

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE EDUCACIÓN

Trabajo Fin de Grado en Investigación en Actividades dirigidas como ámbito
deportivo.

Convocatoria Junio 2020

Efectos del entrenamiento en actividades dirigidas sobre calidad de vida relacionada
con la salud, adicción y motivación.

*Effects of training in directed activities on quality of life related to health, addiction
and motivation.*

Autor: Oliver Amate Oña.

Tutor: José Manuel Aguilar Parra.

TITULACION: Ciencias de la actividad física y del deporte.

Índice

Resumen.....	3
Abstract	4
Introducción	6
<i>Objetivos</i>	13
Método	14
<i>Participantes</i>	14
<i>Instrumentos</i>	14
<i>Procedimiento:</i>	15
<i>Análisis de datos:</i>	16
Resultados	16
Discusión y conclusiones	20
Referencias bibliográficas.....	23

Resumen

Son evidentes los problemas de salud física y mental que padecen las personas de todo el mundo, derivados muchos de ellos por el estilo de vida no saludable que desarrollan. El sedentarismo se extiende a un porcentaje muy alto de población que no practica ningún tipo de actividad física, lo que deriva en problemas de salud como la diabetes, hipertensión, etc. La actividad dirigida está definida como una actividad física guiada a un grupo de personas por un instructor cualificado para ello capaz de lograr un objetivo y generando una motivación para la práctica de actividad física. Dentro del ámbito del fitness se ofrecen gran variedad de servicios para la práctica de esta. Una de las tendencias actuales dentro del sector deportivo son las actividades de entrenamiento funcional y el trabajo de fuerza. El objetivo de este trabajo de investigación ha sido comparar el efecto de diferentes programas de actividad dirigida sobre algunas de las variables como la calidad de vida relacionada con la salud física y mental, la motivación y adicción o adherencia a este tipo de actividades. Dentro del ámbito de la salud profundizaremos en dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud: funcionamiento vital, la limitación por problemas físicos, dolor corporal, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad o energía y por último un factor de salud física y otro de salud mental. La muestra del estudio fue de 41 participantes comprendidos en diferentes grupos por rango de edad, en cuanto a estos contamos con 23 hombres y 18 mujeres. Nuestros participantes realizaron tres cuestionarios con el objetivo de la medición de tres variables, motivación, adicción y calidad de vida en el ámbito de la actividad física y concretamente en la práctica de actividades dirigidas. En cuanto a los resultados obtenidos hemos observado cómo el grupo que mayor motivación adquiere a la hora de realizar actividad física son los participantes del grupo de actividades cardiovasculares, coincidiendo con la variable de adicción, sin embargo a la hora de medir la calidad de vida de los sujetos nos hemos encontrado con que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, obteniendo un resultado en el que los sujetos se definen en general con un buen estado de salud o calidad de vida.

Palabras clave: actividades dirigidas, salud, calidad de vida, actividades de fuerza, actividades cardiovasculares, actividades cuerpo-mente, motivación, adicción, adherencia, dolor corporal, problemas emocionales, vitalidad, entrenamiento de fuerza, entrenamiento funcional.

Abstract

The physical and mental health problems suffered by people around the world are evident, many of them derived from the unhealthy lifestyle they develop. Sedentary lifestyle extends to a very high percentage of the population that does not practice any type of physical activity, which leads to health problems such as diabetes, hypertension, etc. Directed activity is defined as a physical activity guided to a group of people by a qualified instructor capable of achieving a goal and generating motivation for practicing physical activity. Within the field of fitness, a wide variety of services are offered for practice this. One of the current trends in the sports sector is functional training activities and strength work. The objective of this research work has been to compare the effect of different programs of directed activity on some of the variables such as quality of life related to physical and mental health, motivation and addiction or adherence to this type of activities. Within the scope of health, we will delve into dimensions of health-related quality of life: vital functioning, limitation due to physical problems, bodily pain, mental health, limitation due to emotional problems, vitality or energy, and lastly, a factor of physical health and another for mental health. The study sample was 41 participants included in different groups by age range, in terms of these we had 23 men and 18 women. Our participants carried out three questionnaires with the objective of measuring three variables, motivation, addiction and quality of life in the field of physical activity and specifically in the practice of directed activities. Regarding the results obtained, we have observed how the group with the highest motivation when performing physical activity are the participants in the cardiovascular activities group, coinciding with the addiction variable, however, when measuring the quality of life of the subjects we have found that there are no especially significant differences between the groups, obtaining a result in which the subjects are generally defined with a good state of health or quality of life.

Keywords: directed activities, health, quality of life, strength activities, cardiovascular activities, body-mind activities, motivation, addiction, adherence, body pain, emotional problems, vitality, strength training, functional training.

Introducción

Tras haber hablado de muchos de los beneficios que aporta realizar actividad física, debemos saber también que, la no práctica de esta puede ser perjudicial llegando a provocar enfermedades de diferentes tipos. En los últimos años se han realizado numerosos estudios epidemiológicos y experimentales en los que se han hallado y confirmado que la inactividad física es una causa importante de enfermedad y que existe una relación dosis/respuesta entre actividad física y/o forma física y mortalidad global (Márquez, 2004; Rodríguez, 2006).

Hablamos de actividad física como cualquier movimiento de nuestro cuerpo en el que se implica nuestra musculatura esquelética corporal y requiere un mínimo gasto energético añadido al metabolismo basal provocando así, una mejora en nuestra salud. Cualquier actividad como la que podría ser caminar, bailar, correr, nadar e incluso cualquier actividad en la que exista movimiento en nuestro hábito diario son consideradas como tal.

Existe gran literatura acerca de los beneficios de la actividad física para nuestro organismo, no sólo a nivel físico sino que también a nivel social y mental o psicológico. Llegando a mejorar el nivel de autoconfianza y motivación, sensación de bienestar entre otros (Vega, 2013). Tras el avance de la literatura se han llegado a conclusiones en las que se puede ver como la práctica de actividad física favorece la aparición de estados emocionales positivos como el aumento de la sensación de bienestar y la disminución de efectos de ansiedad o depresión (Dasil, 2008). Desde un punto de vista clínico hoy en día la actividad física es utilizada como terapia en la prevención de aparición de trastornos mentales (Hernández, Rivera, Shamah, Cuevas, Gaona, y Gómez, 2016). Incluso en pacientes que ya padecen algún tipo de enfermedad mental se ha comprobado que con la práctica de actividad física de carácter aeróbico en sesiones de más de 30 minutos, podrían existir repercusiones muy positivas sobre la propia enfermedad (Brazo, Maynar, Timón, 2013).

Además, y no menos importante, a nivel físico como pudimos hacer referencia anteriormente son muchos los beneficios que nos ofrece la práctica de actividad física mejora los sistemas corporales cardiorrespiratorio, musculo-esquelético y metabólico y disminuye los factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta y diabetes (González, 2010). Una actividad física moderada y realizada con control mejora la calidad de vida, también previene el desarrollo y la progresión de

enfermedades crónicas así como retrasar efectos del envejecimiento, dolor corporal, tal y como mostramos en nuestra investigación con el cuestionario (SF-36) junto con la capacidad de mejorar la sensación de bienestar de la persona. También conocida y referenciada como la “medicina fantástica” (Ros, 2007).

Por lo tanto tras haber hablado de muchos de los beneficios que tiene realizar actividad física, debemos saber también que, la no práctica de esta puede ser perjudicial llegando a provocar enfermedades de diferentes tipos. En los últimos años se han realizado numerosos estudios epidemiológicos y experimentales en los que se han hallado y confirmado que la inactividad física es una causa importante de enfermedad y que existe una relación dosis/respuesta entre actividad física y/o forma física y mortalidad global (Córdova-Pluma, Vega-López, Ortega-Chavarría, Mellado-Orellana, 2020).

Además el aumento de esta causa en los últimos años no sólo ha sido propiciado por la inactividad deportiva, sino que contribuyen a esto malos hábitos diarios alimenticios y la adicción a las nuevas tecnologías. En los países desarrollados el ser humano se encuentra mal adaptado al tipo de vida en la que existe gran disponibilidad de energía y en la que ya no es tan necesario un gran esfuerzo físico. La amplia gama de tecnologías de las que se disponen en un hogar ha llevado a generar sedentarismo (Del Valle, Prieto, Nistal, Martínez, y Ruíz, 2016).

Profundizando sobre una de las enfermedades más encontradas en la actualidad hablaremos sobre la obesidad. Debemos saber que, el peso corporal va en relación con el aporte calórico y el gasto energético. Cuando existe un balance es positivo hay aumento de peso, sin embargo, al contrario nos encontramos con un índice de peso corporal. Para el cálculo del peso corporal ideal utilizaremos una fórmula de medida genérica del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (cm)}^2$). La obesidad se define con como el índice de masa corporal mayor a 30. Entre los valores 25 y 29,9 nos encontramos con indicativos del término sobrepeso (*fig.1*).

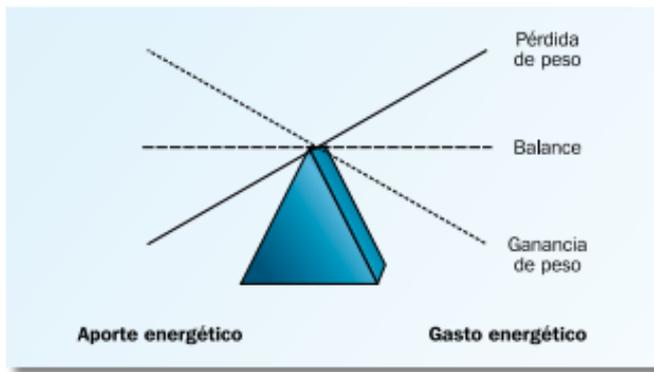


Figura 1.

Balance de energía (gasto energético = aporte energético)

Fuente: Márquez (1995).

Por lo tanto, y contrastando la información anterior, existe el aumento de los casos de sobrepeso y obesidad en todo el mundo (*fig.2*) y esto se debe al gasto energético que realizamos en actividades diarias, siendo este menor que el aporte calórico a nuestro cuerpo. No sólo en el público infantil si no que cada vez es más apreciable en el sector adulto ya que cada vez se cuentan con más recursos tecnológicos a los que añadirse provocando esto la reducción de la actividad física y el gasto energético (Bouchard, Blair & Haskell, 2012).

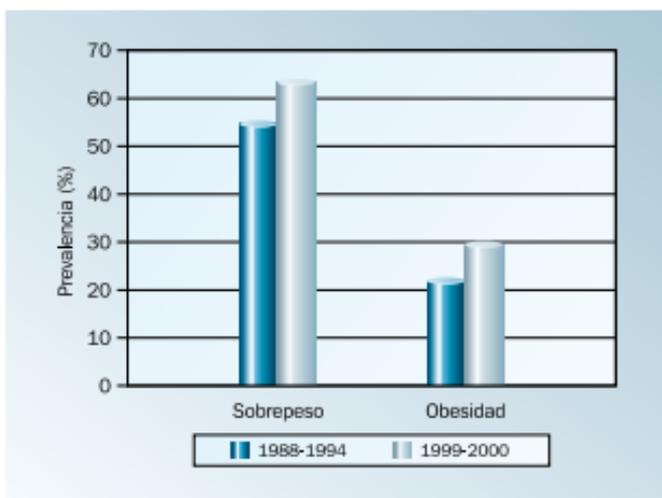


Figura 2.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en EE.UU (Fuente: Flegal y cols, 2002).

Debemos saber que el sedentarismo nos lleva más allá y a consecuencias más extremas como podría ser la mortalidad, en el peor de los casos. La literatura reciente nos señala que hay asociación entre la actividad física y el índice de mortalidad (fig. 3).

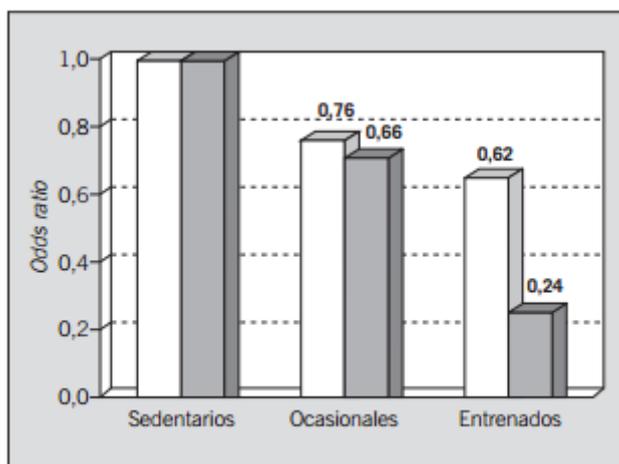


Fig. 1. Odds ratio de mortalidad según la actividad física. Emparejado por hermanos gemelos y ajustado por tabaco, ocupación y alcohol. (Tomada de Kujala et al.¹³.)

Figura 3.

Odds ratio de mortalidad según la actividad física. Emparejado por hermanos gemelos y ajustado por tabaco ocupación y alcohol. Fuente: Bouchard y Blair, 2006).

Se encontró una disminución del riesgo de muerte que oscila entre el 17-67% en los hipertensos que realizan actividad física (Hernández-Gil; Pérez-Morales; Arias-Vázquez, 2016). Los resultados de este estudio apoyan que la actividad física practicada de forma regular se asocia con la reducción del riesgo de muerte en enfermedades de tipo cardiovascular y se observó que en los grupos seleccionados de edades de entre 40 y 80 años la reducción del riesgo relativo fue del 28-67%.

Además del aumento de recursos tecnológicos como principal enemigo de la práctica de la actividad física, nos encontramos con otra causa manifestada por un grupo de personas en un estudio realizado en el acusan a la falta de motivación para no realizar actividad física. (Vega, 2013). ¿Es importante la motivación para realizar actividad física?

Como pudimos referenciar anteriormente, hubo gran preocupación y en consecuencia tener como objetivo reducir el sedentarismo en la población (Zurita Sumohano & Jáuregui Gómez, 2011). Por este motivo se llevó a cabo el estudio de la motivación y la adherencia de la actividad física y un estilo de vida saludable (Castañeda-Vázquez, Castro-Sánchez, Moreno y Puertas-Molero, 2018).

A raíz de todo esto la psicología deportiva ha ido evolucionando con el paso de los años y esto ha provocado y generado diferentes métodos para poder medir y estudiar al sujeto que practica deporte y al que no para evaluar y conocer si la motivación genera adherencia a la actividad física y poder llevar así un estilo de vida saludable.

La literatura hace referencia a que sí que hay efectos positivos y relacionados entre motivación y práctica de actividad física, ya que la práctica regular de esta llega a crear un adherencia considerable (Moreno-Murcia,,Borges, Marcos, Sierra y Huéscar, 2012). No obstante, las causas más frecuentes con el abandono tienen que ver con factores personales, factores ambientales y factores del programa (Márquez Rosa, 2013). En nuestro caso, trataremos de estudiar esta variable a través de un cuestionario llevando a cabo en análisis de un grupo de personas que acuden regularmente a una instalación deportiva.

Actualmente el sector “gimnasios y centros deportivos” se constituye como una parcela de gran importancia dentro del panorama de la industria del ocio. Estos han sufrido una serie de cambios y evoluciones con el paso de los años, hasta llegar al punto de ofertar gran cantidad de servicios (Reverter y Barbany, 2007). Algunos centros deportivos se caracterizan por ofertar un servicio buffet en el que nos encontramos con gran cantidad de variedad a la hora de realizar actividad física, programas individualizados como el trabajo en sala fitness o el entrenamiento personal, trabajo en medio acuático ya que algunas centros cuentan con piscinas climatizadas durante todo el año y/o al aire libre e incluso la propia oferta de actividades dirigidas en las que estas a su vez ejercen diferencias entre ellas para realizar la práctica deportiva.

Es en la década de los 90 cuando los gimnasios tienen un ligero incremento en su expansión y debido al gran número de ellos es cuando entonces surge la competitividad, esto les obliga a tener nuevas actualizaciones y modificaciones. Aquí es donde surge la oferta de los primeros programas innovadores como *Step* o *Body*

Pump, un método de entrenamiento que nos ofrece la oportunidad de entrenar de forma grupal, trabajando sobre un objetivo en concreto y guiadas por un instructor/a cualificado.

Estos centros pasan a denominarse Centros de Fitness y Fitness Center. Según Zaragoza (1994) se deben diferenciar estos centros novedosos de los tradicionales teniendo cada uno un objetivo diferente, ya que el tradicional se basa en el trabajo de un objetivo en concreto como el aumento de la fuerza, la flexibilidad del cuerpo y los centros fitness buscan un campo más amplio, potenciación física, la educación sanitaria, el control emocional, etc. En definitiva, un total estilo de vida que le permite el pleno disfrute de la vida. Estos centros surgen a partir de la preocupación de la sociedad por su propio cuerpo, con el trascurso de los años se van habilitando centros cada vez con más relación social y no sólo un lugar para el entrenamiento si no para favorecer esas relaciones con los demás. (The ECOS-16 questionnaire for the evaluation of health related quality of life in post-menopausal women with osteoporosis, 2004). Ya a finales de la década de los noventa, aparecieron estos centros en EE.UU y a continuación se trasladaron estos ideales a Europa. Todo parecía indicar que en el futuro el cliente buscaría actividades y servicios que se puedan realizar de forma diaria y que tuvieran un precio atractivo siendo capaz de llegar a todo tipo de estatus social. Actualmente, y también ya en Europa nos encontramos con cadenas de Centros Fitness que se han especializado en programas de una duración determinada (30 o 60 minutos) que están teniendo éxito y logrando una importante expansión. Todo esto apunta y las grandes empresas deportivas trabajan día a día para lograr un objetivo en concreto, hacer sentir feliz y bien al consumidor con el entorno, ofreciéndole un gran abanico de posibilidades con el fin de estimularlo a ser partícipe de una vida activa y en forma en cualquiera de las actividades que realicen.

En definitiva, existe relación directa entre las tendencias del fitness de hoy en día y lo que buscan los centros deportivos ya que las emociones provocadas por el producto y consumo influyen directamente sobre la satisfacción del cliente (Sánchez Buján, 2004). Aquí podríamos incluir a las actividades dirigidas, de la creación de paquetes de productos y servicios que aporten nuevas experiencias y despierten nuevos sentimientos y sensaciones.

En una encuesta nacional de tendencias fitness recogidas en el año 2020 el cliente se decanta por un servicio en primer lugar, impartido por alguien cualificado para ello, como herramienta indispensable, un profesional en su campo que sea capaz de medir y sobre todo cubrir las necesidades del consumidor. En la pirámide de la encuesta nos encontramos con actividades funcionales junto con programas de entrenamiento individualizados y para adultos o mayores (de la Cámara; Valcarce-Torrente; Veiga, 2020).

Estos servicios tienen relación directa con lo que ofrece hoy en día un centro deportivo que como ya referenciamos anteriormente trabajan todos los días para satisfacer al consumidor.

Para todo esto cobra un papel muy importante el llamado marketing, que se entiende como un instrumento social que nos permite conocer qué y cómo podemos producir (Araque y Montero, 2012) utilizado por las empresas para desenvolverse en el mundo de la competencia (Bacca y Barreto, 2008). El marketing deportivo trabaja día a día para investigar y analizar lo que se pueden ver en las instalaciones deportivas, o en definitiva, lo que entusiasma y motiva al cliente a realizar actividad física. Por lo tanto es de gran importancia que el marketing deportivo sepa llegar al cliente pudiendo despertar sus intereses y emociones ya que estas son las causantes de provocar el deseo y el entusiasmo sobre un servicio deportivo ofertado (Rodríguez, 2012).

Aunque parezca incierto y contradictorio la práctica de la actividad física en exceso puede llevar a consecuencias perjudiciales, así lo define la literatura en la que nos cuenta que se pueden llegar a casos de adicción (Lorenzo Pontevedra, 2007).

Ha sido un gran trabajo el que se ha hecho a lo largo de los años de diferentes campos como el gobierno y la industria para promover y favorecer un estilo de vida más saludable y activo, con el apoyo de otros colectivos como médicos, educativos, psicólogos, etc. Como consecuencia en las últimas décadas la sociedad ha crecido ligeramente en la participación de actividades físicas o programas de ejercicio físico, incluso llegando a ser en la actualidad la «industria del fitness y del deporte» una empresa muy lucrativa.

Se ha podido observar, con el paso de los años, como para algunas personas esto puede provocar un desajuste cuando la actividad física se lleva de forma excesiva en cuanto a frecuencia, intensidad y duración (Cox y Oxford, 2004). Es decir, llevar a

cabo una práctica deportiva más allá de lo necesario o sin límites puede generar síntomas físicos o psicológicos negativos llegando a alterar la conducta del individuo. Algunos expertos han determinado este precedente como adicción al deporte pudiendo causar daños o alteraciones negativas). Sin embargo, en la actualidad se desconocen datos epidemiológicos concretos aunque en el estudio realizado por Terry Szabo y Griffiths (2004) apunta a una tasa de prevalencia de 2,5% a 3%.

Nuestro estudio constará de varios cuestionarios anónimos trasladados a 41 usuarios de un centro deportivo de la provincia de Málaga en la localidad de Marbella. Aquí trataremos de medir algunas las variables como: la motivación y la adherencia a la actividad física y en su defecto a la actividad dirigida, a la percepción y calidad de vida como beneficios positivos de la actividad física y la adicción como efecto negativo de esta.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es comparar el efecto de diferentes programas de actividades dirigidas en relación a la calidad de vida de las personas, la motivación hacia la práctica deportiva, la adicción que producen y la percepción del participante que tiene sobre su estado físico actual.

En relación a los objetivos específicos, el primero de los objetivos de la investigación es determinar qué actividad física dirigida produce mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud.

El segundo objetivo, trata de valorar cuál es la actividad física dirigida que produce mayores niveles de motivación hacia la práctica de AF.

El tercer objetivo es determinar qué tipo de programa de AF dirigida produce una mayor adicción hacia su práctica.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 41 personas que participaban en actividades dirigidas. 12 en actividades cardiovasculares, 22 en actividades de fuerza y 7 en actividades de cuerpo mente. En cuanto a los participantes dicen complementar su entrenamiento con trabajo independiente en sala de fitness un 70,7%, el 29,3% dice no hacerlo. Entre ellas había 23 hombres y 18 mujeres. Se distribuyeron en grupos de edad de 18 a 24 con cuatro personas, de 25 a 34 con 32 personas y de más de 35 con 5 personas. Estos sujetos son usuarios habituales en el centro deportivo, es decir, acuden durante todo el año y con regularidad a la instalación desde la apertura de este. Algunos/as de ellos acuden en compañía de un amigo/a o familiar con la que mantienen relación y otros con vínculos que se han creado en el propio centro deportivo.

Finalmente, el 36,6% de los sujetos acude con una frecuencia 1-2 veces por semana, el 29,3% asisten al centro 2-3 veces por semana, 3-4 veces por semana y 5 o más veces coinciden con el 17,1%.

Instrumentos

El SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas. Este da como resultado un perfil de escalas multi-ítem conteniendo de dos a diez ítems cada una, y una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguna de las ocho escalas multi-ítem. Las medidas sumarias de salud físicas y mentales han sido publicadas (Ware y cols., 1995). Es uno de los instrumentos más utilizados y evaluados. Este cuestionario valora los estados tanto positivos como negativos de la salud. Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y valoración declarada de la salud, son los ocho conceptos que se miden.

Utilizamos el cuestionario de la Regulación de la Conducta en el Ejercicio (BREQ-3): se incluyeron en la versión española del BREQ-2 (Moreno et al., 2007) los nuevos ítems creados por Wilson et al. (2006) para medir la regulación integrada. El instrumento, encabezado por la sentencia «Yo hago ejercicio físico...», quedó compuesto por un total de 23 ítems: cuatro para regulación intrínseca, cuatro para regulación integrada («porque está de acuerdo con mi forma de vida», «porque considero que el ejercicio físico forma parte de mí», «porque veo el ejercicio físico como una parte fundamental de lo que soy», «porque considero que el ejercicio físico está de acuerdo con mis valores»), tres para regulación identificada, cuatro para regulación introyectada, cuatro para regulación externa y cuatro para desmotivación. El ítem «porque me pongo nervioso si no hago ejercicio regularmente», inicialmente creado para medir la regulación identificada en la primera versión del BREQ (Mullan et al., 1997), fue incluido en este estudio como medida de la regulación introyectada. En la regulación introyectada el practicante tiene un sentimiento de culpa, vergüenza y malestar si no realiza ejercicio, en línea de lo que plantea este ítem. Sin embargo, en la regulación identificada la persona practica ejercicio porque lo considera importante y beneficioso, no porque se ponga nervioso o esté inquieto.

Además, hemos incluido en nuestra investigación una escala para la medida de la dependencia del ejercicio físico (en adelante DEF), también llamada adicción al deporte. El motivo de realizar dicha escala es obtener un instrumento que permita evaluar comportamientos en torno al deporte que pueden ser perjudiciales tanto para la salud física como para la mental. Se han encontrado asimismo síntomas de abstinencia en personas acostumbradas a realizar mucho ejercicio físico que por algún motivo tienen que dejar de entrenar, similares a los encontrados por abuso de sustancias (irritabilidad, nerviosismo...), y de tolerancia, comprendidos 29 ítems. (Montero-Domínguez, 2016).

Procedimiento

En primer lugar se realizó una revisión de la literatura en diferentes bases de datos en torno a la temática a estudiar para conformar una buena base teórica. Una vez realizada, se conformaron definitivamente los objetivos del estudio. Posteriormente se seleccionaron los instrumentos a utilizar. Se redactó un consentimiento informado y se procedió a pedir los permisos al centro deportivo. A continuación y después de ese

primer contacto con los participantes nombrados anteriormente se les aplicaron los siguientes cuestionarios, SF-36, motivación y adicción.

Para continuar con la investigación llevamos a cabo el análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS 26.0 (IBM., 2012). Con el objetivo de comparar y ver las diferencias en los resultados para redactar este informe final.

Análisis de datos

Puesto que se trabajó con un pequeño tamaño muestral sin homogeneidad de varianzas, se decidió utilizar pruebas no paramétricas. Por ello, en todos los análisis de los diferentes objetivos se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados

En primer lugar se verificó que no hubiese diferencias entre los grupos a razón de sexo, edad, imc, peso, talla, y nivel de práctica de actividad física, no hallando respecto a ninguna de estas variables diferencias estadísticamente significativas $p > .05$ en todos los casos.

En primer lugar, se valoró si existían diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de actividades dirigidas analizados en relación a la motivación hacia la práctica de actividad física en relación a los objetivos específicos de la investigación.

En este caso, como se puede apreciar, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la Tabla 1 en relación a los niveles de motivación y los diferentes tipos de actividades dirigidas que se practican. No obstante, en los rangos de las puntuaciones, podemos observar como las actividades cardiovasculares producen una mayor motivación en relación a la puntuación total, seguida de las de fuerza y las de cuerpo mente respectivamente.

Podríamos decir que estas actividades clasificadas como “cuerpo-mente”, se enfocan en mayor medida en la parte espiritual y mental del cuerpo, en definitiva, en trabajar aspectos interiores y menos visibles, por lo que podríamos llegar a entender la menor participación con respecto a otras actividades, apoyándonos en lo referenciado anteriormente y con respecto al papel del que practica actividad física dentro de la sociedad.

Tabla 1. Niveles de motivación en función del programa de actividad dirigida que se practica.

	AD	N	Rango	H kruskal	gl	Sig. (p)
Motivación Intrínseca	Cardiovascular	12	22,17	,698	2	,705
	Fuerza	22	21,41			
	Cuerpo y mente	7	17,71			
	Total	41				
Integrada	Cardiovascular	12	23,75	2,476	2	,290
	Fuerza	22	21,41			
	Cuerpo y mente	7	15,00			
	Total	41				
Identificada	Cardiovascular	12	21,54	,602	2	,740
	Fuerza	22	19,84			
	Cuerpo y mente	7	23,71			
	Total	41				
Introyectada	Cardiovascular	12	22,54	,313	2	,855
	Fuerza	22	20,55			
	Cuerpo y mente	7	19,79			
	Total	41				
Externa	Cardiovascular	12	16,92	2,326	2	,313
	Fuerza	22	23,36			
	Cuerpo y mente	7	20,57			
	Total	41				
Desmotivación	Cardiovascular	12	20,33	3,737	2	,154
	Fuerza	22	23,66			
	Cuerpo y mente	7	13,79			
	Total	41				
IAD	Cardiovascular	12	25,58	2,590	2	,274
	Fuerza	22	19,48			
	Cuerpo y mente	7	17,93			
	Total	41				

Posteriormente, el segundo objetivo, trata de valorar cuál es la actividad física dirigida que produce mayores niveles de motivación hacia la práctica de AF, se ha tratado de determinar qué tipo de actividad dirigida provoca una mayor adicción hacia la actividad física. Tal y como se muestra en la Tabla 2, no hemos encontrado diferencias

estadísticamente significativas, no obstante, en relación a la variable adicción hacia la práctica de AF, podemos observar como la que arroja un rango mayor es el grupo de actividades cardiovasculares, en todos los factores excepto en recompensas, en la que vemos como se sitúa en primer lugar las actividades de fuerza seguidas de las actividades cuerpo-mente.

Tabla 2. Niveles de adicción en función del programa de actividad dirigida que se practica.

	AD	N	Rango	H kruskal	gl	Sig. (p)
Evitación Efectos Negativos	Cardiovascular	12	23,29	,639	2	,726
	Fuerza	22	19,93			
	Cuerpo y mente	7	20,43			
	Total	41				
Autoconcepto	Cardiovascular	12	24,83	5,640	2	,060
	Fuerza	22	21,77			
	Cuerpo y mente	7	12,00			
	Total	41				
Compromiso	Cardiovascular	12	23,71	1,188	2	,552
	Fuerza	22	19,23			
	Cuerpo y mente	7	21,93			
	Total	41				
Reducción	Cardiovascular	12	21,58	,075	2	,963
	Fuerza	22	20,98			
	Cuerpo y mente	7	20,07			
	Total	41				
Recompensas	Cardiovascular	12	15,58	3,824	2	,148
	Fuerza	22	23,70			
	Cuerpo y mente	7	21,79			
	Total	41				

Como hemos podido observar en la Tabla 3, en relación a los niveles de calidad de vida de los sujetos en función del programa de actividad dirigida practicada, el mejor rango situado en cuanto a la percepción de su forma física son los sujetos en el grupo incluido de las actividades cuerpo-mente. No vemos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los grupos de actividades cardiovasculares y actividades de fuerza ya que estos se asemejan. En cuanto a la percepción del estado mental de diferentes grupos nos encontramos con que predomina el grupo de las actividades de fuerza, teniendo una

diferencia considerable con respecto a los otros dos grupos.

En cuanto a la funcionalidad de los sujetos para realizar actividades del día a día como pueden ser llevar bolsas de la compra o subir las escaleras del portal de casa, nos encontramos como el grupo que mejor se siente es de actividades cardiovasculares, acompañados de los sujetos del grupo de actividades de fuerza.

No hay discrepancia en cuanto a la vitalidad de los diferentes grupos analizados ya que en general todos tienen una percepción buena de su estado físico como podemos ver en los resultados. Aunque si podemos observar como el grupo en el que encontramos mayor dolor corporal es el de las actividades cuerpo-mente. Existen coincidencias en los dos grupos de mayor intensidad física (cardiovascular y fuerza) ya que se definen como los dos grupos de mayor salud mental y salud emocional.

Tabla 3. Niveles de calidad de vida en función del programa de actividad dirigida que se practica.

	AD	N	Rango	H kruskal	gl	Sig. (p)
Estado físico	Cardiovascular	12	20,00	,703	2	,704
	Fuerza	22	20,45			
	Cuerpo y mente	7	24,43			
	Total	41				
Estado mental	Cardiovascular	12	20,75	3,123	2	,210
	Fuerza	22	23,32			
	Cuerpo y mente	7	14,14			
	Total	41				
Estado físico-funcional	Cardiovascular	12	23,33	3,157	2	,206
	Fuerza	22	21,50			
	Cuerpo y mente	7	15,43			
	Total	41				
SF-36 ROLE PHYSICAL (0-100)	Cardiovascular	12	21,25	,986	2	,611
	Fuerza	22	21,70			
	Cuerpo y mente	7	18,36			
	Total	41				
Dolor corporal	Cardiovascular	12	19,50	1,863	2	,394
	Fuerza	22	20,70			
	Cuerpo y mente	7	24,50			
	Total	41				

Vitalidad	Cardiovascular	12	20,29	,137	2	,934
	Fuerza	22	21,64			
	Cuerpo y mente	7	20,21			
	Total	41				
Rol social	Cardiovascular	12	20,04	,775	2	,679
	Fuerza	22	22,36			
	Cuerpo y mente	7	18,36			
	Total	41				
Rol emocional	Cardiovascular	12	21,79	1,492	2	,474
	Fuerza	22	21,73			
	Cuerpo y mente	7	17,36			
	Total	41				
Salud mental	Cardiovascular	12	19,25	,603	2	,740
	Fuerza	22	22,32			
	Cuerpo y mente	7	19,86			
	Total	41				

Discusión y conclusiones

Hemos tratado de dar respuesta a los objetivos de nuestro estudio observando como la actividad dirigida produce buenos niveles de calidad de vida relacionada con la salud física y mental de las personas que la practican. Como se puede apreciar en la Tabla 3, no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la calidad de vida relacionada con la salud entre las tres actividades., lo que nos lleva a concluir que las tres actividades llevan a reportar a los usuarios buenos niveles de calidad de vida relacionada con la salud independientemente de la actividad practicada.

Respondiendo al primer objetivo, aunque no existían diferencias estadísticamente significativas como se ha señalado anteriormente, hemos podido comprobar como el grupo que tiene mayor percepción sobre una mejor calidad de son los sujetos agrupados en actividades cuerpo-mente. Queriendo comprobar la causa en literatura científica de la actividad física, en la que referencia que la práctica de este tipo de

actividades favorece el trabajo de fuerza resistencia, flexibilidad, higiene postural y el pleno conocimiento de nuestro cuerpo ya que favorece la conexión de lo mental con lo físico, y por último, como cualquier actividad física, mejora y favorece la circulación sanguínea (Pozo, 2016). Aunque sorprendentemente el grupo predominante en la percepción del estado mental, es el de actividades de fuerza, teniendo una diferencia considerable con respecto a los otros dos grupos. Estos resultados pueden explicar tal y como señalan Barbosa y Urrea (2018) el aumento de ejercicio aeróbico o de entrenamiento de la fuerza ha demostrado reducir síntomas depresivos de manera significativa y mejorar la salud mental más que otros tipos de actividad física.

Dando respuesta al segundo objetivo propuesto en la investigación, pudimos observar que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la motivación hacia la práctica de actividad física por desarrollar un tipo de actividad dirigida de las tres que hemos evaluado. No obstante, en los rangos de las puntuaciones, podemos observar como las actividades cardiovasculares producen, como señala León et al (2006) mayor desarrollo en grupo y además provocan beneficios claros para la salud en relación a la puntuación total, provocando una mejora del autoconcepto y compromiso. A continuación las de fuerza y por último las actividades cuerpo mente. Siguiendo la línea de los resultados, hemos comprobado como la literatura hace referencia a que las actividades cardiovasculares reducen considerablemente factores de riesgo como la diabetes o la hipertensión arterial. En la actualidad existe gran evidencia científica en la que podemos encontrar como el ejercicio físico y la práctica de estas actividades puede ser un tratamiento más que eficaz para controlar esos factores de riesgo (Marcos Becerro & Galiano Orea, 2003). Como conclusión creemos que puede ser una causa por la que estas actividades reportan mayores niveles de motivación ante la práctica de AF.

Como comentamos a lo largo del trabajo, nuestro tercer objetivo era determinar qué tipo de programa de AF dirigida produce una mayor adicción hacia su práctica. Coincidiendo con el segundo de los objetivos, hemos podido apreciar como en la Tabla 2, como la variable de adicción se encuentra en mayor medida en los grupos de actividades cardiovasculares, seguidas de las de fuerza y cuerpo mente, generando como dijimos anteriormente conceptos como el compromiso. Como conclusión y en línea con lo señalado en la literatura, creemos que esto puede tener relación directa con efectos

negativos de adicción, es decir, puntuaciones excesivamente altas pueden llegar a causar estos efectos de dependencia o adicción a la actividad física llegando a provocar problemas para la propia salud, una de las causas para llegar a estos efectos negativos se debe a una sociedad actual que tiene como prioridad valores centrados en la estética y el culto del cuerpo, esto se inclina por un ideal concreto de cuerpo, tal y como se propone en la moda. Se conforma así un fenómeno social que es el causante de esta nueva sacralización del cuerpo en tres sentidos: belleza, salud y rendimiento (Vázquez, 2001).

Además pudimos comprobar como hay discrepancia en cuanto a la vitalidad de los diferentes grupos analizados ya que en general todos tienen una percepción buena de su estado físico como podemos ver en los resultados. Aunque si podemos observar como el grupo en el que encontramos mayor dolor corporal es el de las actividades cuerpo-mente. Esto puede asociarse a que este tipo de actividad tiene gran capacidad rehabilitadora a la hora de su práctica, ya que a diferencia de las otras actividades incluidas en el estudio, esta actividad reduce impacto físico, articular e intensidad física. Uno de los sujetos que nos podemos encontrar en esta actividad padece dolor con el objetivo de eliminarlo o reducirlo (LeFort et al., n.d.).

Como conclusión final, hemos podido comprobar que la práctica de la actividad física en general es beneficiosa en diferentes aspectos y no solo a nivel físico como se suele destacar. Además de provocar beneficios como la prevención de patologías o enfermedades, de retrasar el envejecimiento y de ser usada como medicina, proporciona valores como el compromiso y el autoconcepto a través de la obtención de resultados, como hemos apreciado en los grupos de fuerza como grupo más destacado. Los tres grupos de actividades dirigidas, no solo a nivel mental como hemos visto mejoran, si no que ayudan a obtener una mayor funcionalidad de los sujetos para realizar actividades del día a día como pueden ser llevar bolsas de la compra o subir las escaleras del portal de casa. Destacando como el grupo que mejor se siente es de actividades cardiovasculares, acompañados de los sujetos del grupo de actividades de fuerza ya referenciado anteriormente.

Por último, esta investigación nos ha mostrado como la actividad física llegada al extremo se pueden observar casos de dependencia a esta o adicción, llegando a provocar lesiones o patologías tanto a nivel físico o mental. (López-Barajas, Castro-López, Zagalaz-Sanchez, 2012).

Referencias bibliográficas

Badia, X., Díez-Pérez, A., Lahoz, R., Lizán, L., Nogués, X., & Iborra, J. (2004). The ECOS-16 questionnaire for the evaluation of health related quality of life in post-menopausal women with osteoporosis. *Health and quality of life outcomes*, 2, 41. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-41>

Brazo, F., Maynar, M., & Timón, R. (2013). *Evaluación fisiológica en la actividad física y en el deporte*. Sevilla: Wanceulen Editorial.

Bouchard, C., Blair, S., & Haskell, W. (2012). *Physical activity and health*. Leeds: Human Kinetics.

Cox, R., & Oxford, J. (2004). *Addiction Research and Theory* (12th ed., pp. 167-188). Oxford.

Devís, J. (2007). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.

DG, C., & DG, B. (2007). Effect of short-term equal-volume resistance training with different workout frequency on muscle mass and strength in untrained men and women. *Journal Of Strength And Conditioning Research*, (21), 204-7.

Dosil, J. (2008). *Psicología de la actividad física y el deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

García, A., Marín, M., & Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.

García, F. (2006). *Posmodernidad y deporte: Entre la individualización y la masificación*. Madrid: CSD y CIS.

Gómez, M., & García, C. (2012). *Marketing sensorial* (22nd ed., pp. 30-40).

González-Cutre, D., Sicilia, A., y Fernández, A., (2010). Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: Medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicothema*, 22, 841-847.

González, M.(2013).. *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. Barcelona: Elsevier.

Gutierrez, M. (2020). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista De Educación Física*, (77), 514.

Jara, P. (2013). *Motivación para la práctica de actividad física y deportiva*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A.

Lacharite-Lemieux M, Brunelle JP, y Dionne IJ. (2015). Adherence to exercise and affective responses: Comparison between outdoor and indoor training. *Menopause*, 22(7), 731-740.

León Castro, J. (2006). *Fisioterapeutas del Servicio Gallego de Salud*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): MAD.

López-Barajas, Castro-López, & Zagalaz-Sánchez. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 91-100.

Lorenzo, M. (2007). *Autoestima*. Vigo (España): Nova Galicia Edicións.

Marcos, J., & Jiménez, J. (1994). *Ejercicio, forma física y salud*. Madrid: Eurobook.

Marcos Becerro, J., & Galiano Orea, D. (2003). *Ejercicio, salud y longevidad*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Turismo y Deporte.

Márquez Rosa, S. (2013). *Adherencia y abandono en la actividad física y deportiva*. Editorial Díaz de Santos, S.A.

Márquez, S. (2004). *Adherencia al ejercicio físico: determinantes, modelos y estrategias de mantenimiento*. (12th ed., pp. 93-116). Domus.

Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista De Psicología General y Aplicada*, (48), 185-206.

Montero-Domínguez, E. (2016). *Diseño y validación de una escala para la medida de la dependencia del ejercicio físico (EDEF)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Moreno, J., Cervelló, E., & González-Cutre, D. (2006). *Motivación autodeterminada y flujo disposicional*. *Anales de Psicología*, 25(2), 310-317.

Mozo, L. (2003). *Lecturas: Educación física y deportes* (62nd ed., pp. 1514-46). Buenos Aires

Navarro, N., González-Cutre, D., Marcos, P., Hernandez, F., Vera, J., & Moreno, J. (2008). *Perfiles motivacionales en la actividad física saludable: un estudio desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación*. In En Actas del XI Congreso Nacional, XI Andaluz y III Iberoamericano de Psicología de la Actividad Física y del Deporte. Sevilla. Universidad de Pablo Olavide.

Pérez, S. (2014). Actividad física y salud: aclaración conceptual. *Efdeportes.Com, Revista Digital*, (19), 193.

Sánchez Buján, P. (2004). *Hacia una gestión de calidad en los centros deportivos*. Madrid: Gymnos.

Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). *Addiction Research and Theory* (12th ed., pp. 489-499). Oxford.

Veiga, O., Valcarce, M., King, A., & de la Cámara, M. (2017). *Encuesta nacional de tendencias de fitness en España para 2018*. In *Retos* (33rd ed., pp. 279-285).

Veiga, O., Valcarce, M., King, A., & de la Cámara, M. (2018). *Encuesta nacional de tendencias de fitness en España para 2019* (35th ed., pp. 341-347).

Zurita, M., & Jáuregui, G. (2011). *Educación para la salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.