoría de ‘Vejez Sana’, con mayor claridad que en las personas mayores sedentarias. Precisamente, estos mayores niveles de bienestar social, psicológico y físico en los mayores que practican asiduamente actividades físicas, produce un eco o reflejo en la siguiente conclusión, a la que va unida.

La segunda conclusión es que se observan mayores niveles de participación social en las personas mayores que practican actividad física con cierta regularidad. Ello implica mayor integración en la comunidad de pertenencia, lo que se traduce en una mejor integración social. Pensemos que para poder hablar de integración social, necesariamente hemos de conectarla con la participación social. En nuestras sociedades, la propia participación social, la implicación de los sujetos en su contexto, su comunidad y por ende, el propio desarrollo de relaciones sociales satisfactorias y que le aporten apoyos sociales, en muchas ocasiones es bastante complejo. Más si cabe, en el colectivo de personas mayores, y sobre todo dentro de estas, en las de mayor edad, por las limitaciones, por ejemplo de tipo físico o de dependencia que en ocasiones les imposibilita la participación y por tanto les merma su integración social. Precisamente este estudio constata cómo la realización de actividad física continuada proporciona a las personas mayores que lo realizan, no sólo una mejor condición física que fomente la participación social, sino que además, el mismo hecho de hacer deporte, ya se vincula a una actividad social o que fomenta las actividades sociales. A mayor actividad social, más participación social y más integración social en las personas mayores.

Y por último, la tercera conclusión es que se dan mayores niveles de autoestima en las personas mayores que practican actividad física con cierta regularidad. Hemos observado cómo se correlacionaba con el grupo de personas mayores que realizaban actividad física regular, en comparación con el grupo de mayores con perfiles sedentarios. Entendemos que esta mayor autoestima tampoco la podemos entender de forma separada a las anteriores conclusiones. Es decir, las personas mayores que se encuentran en mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas tienden a presentar mejores niveles de autoestima. Igualmente, las personas mayores que presentan niveles más elevados de participación social e integración social, también están vinculados a mejores niveles de autoestima. Por ello, vemos coherente que aquellas personas mayores a las que el ejercicio físico continuado proporciona una mejor situación física, psicológica y social, y unos mejores niveles de participación e integración social, necesariamente, también les proporciona unos mejores niveles de autoestima. Estas vinculaciones quedan relacionadas con las pruebas empíricas realizadas y descritas.

Por tanto, y a modo de conclusión final, entendemos que se establece una relación positiva de la actividad física en las personas mayores, con los niveles de autoestima, así como de su situación social, y sus formas de sociabilidad y relación con el entorno. Es por ello, que la actividad física en las Personas mayores, es un elemento multifactorial y multicausal que incide y beneficia de manera directa a quienes la practican. Y por ello, la actividad física en las personas mayores debería de ser mucho más extendida y facilitada a la población mayor en general. Sus beneficios no sólo serían al colectivo de personas mayores, sino que por las características que describimos, también supondría un beneficio social global, en términos sociales, económicos y sanitarios ente otros.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Acero, Cándida (1988). La investigación en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1(35), pp. 35-46. DOI:10.5209/CUTS.9499
- Alonso, Jordi; Prieto, Luís; Ferrer, Montserrat; Vilagut, Gemma; Broquetas, Joan; Roca, Josep; Serra, Joan y Anto, Josep (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), pp. 1087-1094. DOI: 10.1016/S0895-4356(98)00100-0
- Amador, Luís, y Esteban, Macarena (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, 25, pp. 145-168. DOI: HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.5944/rdh.25.2015.14374>" <http://dx.doi.org/10.5944/rdh.25.2015.14374>
- Aretio, Antonia, y Sedano, Alicia (2003). EL VATAD: Una escala de valoración social de las personas mayores. En M. Martín, *Trabajo Social en Gerontología* (pp. 155-173). Madrid: Síntesis.
- Awick, Elisabeth; Ehlers, Dlane; Fanning, Jason; Phillips, Siobhan; Wójcicki, Thomas; MacKenzie, Michael; Molt, Robert y McAuley, Edward. (2017). Effects of a Home-Based DVD-Delivered Physical Activity Program on Self-Esteem in Older Adults: Results From a Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*, 79(1), pp.71-80. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000358
- Banco Mundial. (13 de Enero de 2017). *Manco Mundial*. Obtenido de Esperanza de vida al nacer en España 1960-2014: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?end=2014&locations=ES&start=1960&view=chart>
- Barrera-Algarín, Evaristo; Malgón-Bernal, José Luís y Sarasola-Sánchez-Serrano, José Luís (2011). *De la sociabilidad a la dependencia en las personas mayores: estudio de la ciudad de Sevilla. Acercamiento a los aspectos de sociabilidad de las personas mayores en el medio urbano*. [S.l.]: Editorial Académica Española.
- Davies, Dame Sally; Burns, Harry; Jewell, Tony y McBride, Michael. (2011). *Start active, stay active: report on physical activity for health from the four home countries*

- Chief Medical Officers*. London: Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216370/dh\\_128210.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf)
- Del Pozo-Cruz, Jesus; Rodríguez, Elisabeth; Alfonso-Rosa, Rosa María; Del Pozo-Cruz, José Tomás; Grimaldi, Moisés; Navas, Plácido y López-Lluch, Guillermo. (2013). Relación entre la capacidad funcional y el perfil psicosocial en personas mayores no institucionalizadas. Diferencias basadas en género. *Kronos*, *XII*(1), pp. 41-50. [http://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/2870/2013\\_5.pdf?sequence=1](http://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/2870/2013_5.pdf?sequence=1)
- Franco, Marcia; Tong, Allison; Howard, Kirsten; Sherrington, Catherine; Ferreira, Paulo; Pinto, Rafael y Ferreira, Manuela (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, *49*(19), pp. 1268-1276. DOI: HYPERLINK "<https://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015>" 10.1136/bjsports-2014-094015
- Gallego, Jose; Aguilar, José Manuel; Cangas, Adolfo Javier; Lorenzo, José Javier; Franco, Clemente y Mañas, Israel (2012). Programa de natación adaptada para personas mayores dependientes: beneficios psicológicos, físicos y fisiológicos. *Revista de Psicología del Deporte*, *21*(1), pp.125-133. <http://www.rpd-online.com/article/view/989>
- García, Alfonso; Bohórquez, María del Rocío y Lorenzo, Macarena (2014). La implicación en la actividad física como fuente de felicidad en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *4*(1), pp. 19-30. DOI: HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v4i1.37>" 10.1989/ejihpe.v4i1.37
- García, Alfonso; Marín, Manuel y Bohórquez, María del Rocío. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, *21*(1), pp. 195-200. [https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep\\_a2012v21n1/revpsidep\\_a2012v21n1p195.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2012v21n1/revpsidep_a2012v21n1p195.pdf)
- Guillén, Félix y Angulo, Jonathan (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico Vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *11*(1), pp. 113-122. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311143051013>
- Halaweh, Hadeel; Willén, Carin y Svantesson, Ulla (2017). Association between physical activity and physical functioning in community-dwelling older adults. *European Journal of Physiotherapy*, *19*(1), pp. 40-47. HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1080/21679169.2016.1240831>" DOI: 10.1080/21679169.2016.1240831
- Hamer, Mark y Stamatakis, Emmanuel (2010). Objectively assessed physical activity, fitness and subjective wellbeing. *Mental Health and Physical Activity*, *3*, pp. 67-71. DOI: HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.09.001>" \t “\_blank” 10.1016/j.mhpa.2010.09.001



- Jenkins, Rachael; Meltzer, Howard; Jones, Peter; Brugha, Terry; Bebbington, Paul; Farrell, Michael; Crepaz-Kay, David y Knapp, Martin. (2008). *Mental health: future challenges*. London: The Government Office for Science.
- Kangasniemi, Anu; Lappalainen, Raimo; Kankaanpää, Anna y Tammelin, Tuija. (2014). Mindfulness skills, psychological flexibility, and psychological symptoms among physically less active and active adults. *Mental Health and Physical Activity*, 7, pp. 121-127. HYPERLINK “<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.06.005>” \t “doilink” DOI: 10.1016/j.mhpa.2014.06.005
- Keyes, Corey; Ryff, Carol y Shmotkin, Dov (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), pp. 1007-1022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051575>
- Malagón, José Luís. (1995). *La atención socioeducativa con personas mayores: reflexión desde los Servicios Sociales de Andalucía*. Sevilla: Padilla.
- Martín, Marta (17 de Febrero de 2017). *Influencia de un programa de actividad física sobre aspectos físicos y psicológicos en personas de más de 55 años en la población del Algarve*. Obtenido de Tesis Doctorales en Red. Universitat de València: <http://hdl.handle.net/10803/9713>
- Martín, María; Martínez, Jesús y Ferro, Silvia (2012). Impulsando la práctica de actividades físico-deportivas en la vejez. *Anduli*, 11, pp. 23-39. [http://institucional.us.es/revistas/anduli/11/art\\_2.pdf](http://institucional.us.es/revistas/anduli/11/art_2.pdf)
- Moxley, David. (14 de Febrero de 2017). *Interdisciplinarity*. Obtenido de Encyclopedia of Social Work: <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-200>.
- OCDE. (13 de Enero de 2017a). *Young population (indicator)*. Obtenido de OCDE: doi: 10.1787/3d774f19-en
- OCDE. (13 de Enero de 2017b). *Elderly population (indicator)*. Obtenido de doi: 10.1787/8d805ea1-en
- Pérez-Flores, Antonio Manuel Muñoz-Sánchez, Víctor Manuel (2015). El agonismo como origen del olimpismo y el deporte. Materiales para la historia del deporte. Suplemento Especial N° 2, pp. 327-344. [https://www.upo.es/revistas/index.php/materiales\\_historia\\_deporte/article/view/1225/1000](https://www.upo.es/revistas/index.php/materiales_historia_deporte/article/view/1225/1000)
- Rikli, Roberta y Jones, Jessi (1999). Development and validation of a functional fitness test for community residing older adults. *J Aging Phys Act*, 7, pp. 129-161. DOI: <http://dx.doi.org/10.1123/japa.7.2.129>
- Rosenberg, Morris (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubin, Allen y Babbie, Earl (2005). *Research Methods for Social Work*. Belmont: THOMSON.

- Teixeira, C., Nunes, F., Ribeiro, F., Arbinaga, F., & Vasconcelos, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de psicología del deporte*, 16(3), pp. 55-66. <http://revistas.um.es/cpd/article/view/278431/205461>
- Texeira, Pedro; Carraça, Eliana; Markland, David; Silva, Marlene y Ryan, Richard (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(78), pp. 1-30. DOI: 10.1186/1479-5868-9-78
- Usher, Charles (15 de Febrero de 2017). *Experimental and Quasi- Experimental Design*. Obtenido de Encyclopedia of Social Work: <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-138>.
- Vazquez, Antonio; Jiménez, Rosa y Vazquez-Morejón, Raquel (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y Validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), pp. 247-255. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53/55>
- World Health Organisation (2010). *Global strategy on diet, physical activity & health. Physical activity and adults recommended levels of physical activity for adults aged 18-64 years*. Switzerland: WHO.

## 1. ANEXOS

Anexo I: Tabla de variables del cuestionario genérico

Código	Variable	Media	Desviación estándar
VCD001	Género	1,65	,493
VCD002	Edad	4,65	,931
VCD003	Estado civil	2,47	,874
VCD004	Formación	2,35	1,618
VCD005	Realización de actividad voluntaria	1,64	,497
VCD006	¿Dónde suele realizar actividades con personas de su misma edad?	1,75	1,035
VCD00701	¿Con quién suele ver películas en el cine?	2,00	,000
VCD00702	¿Con quién suele ir a bares, restaurantes, sitios de copas?	2,00	,000
VCD00703	¿Con quién suele pasear por el parque?	1,90	,316
VCD00704	¿Con quién suele visitar los centros comerciales?	1,86	,378
VCD00705	¿Con quién suele realizar viajes?	2,00	,497
VCD00706	¿Con quién suele participar en actividades religiosas?	2,00	,316
VCD00707	¿Con quién suele realizar acciones voluntarias?	1,80	,447
VCD00708	¿Con quién suele participar en talleres?	1,83	,408
VCD00709	¿Con quién suele salir a tomar café?	2,00	,447
VCD00710	¿Con quién suele asistir a un concierto?	2,00	,378
VCD00711	¿Con quién suele asistir al centro de salud u hospitales?	1,70	,483
VCD00712	¿Con quién suele tomar café en casa de sus amigos?	2,00	,378



VCD00713	¿Con quién suele visitar amistades o familiares?	1,89	,333
VCD00714	¿Con quién suele hablar por teléfono?	1,56	,527
VCD00715	¿Con quién suele jugar a juegos de mesa en el hogar?	2,00	,333
VCD00716	¿Con quién suele realizar manualidades en casa?	1,40	,516
VCD00717	¿Con quién suele cocinar?	1,50	,535
VCD00718	¿Con quién suele estudiar fuera de casa?	1,50	,548
VCD00719	¿Con quién suele trabajar fuera de casa?	1,80	,447
VCD00720	¿Con quién suele cuidar a sus familiares?	1,86	,378
VCD00721	¿Con quién suele realizar visitas a museos y monumentos?	1,86	,378
VCD00722	¿Con quién suele asistir a conferencias culturales?	1,60	,548
VCD00723	¿Con quién suele ir a polideportivos?	1,56	,527
VCD00724	¿Con quién suele ver exposiciones?	1,86	,378
VCD00725	¿Con quién suele participar en el mundo cofrade?	1,88	,354
VCD00726	¿Con quién suele disfrutar de actividades deportivas?	1,57	,535
VCD00727	¿Con quién suele utilizar el correo electrónico?	1,50	,577
VCD00728	¿Con quién suele chatear, videoconferencias...?	1,50	,577
VCD00729	¿Con quién suele pasear en bicicleta?	2,00	,333
VCD00730	¿Con quién suele visitar ferias de muestras?	2,00	,333
VCD00731	¿Con quién suele acudir a fiestas de pueblos?	1,71	,488
VCD00732	¿Con quién suele realizar visitas culturales?	1,83	,408
VCD00733	¿Con quién suele ir al teatro?	2,00	,333
VCD00734	¿Con quién suele bailar?	2,00	,378
VCD00735	¿Con quién suele realizar actividades con los nietos?	1,86	,378
VCD00736	¿Con quién suele asistir a educación de adultos?	1,00	,000
VCD00801	¿Con qué frecuencia suele ver películas en el cine?	1,25	,463
VCD00802	¿Con qué frecuencia suele ir a bares, restaurantes, sitios de copas?	1,00	,378
VCD00803	¿Con qué frecuencia suele pasear por el parque?	1,62	,506
VCD00804	¿Con qué frecuencia suele visitar los centros comerciales?	1,50	,527
VCD00805	¿Con qué frecuencia suele realizar viajes?	1,38	,518
VCD00806	¿Con qué frecuencia suele participar en actividades religiosas?	1,33	,500
VCD00807	¿Con qué frecuencia suele realizar acciones voluntarias?	1,00	,000
VCD00808	¿Con qué frecuencia suele participar en talleres?	1,71	,488
VCD00809	¿Con qué frecuencia suele salir a tomar café?	1,60	,548
VCD00810	¿Con qué frecuencia suele asistir a un concierto?	1,00	,378
VCD00811	¿Con qué frecuencia suele asistir al centro de salud u hospitales?	1,70	,483
VCD00812	¿Con qué frecuencia suele tomar café en casa de sus amigos?	1,22	,441
VCD00813	¿Con qué frecuencia suele visitar amistades o familiares?	1,82	,405
VCD00814	¿Con qué frecuencia suele hablar por teléfono?	1,92	,289
VCD00815	¿Con qué frecuencia suele jugar a juegos de mesa en el hogar?	1,23	,439
VCD00816	¿Con qué frecuencia suele realizar manualidades en casa?	1,69	,480
VCD00817	¿Con qué frecuencia suele cocinar?	1,60	,516
VCD00818	¿Con qué frecuencia suele estudiar fuera de casa?	1,33	,516
VCD00819	¿Con qué frecuencia suele trabajar fuera de casa?	1,00	,378

Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima... – E. Barrera y otros

VCD00820	¿Con qué frecuencia suele cuidar a sus familiares?	1,33	,516
VCD00821	¿Con qué frecuencia suele realizar visitas a museos y monumentos?	1,43	,535
VCD00822	¿Con qué frecuencia suele asistir a conferencias culturales?	1,13	,354
VCD00823	¿Con qué frecuencia suele ir a polideportivos?	1,33	,500
VCD00824	¿Con qué frecuencia suele ver exposiciones?	1,50	,548
VCD00825	¿Con qué frecuencia suele participar en el mundo cofrade?	1,25	,463
VCD00826	¿Con qué frecuencia suele disfrutar de actividades deportivas?	1,63	,518
VCD00827	¿Con qué frecuencia suele utilizar el correo electrónico?	1,29	,488
VCD00828	¿Con qué frecuencia suele chatear, videoconferencias...?	1,00	,378
VCD00829	¿Con qué frecuencia suele pasear en bicicleta?	1,60	,548
VCD00830	¿Con qué frecuencia suele visitar ferias de muestras?	1,50	,548
VCD00831	¿Con qué frecuencia suele acudir a fiestas de pueblos?	1,33	,516
VCD00832	¿Con qué frecuencia suele realizar visitas culturales?	,86	,378
VCD00833	¿Con qué frecuencia suele ir al teatro?	1,33	,516
VCD00834	¿Con qué frecuencia suele bailar?	1,33	,516
VCD00835	¿Con qué frecuencia suele realizar actividades con los nietos?	1,60	,548
VCD00835	¿Con qué frecuencia suele asistir a educación de adultos?	1,60	,548
VCD009	La vivienda donde reside y el lugar en el que está se encuentra ¿tienen barreras arquitectónicas?	2,00	,493
VCD001001	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a parques?	1,12	,332
VCD001002	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a iglesias?	1,59	,507
VCD001003	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a asociaciones?	1,71	,470
VCD001004	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a cafeterías?	1,65	,493
VCD001005	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿realizan viajes?	1,29	,470
VCD001006	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a restaurantes?	1,76	,437
VCD001007	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a la universidad?	2,00	,493
VCD001008	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a peñas?	2,00	,493
VCD001009	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a bares, pubs u otros?	2,00	,493
VCD001010	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a centros comerciales?	1,29	,470
VCD001011	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van al hogar del pensionista?	1,29	,470
VCD001012	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a centros de salud?	1,65	,493
VCD001013	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a transporte público?	1,59	,507

VCD001014	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a casinos o recreativos?	2,00	,493
VCD001015	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿realizan acciones voluntarias?	1,94	,243
VCD001016	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a cibercafés?	2,00	,493
VCD001017	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a locutorios?	1,94	,243
VCD001018	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a educación para adultos?	1,71	,470
VCD001019	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a cine?	1,71	,470
VCD001020	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a teatros?	1,76	,437
VCD001021	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a bibliotecas?	1,88	,332
VCD001022	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a centros cívicos?	1,82	,393
VCD001023	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a asociaciones de vecinos?	1,88	,332
VCD001024	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a talleres o cursos?	1,53	,514
VCD001025	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a centros de servicios sociales?	2,00	,493
VCD001026	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a plazas?	1,59	,507
VCD001027	Cuando las personas mayores disponen de tiempo libre ¿van a gimnasios/centros deportivos?	1,35	,493
VCD001101	¿Conoce los Centros de Día?	1,80	,447
VCD001102	¿Conoce las ONG's?	2,67	,577
VCD001103	¿Conoce el Aula de Mayores o universidad de la experiencia?	1,33	,577
VCD001104	¿Conoce los hospitales o centros de salud?	1,29	,756
VCD001105	¿Conoce los centros cívicos?	1,25	,500
VCD001106	¿Conoce los centros deportivos municipales?	1,11	,333
VCD001107	¿Conoce los centros de noche?	2,00	,816
VCD001108	¿Conoce los centros comerciales?	1,10	,316
VCD001109	¿Conoce las discotecas o salas de baile?	1,75	,500
VCD001110	¿Conoce la Oficina del Consumidor?	2,00	,000
VCD001111	¿Conoce las residencias?	1,60	,548
VCD001112	¿Conoce el Hogar del Pensionista?	1,00	,493
VCD001113	¿Conoce el Servicio de Ayuda a Domicilio?	1,75	,500
VCD001114	¿Conoce la Seguridad Social?	1,00	,493
VCD001115	¿Conoce el Servicio Andaluz de Empleo (SAE)?	1,33	,577
VCD001116	¿Conoce los talleres de distrito?	1,20	,447
VCD001117	¿Conoce las Asociaciones de Vecinos?	1,33	,516
VCD001118	¿Conoce el IMSERSO (viajes y otros)?	1,13	,354
VCD001119	¿Conoce los Servicios Sociales?	1,33	,577

Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima... – E. Barrera y otros

VCD001120	¿Conoce las Unidades de Trabajo Social?	1,33	,577
VCD001121	¿Conoce peñas o clubes?	1,25	,500
VCD001122	¿Conoce el Área de Juventud?	1,33	,577
VCD001123	¿Conoce el Área de Cultura?	1,25	,500
VCD001124	¿Conoce el Área de Educación?	1,33	,577
VCD001125	¿Conoce grupos religiosos?	1,33	,516
VCD001126	¿Conoce a los ATS o DUE?	1,20	,447
VCD001127	¿Conoce al médico?	1,33	,577
VCD001128	¿Conoce a los profesionales de la educación de adultos?	1,20	,447
VCD001129	¿Conoce a los Educadores Sociales?	1,00	,000
VCD001130	¿Conoce a los Psicólogos?	1,67	,577
VCD001131	¿Conoce a los Trabajadores Sociales?	1,50	,577
VCD00121	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a los cuidados personales?	2,10	,316
VCD00122	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a sus hobbies?	2,38	,744
VCD00123	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a los estudios?	1,33	,577
VCD00124	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a la limpieza del hogar?	2,67	,778
VCD00125	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo al trabajo voluntario y reuniones?	1,33	,577
VCD00126	En caso de las personas mayores con problemas de autonomía, considera: En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a la vida social y diversión?	2,33	,816
VCD0013	Realización de actividad física regular, o practica algún deporte	2,00	,493
VCD00141	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a aficiones y juegos?	2,25	,957
VCD00142	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a ver la televisión?	2,29	,825
VCD00143	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a trayectos y desplazamientos?	1,67	,577
VCD00144	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a escuchar la radio?	1,83	,983
VCD00145	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a los cuidados familiares?	3,33	,577
VCD00146	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo al cuidado de los nietos?	2,50	,850
VCD00147	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a compras?	2,08	,760
VCD00148	En un día normal de su vida ¿dedica tiempo a cocinar?	2,27	,786
VCD0015	En relación a su situación económica	2,08	1,382

Fuente: Elaboración propia