

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y DEPORTE**  
**Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte**  
Curso: 2019-2020

**LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE ATLETAS DE MARATÓN Y MEDIA  
MARATÓN**

AUTOR/A: ANDER ARRATE ZELAIA

DIRECTOR/A: ESTIBALIZ ROMARATEZABALA ALDASORO

Fecha, 25 de MAYO de 2020

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	5
<b>METODOLOGIA</b> .....	9
<b>PARTICIPANTES:</b> .....	9
<b>PROCEDIMIENTO:</b> .....	10
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.</b> .....	10
<b>RESULTADOS</b> .....	11
<b>DISCUSIÓN</b> .....	16
<b>CONCLUSIONES</b> .....	19
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20

## RESUMEN

Son muchos los estudios que se interesan sobre de la calidad de vida y la percepción de la salud y el bienestar de las personas, pero pocos de ellos se centran en la percepción de la calidad de vida de los atletas amateurs. El presente estudio tiene como objetivos principales, analizar y comparar la percepción de la calidad de vida y del bienestar en atletas amateurs de maratón y media maratón, así como analizar la diferencia en la percepción de la calidad de vida y del bienestar en función del sexo y de la edad de los atletas. 133 atletas de maratón (n=28) y ½ maratón (n=85) respondieron a la escala de Hooper y al cuestionario SF-36 una semana antes de participar en su respectiva prueba (maratón o media maratón). En la prueba de maratón, los menores de 40 años declararon tener un mayor dolor muscular, mientras que los hombres declararon estar más sanos de lo que estaban un año antes. En cambio, las mujeres de ½ maratón se sintieron más felices, con más energía y con mas vitalidad que los hombres. Además, los participantes menores de < 40 años de ½ maratón, declararon estar más nerviosos, aunque los mayores de 40 años se sentían más sanos y menos agotados que ellos.

*Palabras claves: Calidad de vida, bienestar, sexo, edad, corredores, amateur.*

## ABSTRACT

There are many studies that are interested in the quality of life and perception of people's health and well-being, but few of them focus on the perception of quality of life. The main objectives of this study are to analyze and compare the perception of quality of life and well-being in amateur marathon and half marathon athletes, as well as analyzing the difference in perception of quality of life and well-being based on the sex and age of athletes. 133 marathon athletes (n=28) and ½ marathon (n=85) answered the Hooper scale and the SF-36 questionnaire one week before participating in their respective event (Marathon or Half-Marathon). In the marathon test, those under 40 reported more muscle pain, while men reported being healthier than they were a year earlier. In contrast, the women of ½ marathon felt happier, more energetic and more vital than the men. In addition, participants under 40 from the ½ marathon, reported being more nervous, although those over 40 felt healthier but more exhausted than the others.

Keywords: Quality of life, well-being, sex, age, runners, amateur.

## MARCO TEÓRICO.

El término Calidad de Vida se empieza a utilizar en el siglo XX, centrándose mayoritariamente en el bienestar socioeconómico derivado de la depresión de la década de los 30. Aun así, no coge fuerza hasta la época de la posguerra, entre los años 1945 y 1960 (Cardona y Agudelo, 2009). En esa época, reunían únicamente datos objetivos como la situación socioeconómica, el nivel educacional o el tipo de domicilio en el que vivían. Pero, se dieron cuenta que estos indicadores eran insuficientes, y dieron pie a indicadores subjetivos, como la felicidad o la insatisfacción. De esta manera, utilizaron el concepto de calidad de vida para distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivadas de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Urzua y Caqueo-Urizar, 2012).

Dicho esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2005 la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Por lo tanto, podríamos decir que se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS, 2005). Esta misma filosofía se ha trasladado al ámbito de la salud, dándose a conocer como Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En este caso podríamos definirla como; el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (Fernández-López et al., 2010).

Operacionalizar y medir la calidad de vida tiene una gran dificultad, ya que tiene diferentes componentes los cuales son muy subjetivos. Aun así, se han podido establecer diferentes dimensiones para después construir conceptos que puedan abordar el concepto de la calidad de vida. Los dominios que la OMS propone relevar para valorar la calidad de vida son: a) el correspondiente a la salud física; b) el psicológico; c) el nivel de independencia; d) las relaciones sociales; e) el entorno; y f) la espiritualidad y creencias personales (Farinola, 2011).

Dicho esto, podemos observar cómo hay una gran correlación positiva entre los dominios propuestos por la OMS para valorar la calidad de vida y los posibles efectos positivos que generan las actividades físico-deportivas, por lo que cuanto más ejercicio físico haga uno, a la hora de valorar la calidad de vida se obtendrá un mejor resultado. Entre esos efectos positivos,

podemos ver como mediante el ejercicio físico mejoraríamos la salud física, el dominio psicológico o el social, entre otros (Ministerio de Educación, 2005).

Por lo tanto, se puede decir que las actividades físico-deportivas – individualizada a la persona, basado en evidencia científica y con una buena realización - influyen directamente sobre la calidad de vida, ya que incide directamente sobre la organización del tiempo de ocio o sus hábitos de salud. Esta influencia puede darse de manera directa o indirecta: por los efectos positivos que nos aporta (los diferentes beneficios que nos puede facilitar) y por lo que puede prevenir (deterioros físicos, soledad, alteraciones emocionales...) (Cantón Cirivella, 2001).

Los efectos de esa influencia entre las actividades físico-deportivas y la calidad de vida se pueden ver plasmadas en los diferentes estudios realizados por diferentes autores en los cuales se concluye en que el ejercicio físico puede tener muchos efectos positivos tanto en la salud de la persona como en la calidad de vida, tales como (Cantón Cirivella, 2001):

- Disminución de los riesgos de infarto.
- Aumento del bobeo sanguíneo al corazón y disminución del ritmo cardiaco.
- Disminución del ritmo arterial.
- Disminución de los niveles de lactato en sangre.
- Incremento de la capacidad pulmonar.
- Mejora de la oxigenación muscular periférica.
- Mejora de los problemas con la obesidad.
- Mejora del tono muscular.
- Mejora de la lívido y de la satisfacción sexual.
- Mejoría del sueño.
- Facilita estados de humor agradables.
- Aumento de autoestima.
- Facilita el desarrollo de interacción social.

Una vez establecidos los conceptos teóricos, podemos observar como la calidad de vida tiene un gran abanico de investigaciones en diferentes ámbitos científicos. En primer lugar, la gran parte de investigaciones han ido a parar en el ámbito de la salud. En este ámbito hemos podido observar diferentes avances en la medicina la cual ha llevado al alargamiento cronológico de la vida de las personas, y por ello, ha cogido importancia un nuevo término: Calidad de Vida para la salud. Este concepto es utilizado para saber cuál es la percepción de un paciente respecto a los efectos que puede provocar una enfermedad, o la utilización de diferentes tratamientos

en los ámbitos físicos, emocionales y sociales. Podemos observar cómo se están llevando a cabo muchas investigaciones en las cuales intervienen personas con cáncer, sida, asma o esclerosis múltiple, entre otras patologías (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

En segundo lugar, las dimensiones de psiquiatría y psicología las investigaciones que se han realizado han sido mayoritariamente teniendo en cuenta los resultados sacados en programas individualizados a pacientes con una enfermedad crónica (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

En tercer lugar, la educación también es un ámbito en el cual se han realizado y se están realizando estudios acerca de la calidad de vida. Aun así, de todas las de las dimensiones mencionadas anteriormente, la dimensión de la educación es la menos investigada. Existen muy pocos instrumentos para evaluar los efectos de la educación en la calidad de vida, y es por esa escasez de instrumentos por lo que se ha trabajado menos en este ámbito (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

A partir de los años 80 se empezó a trabajar también con personas con discapacidad. Para las personas con discapacidad la calidad de vida es una meta en los distintos programas que siguen día a día. En ellos, se busca la individualización de los programas, la autodeterminación, el modelo de apoyos y las técnicas de mejora de la calidad (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

En cuanto a las investigaciones relacionadas a la calidad de vida y la actividad física, podríamos decir que la gran mayoría de investigaciones se centran en un grupo de edad o etapa evolutiva. La calidad de vida y la actividad física han sido investigadas mayoritariamente en la etapa evolutiva de la vejez, es decir, personas mayores de 65 años. En dichos trabajos, han tratado de investigar los factores que influyen en la calidad de vida de estas personas, las cuales son: las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que pueden recibir las personas mayores (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

No obstante, no se ha investigado en exceso en cuanto a la calidad de vida y deportistas de diferentes disciplinas. Mediante una revisión bibliográfica hemos podido comprobar la escasez de trabajos dirigidos hacia la calidad de vida y deportistas.

Debemos destacar que, en la gran mayoría de los artículos relacionados con la calidad de vida y el deporte, los participantes en esas investigaciones han sido jóvenes o adolescentes. Por otro lado, prácticamente ninguna investigación se ha centrado en la calidad de vida y el deporte. En la mayoría de ellas, podemos observar como el principal objetivo era trabajar con

dimensiones pertenecientes a la calidad de vida, pero no con ella en conjunto. Claro ejemplo de eso son diferentes trabajos los cuales han investigado sobre programas de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida (Duarte Carranza y Anderson Nedrick, 2013), los motivos y actitudes referidos al estilo y hábitos de vida (Cantón Chirivella y Sánchez Gumbau, 1997), el sueño en deportistas en competición (García-Mas et al., 2003) o la incidencia y manejo del estrés en deportistas (Garcés de Los Fayos Ruiz y García Montalvo, 1997).

En nuestra investigación se van a utilizar el cuestionario SF-36 y el índice de Hopper como herramientas de trabajo y son unos instrumentos validados para la valoración de la salud. En cuanto al SF-36 sirve para medir la percepción de la salud, mientras que el índice de Hooper mide la percepción de la salud en cuanto al estrés, fatiga, daño muscular, etc.... Dichos cuestionarios han sido utilizados en trabajos que investigaban diferentes modalidades deportivas.

La mayoría de esos trabajos abarcan muchos ámbitos deportivos en una sola investigación, con el objetivo de comparar y sacar conclusiones entre diferentes modalidades. En ellos, las modalidades que predominan son el fútbol, el baloncesto, el fútbol americano, la gimnasia, el beisbol, el softball, el atletismo y la natación. (Moreira et al., 2014). Aun así, podemos observar cómo algunos trabajos se especifican en ciertos ámbitos deportivos, los cuales mayoritariamente se centran en el fútbol, como por ejemplo los trabajos; Recurrentes conmociones y riesgos de depresión en exfutbolistas retirados (Guskiewicz et al., 2007) y la alta prevalencia de osteoartritis 14 años después de una rotura del ligamento cruzado anterior en jugadores masculinos de fútbol (Von Porat et al., 2004). Otros trabajos se centran en el fútbol americano como, el estatus de salud en jugadores retirados de fútbol americano (Nicholas et al., 2007) o en el submarinismo como, la reducción de la calidad de vida en los ex buceadores del Mar del Norte está asociada con la enfermedad de descompresión (Irgens et al., 2007).

Por lo tanto, se puede observar cómo estos cuestionarios no han sido utilizados con mucha habitualidad en la modalidad deportiva del atletismo. Es por ello, por lo que sería interesante conocer estos aspectos en el atletismo con atletas amateur de larga distancia.

Por ello, los objetivos de este estudio fueron analizar y comparar la percepción de la calidad de vida y del bienestar en atletas amateurs de maratón y media maratón, así como analizar la diferencia en la percepción de la calidad de vida y del bienestar en función del sexo y de la edad de los atletas.



## METODOLOGIA

### PARTICIPANTES:

En el presente estudio participaron 113 atletas corredores de maratón y de media maratón de categoría amateur. El 77% de los participantes eran chicos ( $n= 87$ ;  $40 \pm 10,64$  años), el 21% chicas ( $n=24$ ;  $41 \pm 9,2$  años) y el 2% restante se definieron como no dicotómicas ( $n=2$ ;  $58 \pm 8,48$  años). Los atletas pertenecían a dos diferentes pruebas, la Behobia San Sebastián (media maratón, 21 km) y la Zurich maratón de San Sebastián (modalidad maratón, 42 km). El 14% ( $n = 15$ ) de estos atletas había padecido una lesión en los dos meses anteriores a la participación en la prueba, el 36% ( $n = 41$ ) de estos atletas había trabajado con profesionales de diferentes ámbitos para la preparación de la prueba (mayoritariamente con graduados/licenciados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, [ $n = 32$ , 72%,]) y el 78% ( $n = 88$ ) de los encuestados había participado en anteriores ediciones de dichas pruebas.

En cuanto a la Behobia San Sebastián, fue la edición 55 de la carrera que tuvo lugar el día 10 de noviembre de 2019. Del total de los participantes en el estudio, 85 atletas (75% del total de participantes) con una media de edad de  $37 \pm 10,1$  años provenían de dicha prueba. Respondieron, 65 chicos (76%,  $39 \pm 10,11$  años), 19 chicas (24%,  $41 \pm 9,2$  años) y una persona se autodefinió como no dicotómica (de 52 años).

Por otro lado, la Zurich maratón San Sebastián, se celebró el 24 de noviembre. De todos los participantes encuestados, 29 atletas (25% del total de participantes) con una media de edad de  $47 \pm 9,1$  años provenían de esta prueba. De ellos, 23 eran chicos (79%,  $42 \pm 9,24$  años), 5 eran chicas (21%,  $38,4 \pm 5,34$  años) y una persona se autodefinió como no dicotómica (64 años).

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron tener licencia federativa en vigor, ser mayor de edad y haber participado en la media maratón de Behobia-San Sebastián (21 km) o en la Zurich Maratón de San Sebastián (modalidad maratón). Antes de comenzar el estudio se obtuvo el visto bueno de los organizadores de ambas carreras y todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, así como del procedimiento de la investigación y participaron voluntariamente en el mismo. El estudio siguió las pautas marcadas en la Declaración de Helsinki (2013) y fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEISH: M10\_2019\_243) de Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

## PROCEDIMIENTO:

Una semana antes de la participación en la Behobia San Sebastián o en la Zurich Maratón de San Sebastián, se recogieron telemáticamente y de manera anónima los datos genéricos de todos los participantes en el estudio y a su vez todos los corredores respondieron a las cuestiones planteadas en la escala de Hooper y el cuestionario SF-36 sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Por lo que el cuestionario creado para el estudio estaba dividido en tres apartados:

El primer apartado hacía referencia a los datos generales de los participantes (Ítems 1-13). Este apartado, a su vez, se subdividió en dos subapartados. El primero de ellos hacía referencia a datos genéricos (Ítems 1-4) como la edad (Edad) y el sexo (Sexo). Y el segundo de ellos hacía referencia a los datos deportivos (Ítems 5-13).

El segundo apartado correspondía a la escala de Hooper (Ítems 13-17) (Hooper et al., 1995) o el índice de Hooper. Mediante ella, percibimos la salud en cuanto a la fatiga, el estrés o el daño muscular y el descanso de sueño. Estaba compuesto por cuatro ítems: nivel de fatiga (Fatiga), nivel de estrés (Estres), nivel de dolor muscular tardío (DolMusc) y calidad del sueño (Sueño). En la escala de Hooper, se utiliza la escala tipo Likert para las posibles respuestas, escala 1-7, donde 1 sería muy muy bajo y 7 muy muy alto.

El tercer y último apartado, correspondía al cuestionario SF-36 (Ítems 18-53) (Ware y Sherbourne, 1992). Se utilizó la versión validada en castellano (Alonso et al., 1995). En cuanto al objetivo, es una herramienta que tiene por objetivo conocer la percepción de la salud. En el cuestionario SF-36 se utiliza la escala de Likert para las posibles respuestas. con dos posibles escalas escala del 1 al 3 (1= sí, me limita mucho y 3= No, no me limita) (Ítems 20-29) y escala del 1 al 5 (1= Siempre y 5= Nunca) (Ítems 18-19 y 30-54).

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los resultados se presentan como media  $\pm$  desviación típica (DT) para cada una de las respuestas aportadas por los participantes en cada ítem o pregunta. También se realizó un análisis de la diferencia en porcentaje (Dif (%)) =  $[(\text{Media 1} + \text{Media 2}) * 100 / \text{Media 2}]$ . El tamaño del efecto (TE) se calculó atendiendo al método propuesto por Cohen (1988). Tamaños del efecto menores a 0,2, entre 0,2-0,5, entre 0,5-0,8 o mayores de 0,8 fueron considerados trivial, bajo, moderado o alto, respectivamente. También se realizó un ANOVA de dos factores para analizar la interacción entre los factores Prueba-, Sexo y Prueba-Edad. El análisis estadísticos se realizó con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, versión 23,0 Chicago, Illinois,, EE.UU.). Para determinar las diferentes diferencias significativas que pudiera haber se utilizó el criterio  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra las respuestas declaradas en la escala de Hooper por todos los corredores amateur de media maratón y maratón, así como los obtenidos por los corredores en función del sexo y de la edad de los participantes (< 40 años y > 40 años) y del tipo de prueba disputada (Maratón y ½ maratón). En la prueba de maratón, el grupo de < 40 años declaró un mayor dolor muscular que el grupo de > 40 años antes de disputar la prueba (Dif. (%) = -30.1, TE = -0.9, alto,  $p < 0.05$ ).

La tabla 2 muestra las respuestas declaradas en el cuestionario SF-36 por todos los corredores amateur de media maratón y maratón, así como los obtenidos por los corredores en función del sexo, de la edad de los participantes (< 40 años y > 40 años) y del tipo de prueba disputada (Maratón y ½ maratón). Por un lado, en cuanto al sexo de los corredores, el grupo de mujeres de media maratón declaró valores más altos en Vitalidad (Dif. (%) = -34.5, TE = -1.1, alto,  $p < 0.01$ ), MuchaEnergía (Dif. (%) = -32.4, TE = -0.7, moderado,  $p < 0.01$ ) y en Feliz (Dif. (%) = -25.8, TE = -0.6, moderado,  $p < 0.05$ ) en comparación con el grupo de hombres. En cuanto al grupo de hombres de maratón declararon valores mayores en SaludAñoAnt respecto a las mujeres (Dif. (%) = 8.8, TE = 0.4, bajo,  $p < 0.01$ ). En los resultados de la prueba ANOVA de dos factores, podemos concluir que en el binomio sexo-prueba no hay interacción entre las variables ( $p > 0.05$ ).

En cuanto a los resultados obtenidos en función de la edad de los participantes (< 40 años y > 40 años), se observaron diferencias significativas en los corredores de media maratón. Los corredores de < 40 años, declararon tener un mayor nivel de nerviosismo (Nervioso) durante las 4 semanas previas a la prueba (Dif. (%) = 13.3, TE = 0.6, moderado,  $p < 0.05$ ). A pesar de ello, los corredores de > 40 años mostraron valores más altos en Sano (Dif. (%) = -40.4, TE = -0.7, moderado,  $p < 0.05$ ) y en Agotado (Dif. (%) = 8.1, TE = 0.3, bajo,  $p < 0.05$ ) en comparación con el grupo de < 40 años. En los resultados de la prueba ANOVA de dos factores, se concluye que hay una interacción entre las variables edad-prueba ( $p < 0.01$ ).

**Tabla 1. Resultados en la escala de Hooper declarados por todos los corredores amateurs de media maratón y maratón participantes en el estudio en función del sexo, de la edad de los participantes (< 40 años y > 40 años) y la prueba disputada (media maratón y maratón).**

	Maratón				½ maratón			Maratón			½ maratón		
	Todos	Hombres	Mujeres	Dif. (%) TE	Hombres	Mujeres	Dif. (%) TE	< 40 años	>40 años	Dif. (%) TE	< 40 años	>40 años	Dif. (%) TE
<b>Hooper (escala 1-7)</b>													
<b>Estrés</b>	3,13 ± 1,43	3.67 ± 1.63	3.20 1.30	± -14,7(-0,4)	2.92 ± 1.40	3.16 ± 1.26	7,2 (0,2)	3,40 ± 1,34	3,63 ± 1,64	6,3 (0,1)	2,94 ± 1,49	3,03 ± 1,18	3,0 (0,1)
<b>Fatiga</b>	3,53 ± 1,12	3.63 ± 0.92	3.40 0.55	± -6,76 (-0,42)	3.63 ± 1.18	3.11 ± 1.20	-16,7(-0,4)	3,8 ± 0,45	3,54 ± 0,93	-7,3 (-0,3)	3,69 ± 1,33	3,26 ± 1,95	-13,2 (-0,2)
<b>Sueño</b>	3,10 ± 1,21	3.00 ± 1.14	3.60 1.52	± -20 (0,39)	3.18 ± 1.25	2.79 ± 1.08	-14 (-0,4)	3,2 ± 1,64	3,08 ± 1,14	-3,9 (-0,1)	3,10 ± 1,36	3,09 ± 1,01	-0,3 (0)
<b>DolorMusc</b>	3,04 ± 1,16	3.13 ± 0.95	2.80 1.30	± -11,79 (-0,25)	3.09 ± 1.23	2.84 ± 1.17	-8,8 (-0,2)	3,8 ± 0,45	2,92 ± 1,02	-30,1(-0,9)*	3,12 ± 1,27	2,91 ± 1,15	-7,2 (-0,2)

*Dif. (%) = diferencia de medias en porcentaje; TE = tamaño del efecto; <40 años = menores de 40 años; >40 años = mayores de 40 años; Estrés = percepción del nivel de estrés; Fatiga = percepción del nivel de fatiga; Sueño = percepción del nivel de descanso nocturno; DolorMusc = percepción del nivel de dolor muscular. \* p < 0.05 diferencias significativas entre medias \*\* p < 0.01 diferencias significativas entre medias.*

**Tabla 2.** Resultados en el cuestionario SF36 declarados por todos los corredores amateurs de media maratón y maratón participantes en el estudio en función del sexo y de la edad de los participantes (< 40 años y > 40 años).

	Maratón				1/2 maratón			Maratón		1/2 maratón			
	Todos	Hombres	Mujeres	Dif. (%)TE	Hombres	Mujeres	Dif. (%) TE	<40años	>40años	Dif. (%) TE	<40años	>40años	Dif. (%) TE
<b>SF36 (escala 1-3)</b>													
EsfInt	2,88 ± 0,36	2,92 ± 0,28	3,00 ± 0,0	1,4 (0,1)	2,85 ± 0,4	2,89 ± 0,32	1,4 (0,1)	3,0 ± 0,0	2,92 ± 0,28	-2,7 (-0,3)	2,84 ± 0,43	2,89 ± 0,32	1,7 (0,2)
EsfMod	2,94 ± 0,24	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,92 ± 0,27	2,89 ± 0,32	-2,1(-0,2)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,9 ± 0,31	2,94 ± 0,24	1,4 (0,2)
BolsaCompra	2,95 ± 0,23	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,94 ± 0,24	2,89 ± 0,32	-1,7 (-0,2)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,92 ± 0,28	2,94 ± 0,24	0,7 (0,1)
SubirVariasEscal	2,93 ± 0,26	2,92 ± 0,28	3,00 ± 0,0	2,7 (0)	2,94 ± 0,24	2,89 ± 0,32	-1,7 (-0,2)	3,0 ± 0,0	2,92 ± 0,28	-2,7 (-0,3)	2,92 ± 0,28	2,94 ± 0,24	0,7 (0,1)
Subir1piso	2,95 ± 0,23	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,92 ± 0,27	2,95 ± 0,23	1,0 (0,1)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,94 ± 0,24	2,91 ± 0,28	-1 (-0,1)
AgachArrodillar	2,92 ± 0,27	2,92 ± 0,28	3,00 ± 0,0	2,7 (0)	2,91 ± 0,29	2,95 ± 0,23	1,4 (0,2)	2,8 ± 0,45	2,96 ± 0,2	5,4 (0,8)	2,92 ± 0,28	2,91 ± 0,28	-0,3 (0)
CaminarMas1km	2,9 ± 0,23	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,86 ± 0,39	2,89 ± 0,32	1,0 (0,1)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,9 ± 0,31	2,83 ± 0,45	-2,5 (-0,2)
CaminarCentm	2,96 ± 0,21	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,94 ± 0,24	2,95 ± 0,23	0,3 (0)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,92 ± 0,28	2,97 ± 0,17	1,7 (0,3)
Caminar100m	2,96 ± 0,21	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,94 ± 0,24	2,95 ± 0,23	0,3 (0)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,92 ± 0,28	2,97 ± 0,17	1,7 (0,3)
BañarseVestirse	2,95 ± 0,23	3,00 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0	2,94 ± 0,24	2,89 ± 0,32	-1,7 (-0,2)	3,0 ± 0,0	3,00 ± 0,0	0 (0)	2,92 ± 0,28	2,94 ± 0,24	0,7 (0,1)
<b>SF36 (escala 1-5)</b>													
Salud	2,08 ± 0,67	2,08 ± 0,72	1,60 ± 0,55	-30 (-0,9)	2,12 ± 0,7	2,05 ± 0,52	-3,4 (-0,1)	2,0 ± 0,71	2,00 ± 0,72	0 (0)	2,04 ± 0,68	2,2 ± 0,63	7,3 (0,3)
SaludAñoAnt	2,58 ± 0,79	2,83 ± 0,56	1,80 ± 0,84	8,8 (0,4)**	2,62 ± 0,82	2,37 ± 0,87	-10,5 (-0,3)	2,6 ± 0,55	2,67 ± 0,76	2,6 (0,1)	2,55 ± 0,91	2,57 ± 0,7	0,8 (0)
SFReducirTpActivCotid	4,6 ± 0,82	4,67 ± 0,56	5,00 ± 0,0	6,6 (0)	4,58 ± 0,92	4,47 ± 0,84	-2,5 (-0,1)	4,6 ± 0,55	4,75 ± 0,53	3,2 (0,3)	4,49 ± 0,98	4,66 ± 0,76	3,6 (0,2)
SFHizoMenos	4,55 ± 0,81	4,67 ± 0,56	5,00 ± 0,0	6,6 (0)	4,48 ± 0,92	4,53 ± 0,77	1,1 (0,1)	4,6 ± 0,55	4,75 ± 0,53	3,2 (0,3)	4,41 ± 0,96	4,6 ± 0,77	4,1 (0,2)
SFDificultadTbjo	4,67 ± 0,76	4,71 ± 0,62	5,00 ± 0,0	5,8 (0)	4,65 ± 0,84	4,63 ± 0,76	-0,4 (0)	4,8 ± 0,45	4,75 ± 0,61	-1,1 (-0,1)	4,67 ± 0,77	4,6 ± 0,88	-1,5 (-0,1)
SFDificultadTbjoMayorCosto	4,65 ± 0,81	4,67 ± 0,64	5,00 ± 0,0	6,6 (0)	4,62 ± 0,91	4,63 ± 0,76	0,2 (0)	4,8 ± 0,45	4,71 ± 0,62	-1,9 (-0,1)	4,67 ± 0,8	4,54 ± 0,98	-2,9 (-0,1)

EMReducirTpActCotid	4,65 ± 0,79	4,75 ± 0,53	4,80 ± 0,45	1,0 (0,1)	4,57 ± 0,92	4,74 ± 0,65	3,6 (0,3)	5,0 ± 0,0	4,71 ± 0,55	-6,2 (-0,5)	4,63 ± 0,93	4,57 ± 0,78	-1,3 (-0,1)
EMHizoMenos	4,66 ± 0,78	4,88 ± 0,45	4,80 ± 0,45	-1,7 (-0,2)	4,57 ± 0,9	4,68 ± 0,67	2,4 (0,2)	5,0 ± 0,0	4,83 ± 0,48	-3,5 (-0,4)	4,61 ± 0,89	4,57 ± 0,81	-0,9 (0)
EMMenosCuidados	4,67 ± 0,8	4,83 ± 0,48	4,80 ± 0,45	-0,6 (-0,1)	4,57 ± 0,93	4,79 ± 0,63	4,6 (0,3)	5,0 ± 0,0	4,79 ± 0,51	-4,4 (-0,4)	4,61 ± 0,95	4,63 ± 0,77	30,5 (2,6)

	Maratón				1/2 maratón			Maratón		1/2 maratón			Dif. (%) TE
	Todos	Hombres	Mujeres	Dif. (%) TE	Hombres	Mujeres	Dif. (%) TE	<40años	>40años	Dif. (%) TE	<40años	>40años	
SFEMActivSocial	1,35 ± 0,67	1,29 ± 0,55	1,00 ± 0,0	-29 (0)	1,45 ± 0,77	1,16 ± 0,37	-25,0 (-0,8)	1,2 ± 0,45	1,25 ± 0,53	4 (0,1)	1,45 ± 0,84	1,29 ± 0,46	-12,4 (-0,3)
Dolor	2,32 ± 1,01	2,79 ± 1,1	2,00 ± 1,00	-39,5 (-0,8)	2,26 ± 1,03	2,00 ± 0,94	-13 (-0,3)	3,4 ± 0,55	2,5 ± 1,14	-36 (-0,8)	2,20 ± 1,00	2,2 ± 1,05	0 (0)
DolorDificultTbjo	1,2 ± 0,45	1,25 ± 0,44	1,00 ± 0,0	-25 (0)	1,23 ± 0,49	1,11 ± 0,32	-10,8 (-0,4)	1,0 ± 0,0	1,25 ± 0,44	20 (0,6)	1,2 ± 0,5	1,2 ± 0,41	0 (0)
Vitalidad	2,21 ± 0,87	2,33 ± 0,87	1,80 ± 0,84	-29,4 (-0,6)	2,34 ± 0,91	1,74 ± 0,56	-34,5(-1,1)**	2,6 ± 0,55	2,17 ± 0,92	-19,8 (-0,5)	2,29 ± 0,89	2,09 ± 0,85	-9,6 (-0,2)
Nervioso	3,87 ± 0,93	3,92 ± 0,65	4,4 ± 0,55	10,9 (0,6)	3,77 ± 1,06	4,00 ± 0,82	5,8 (0,3)	4,0 ± 0,0	4,00 ± 0,72	0 (1)	3,59 ± 1,02	4,14 ± 0,91	13,3 (0,6) *
BajoMoral	4,56 ± 0,81	4,67 ± 0,64	5,00 ± 0,0	6,6 (0)	4,45 ± 0,95	4,68 ± 0,48	4,9 (0,5)	4,6 ± 0,55	4,75 ± 0,61	3,2 (0,2)	4,37 ± 0,97	4,69 ± 0,68	6,8 (0,5)
CalmodoTranquilo	2,13 ± 0,96	2,21 ± 0,93	2,40 ± 1,67	7,9 (0,1)	2,15 ± 0,94	1,89 ± 0,88	-13,8 (-0,3)	2,4 ± 0,55	2,21 ± 1,14	-8,6 (-0,2)	2,24 ± 0,97	1,89 ± 0,83	-18,5 (-0,4)
MuchaEnergia	2,27 ± 0,95	2,42 ± 1,02	2,00 ± 1,22	-21 (-0,3)	2,37 ± 0,91	1,79 ± 0,79	-32,4(-0,7)**	2,4 ± 0,55	2,33 ± 1,13	-3 (-0,1)	2,35 ± 0,9	2,09 ± 0,92	-12,4 (-0,3)
DesanimadoDepri	4,34 ± 0,94	4,42 ± 0,97	4,8 ± 0,45	7,9 (0,8)	4,22 ± 1,01	4,53 ± 0,7	6,8 (0,4)	4,6 ± 0,55	4,46 ± 0,98	-3,1 (-0,1)	4,35 ± 0,93	4,2 ± 0,99	-3,6 (-0,2)
Agotado	3,92 ± 0,94	3,92 ± 0,93	4,4 ± 0,89	10,9 (0,5)	3,89 ± 0,9	3,89 ± 1,1	0 (0)	3,6 ± 0,55	4,08 ± 0,97	11,8 (0,5)	3,76 ± 0,8	4,09 ± 1,09	8,1 (0,3) *
Feliz	1,95 ± 0,78	2,00 ± 0,93	1,6 ± 0,55	-25 (-0,7)	2,05 ± 0,72	1,63 ± 0,76	-25,8 (-0,6)*	1,8 ± 0,84	1,96 ± 0,91	8,2 (0,2)	1,98 ± 0,72	1,91 ± 0,78	-3,7 (-0,1)
Cansado	3,58 ± 0,88	3,58 ± 0,72	3,8 ± 1,1	5,8 (0,2)	3,48 ± 0,94	3,84 ± 0,83	9,4 (0,4)	3,2 ± 0,45	3,71 ± 0,81	13,7 (0,6)	3,41 ± 0,91	3,77 ± 0,91	9,5 (0,4)
SFEMActividSocial	4,6 ± 0,73	4,83 ± 0,38	5,00 ± 0,0	3,4 (0)	4,49 ± 0,73	4,58 ± 1,02	2 (0,1)	4,8 ± 0,45	4,88 ± 0,34	1,6 (0,2)	4,57 ± 0,76	4,43 ± 0,85	-3,2 (-0,2)

Enfermizo	4,43 ± 0,95	4,71 ± 0,75	5,00 ± 0,0	5,8 (0)	4,26 ± 1,06	4,53 ± 0,77	6 (0,4)	4,4 ± 1,34	4,83 ± 0,48	8,9 (0,9)	4,24 ± 1,11	4,43 ± 0,85	4,3 (0,2)
Sano	1,85 ± 1,07	1,75 ± 0,99	2,00 ± 0,71	12,5 (0,4)	1,86 ± 1,04	1,89 ± 1,37	1,6 (0)	2,4 ± 0,89	1,67 ± 0,92	-43,7 (-0,8)	2,12 ± 1,24	1,51 ± 0,82	-40,4 (-0,7) *
SaludEmpeorar	4,34 ± 0,95	4,42 ± 0,83	4,6 ± 0,89	3,9 (0,2)	4,18 ± 1,04	4,68 ± 0,67	10,7 (0,7)	4,2 ± 0,84	4,5 ± 0,83	6,7 (0,4)	4,2 ± 1,02	4,43 ± 0,95	5,2 (0,2)
SaludExcelente	1,61 ± 0,74	1,50 ± 0,72	1,4 ± 0,55	-7,1 (-0,2)	1,74 ± 0,78	1,37 ± 0,6	-27 (-0,6)	1,6 ± 0,55	1,46 ± 0,72	-9,6 (-0,2)	1,76 ± 0,83	1,51 ± 0,61	-16,6 (-0,4)

Dif. (%) = diferencia de medias en porcentaje; TE = tamaño del efecto; <40 años = menores de 40 años; >40 años = mayores de 40 años; Salud= percepción de la propia salud del encuestado; SaludAñoAnt= percepción de la propia salud del encuestado comparando con la del año anterior; EsfInt= Limitación de la salud en esfuerzos intensos; EsfMod= Limitación de la salud en esfuerzos moderados; BolsaCompra= Limitación de la salud para llevar la bolsa de la compra; SubirVariasEscal= Limitación de la salud para subir varias escaleras; Subir1piso= Limitación de la salud para subir un solo piso por la escalera; AgachArrodillar= Limitación de la salud para agacharse o arrodillarse; CaminarMas1km= Limitación de la salud para caminar más de un kilómetro; CaminarCentm= Limitación de la salud para caminar centenas de metros; Caminar100m= Limitación de la salud para caminar unos 100m; BañarseVestirse= Limitación de la salud para bañarse o vestirse por sí solo; SFReducirTpActivCotid= Por causa de la salud física reducción del tiempo utilizado al trabajo o a la vida cotidiana; SFHizoMenos= Por causa de la salud física hizo menos de lo hubiera querido; SFDificultadTbjo= Por causa de la salud física dificultad para realizar su trabajo; SFDificultadTbjoMayorCosto= Por causa de la salud física mayor costo para realizar el trabajo diario; EMReducirTpActCotid= Por causa de problemas emocionales reducción del tiempo utilizado al trabajo o a la vida cotidiana; EMHizoMenos= Por causa de problemas emocionales hizo menos de lo hubiera querido; EMMenosCuidadoso= Por problemas emocionales hizo su trabajo menos cuidadosamente; SFEMActivSocial= Por salud física o problemas emocionales dificultades en sus actividades sociales; Dolor= Nivel de dolor experimentado en las 4 semanas previas a la prueba; DolorDificultTbjo= Nivel de dolor sufrido y sus dificultades en el trabajo durante las 4 semanas previas a la prueba; Vitalidad= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de vitalidad en las 4 semanas previas a la prueba; Nervioso= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de nerviosismo en las 4 semanas previas a la prueba; BajoMoral= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar de baja moral en las 4 semanas previas a la prueba; CalmadoTranquilo= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de calmado o tranquilo en las 4 semanas previas a la prueba; MuchaEnergia= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar con mucha energía en las 4 semanas previas a la prueba; DesanimadoDeprim= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar desanimado o deprimido en las 4 semanas previas a la prueba; Agotado= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar agotado en las 4 semanas previas a la prueba; Feliz= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar feliz en las 4 semanas previas a la prueba; Cansado= Cantidad de veces que experimentan el sentimiento de estar cansado en las 4 semanas previas a la prueba; SFEMActivSocial= Por salud física o problemas emocionales dificultades en sus actividades sociales; Enfermizo= Comparación con otras personas sobre quien se pone más enfermo; Sano= Comparación con otras personas de quien está más sano; SaludEmpeorar= Percepción de deterioro de salud; SaludExcelente= Percepción de una salud propia excelente; \* p < 0.05 diferencias significativas entre medias \*\* p < 0.01 diferencias significativas entre medias.

## DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron analizar y comparar la percepción de la calidad de vida y del bienestar en atletas amateurs de maratón y media maratón, así como analizar la diferencia en la percepción de la calidad de vida y del bienestar en función del sexo y de la edad de los atletas.

Una de las mayores contribuciones de este trabajo radica en la novedad que aporta en la comparativa de la percepción de la calidad de vida y del bienestar de atletas amateurs de maratón y media maratón. Estudios previos habían analizado la percepción de la calidad de vida en atletas amateurs maratonianos (Batmyagar et al., 2019), pero ningún estudio realizado hasta el momento había comparado la percepción de la salud y el bienestar en atletas de dos distancias distintas (maratón y media maratón) así como si había diferencias en función del sexo y de la edad de los atletas. Además, otra de las aportaciones importantes de este estudio es que la escala de Hooper había sido previamente utilizada en otras modalidades deportivas como el balonmano (Romaratezabala et al., 2018), el fútbol (Pardeiro y Yanci, 2016) o el baloncesto (Clemente et al., 2019), pero nunca había sido utilizado con atletas amateur de maratón y media maratón (Flynn et al., 1994; Fry et al., 2001) y se había trabajado con diferentes poblaciones como nadadores o atletas (Kirwan et al., 1988). En cuanto al cuestionario SF36, se ha utilizado en modalidades deportivas como el baloncesto (Huffmann et al., 2008) o el deporte escolar (McAllister et al., 2001), pero no se había utilizado con atletas amateur de maratón y media maratón (Boneti et al., 2014; Von Porat et al., 2003), aunque se había trabajado en diferentes poblaciones (Cheung et al., 2013).

Los resultados obtenidos en este estudio, pueden ser muy útiles para entrenadores personales que trabajen con deportistas amateurs que participan en pruebas tan exigentes como la maratón o la ½ maratón, y así afinar la preparación de este tipo de pruebas en base a la información sobre las percepciones de la salud y el bienestar de los atletas previa a la participación de dichas pruebas. Mediante este estudio, se han obtenido datos subjetivos de los propios atletas amateurs que pueden influir e incluso limitar en la mejora del rendimiento, y es por ello, que son aspectos interesantes a tener en cuenta en la preparación de una prueba. En segundo lugar, podría ayudar a los propios atletas amateurs en su preparación, optimizando sus posteriores beneficios. Mediante este estudio, los preparadores físicos, podrían utilizar tanto los datos obtenidos como el cuestionario creado para este estudio, con el fin de saber más sobre la calidad de vida de los atletas amateur, y así optimizar la preparación de sus atletas. Las percepciones subjetivas que se han obtenido en este estudio, pueden orientar a los preparadores físicos en la preparación de los atletas amateur. Y, por último, puede ayudar a los



organizadores de este tipo de pruebas para las recomendaciones recogidas en sus respectivas páginas web de cara a afrontar una prueba de estas características. Ciertamente es que, al no haber ningún estudio anterior con este tipo de información, esas recomendaciones, con los resultados obtenidos en el presente estudio, podrían verse mejoradas.

Para el análisis de la percepción de la calidad de vida de los atletas amateurs se han utilizado dos cuestionarios, el cuestionario SF-36 así como la escala de Hooper. El cuestionario SF-36 ha mostrado una gran confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo, contando con más de 1.000 publicaciones (Lugo et al., 2006). Su utilidad para estimar la percepción de la salud hace que se haya utilizado a lo largo de todo el mundo (Vilagut et al., 2004; Irgens et al., 2007) y con diferentes poblaciones (Ware y Gandek, 1998). En cuanto a la escala de Hooper, es una escala considerada como una de las mejores herramientas para detectar estados tempranos de sobreentrenamiento (Pérez, 2016). Su utilidad para la percepción de la calidad de sueño, el nivel de estrés, el nivel de fatiga y la cantidad de dolor muscular ha sido muy utilizada (Romaratezabala et al., 2019; Pardeiro et al., 2017), ya que estos factores pueden condicionar el rendimiento físico de los deportistas (Romaratezabala et al., 2018).

En los resultados obtenidos en la escala de Hooper, se ha observado una mayor percepción de dolor muscular en atletas de maratón de < 40 años en comparación con los atletas de > 40 años. En este sentido, los resultados obtenidos coinciden con los obtenidos por Ramírez Maestre (2002), quien investigando la relación entre el dolor muscular y la edad apuntaba que, a mayor edad, menor es la disposición de las personas para informar del dolor sufrido. También, podemos observar cómo hay investigaciones que han concluido que conforme aumenta la edad, disminuye el nivel de dolor muscular (Ramírez Maestre, 2002). Es más, se ha demostrado que cuando el estímulo de dolor no es muy elevado los adultos de mayor edad informan menos del dolor que los jóvenes (Harkins y Chapman, 1967).

En referencia al cuestionario SF-36, los resultados obtenidos revelan que los corredores de maratón del sexo masculino tuvieron una percepción de una mejor salud respecto a la salud del año anterior que las mujeres atletas. Investigaciones relacionadas con estos datos, confirman que las mujeres suelen sentirse peor que los hombres, ya que se consideran más vulnerables a la enfermedad y valoran menos su estado de salud (García Lanzuela et al., 2007). A pesar de ello, la práctica de ejercicio físico de manera regular, repercutirá en una mejor salud y por ello, menos opciones de padecer enfermedades (Balaguer y Castillo, 2002), percibiendo a su vez un nivel más alto de salud.

Con respecto a los resultados obtenidos en la prueba de  $\frac{1}{2}$  maratón en función del sexo de los participantes, el primer resultado significativo obtenido fue el de la percepción de la vitalidad declarada cuatro semanas antes de la prueba, donde las mujeres declararon un mayor nivel de vitalidad y una mayor energía antes del inicio de la prueba que los hombres. No hay evidencia científica que justifique una relación entre las variables vitalidad y sexo, pero se ha constatado que las personas con un alto nivel de vitalidad a su vez suelen mostrar una alta motivación (Balaguer et al., 2011). Teniendo en cuenta que las mujeres perciben una mayor vitalidad, podría decirse que también mostrarían una mayor predisposición y motivación por la práctica de ejercicio físico (Quevedo-Blasco et al., 2009), por lo que los resultados obtenidos concuerdan con los obtenidos por Balaguer et al (2011).

A pesar de que la mayoría de los estudios realizados coinciden en que no hay ninguna relación significativa entre el sexo de cada persona y su nivel de felicidad (Salazar, 2009; Alarcon, 2001), las mujeres corredoras de  $\frac{1}{2}$  maratón declararon un mayor nivel de felicidad que los hombres antes del inicio de la prueba, coincidiendo con las conclusiones aportadas por Mookherjee (1997), quien observó que había diferencias significativas en la percepción de la felicidad en función del sexo, siendo las mujeres más felices que los hombres.

Con lo que respecta a los resultados obtenidos en los participantes de  $\frac{1}{2}$  maratón en función de la edad, los corredores de  $< 40$  años declararon tener un mayor nivel de nerviosismo, que el grupo de corredores de  $> 40$  años. No hay evidencia científica que dé una explicación a este resultado. Por otro lado, los participantes de la  $\frac{1}{2}$  maratón de  $< 40$  años declararon estar más agotados que los de  $> 40$  años antes de la prueba. Aunque se haya constatado que sensaciones como la fatiga, pérdida de vigor o pérdida de energía, están muy relacionadas con el adulto mayor (Organización Panamericana de la Salud, 2018), algunas investigaciones concluyen que la fatiga podría afectar a los mecanismos relacionados con el procesamiento de la información, y por lo tanto, podrían afectar negativamente al sujeto a la hora de afrontar la prueba (Moya et al., 2014). Dichos mecanismos de procesamiento de información, están relacionados con la fatiga central, la cual hace referencia a alteraciones en el funcionamiento cerebral (Moreno, 2017). Esta fatiga central se suele dar entre los 20 y 40 años (Rodés et al., 2007), coincidiendo con los datos obtenidos en el presente estudio.

Por último, los participantes de  $> 40$  años corredores de  $\frac{1}{2}$  maratón declararon tener una mayor percepción de la salud que los de  $< 40$  años. La percepción de la su salud de cada individuo está influenciada por distintos factores, como pueden ser ambientales, culturales y socioeconómicas (Instituto Nacional de Estadística, 2019). En ese sentido. Los datos obtenidos

en el presente estudio coinciden con los hallados por Linares y Gutiérrez (2010), quienes concluyen que los mayores tienen una mejor percepción de la salud que los jóvenes (Linares y Gutiérrez, 2010). Sin embargo, otros estudios realizados manifiestan que a medida que la edad aumenta, más baja es la percepción de salud individual. Ejemplo claro de ello, son los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y EUROSTAT (Oficina Europea de Estadística), donde los más jóvenes tenían una percepción de la salud muy alta y a medida que la edad crecía esa percepción descendía (EUROSTAT, 2020; Instituto Nacional de Estadística, 2017). Esta variación de los datos puede responder a los factores que determinan la percepción de la salud, como, por ejemplo, la cultura o el nivel socioeconómico de los sujetos.

Para finalizar, el presente estudio muestra varias limitaciones. En primer lugar, debe destacarse que, según nuestro conocimiento, es el primer estudio realizado hasta el momento que analiza la percepción de la salud y el bienestar y la calidad de vida en atletas amateurs, por lo que los resultados obtenidos no han podido compararse con resultados obtenidos anteriormente. En segundo lugar, la muestra utilizada en este estudio no es muy amplia, lo que limita la generalización de los resultados obtenidos. En tercer y último lugar, el cuestionario utilizado en el presente estudio no recogía ningún dato relativo al tipo de entrenamiento realizado por los atletas participantes en el estudio. La obtención de dichos datos, quizás podría haber ayudado a una mejor caracterización de la muestra y a su vez, a una mejor interpretación de los resultados obtenidos.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que, por un lado, en la prueba de maratón, los atletas de < 40 años declararon un mayor dolor muscular en comparación con los de > 40 años. Asimismo, los hombres declararon tener una mejor salud que la que tenían un año antes en comparación con las mujeres. Por otro lado, en la prueba de ½ maratón, las mujeres percibieron un mayor nivel de vitalidad, una mayor cantidad de energía para afrontar la prueba y un estado de mayor felicidad que los hombres. Además, los participantes menores de < 40 años, declararon estar más nerviosos, aunque los mayores de 40 años se sentían más sanos y menos agotados que ellos. Sería interesante seguir trabajando en este ámbito para la obtención de más información.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, R. (2001). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. *Revista de Psicología, 19*(1), 27-46.
- Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J.M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina clínica, 1995, 104, 20, 771-776.*
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. L., & García-Merita, M. (2011). Asociaciones entre la percepción del clima motivacional creado por el entrenador, orientaciones disposicionales de meta, regulaciones motivacionales y vitalidad subjetiva en jóvenes jugadoras de tenis. *Revista de Psicología del deporte, 20*(1), 133-148.
- Batmyagmar, D., Kundi, M., Ponocny-Seliger, E., Lukas, I., Lehrner, J., Haslacher, H., & Winker, R. (2019). High intensity endurance training is associated with better quality of life, but not with improved cognitive functions in elderly marathon runners. *Scientific reports, 9*(1), 1-8.
- Cantón, E., & Sánchez-Gombau, M. C. (2007). Deporte y calidad de vida: motivos y actitudes en una muestra de jóvenes valencianos. *Revista de psicología del deporte, 6*(2).
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de salud pública, 23*(1).
- Cheung, R. T., Zhang, Z., & Ngai, S. P. (2013). Different relationships between the level of patellofemoral pain and quality of life in professional and amateur athletes. *PM&R, 5*(7), 568-572.
- Chirivella, E. C. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de psicología del deporte, 1.*
- Clemente, F.M.; Mendes, B.; Bredt, S.G.T.; Praça, G.M.; Silvério, A.; Carriço, S.; & Duarte, E. Perceived Training Load, Muscle Soreness, Stress, Fatigue, and Sleep Quality in Professional Basketball: A Full Season Study. *J Hum Kinet 2019, 67, 199-207.* DOI: 10.2478/hukin-2019-0002.
- De los Fayos, E. G., & García, C. (2007). Calidad de vida y deporte: conceptos siempre compatibles: incidencia y manejo del estrés en deportistas. *Revista de psicología del deporte, 6*(2).

- Estibaliz Romaratezabala, Fábio Yuzo Nakamura, Daniel Castillo, Ilargi Gorostegi-Anduaga & Javier Yanci (2018): Influence of warm-up duration on physical performance and psychological perceptions in handball players, *Research in Sports Medicine*, DOI: 10.1080/15438627.2018.1431536
- Farinola, M. (2011). Actividad física y calidad de vida. *Calidad de Vida y Salud*, 4(1).
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, 169-184.
- Flynn, M. G., Pizza, F. X., Boone, J. B., Andres, F. F., Michaud, T. A., & Rodriguez-Zayas, J. R. (1994). Indices of training stress during competitive running and swimming seasons. *International journal of sports medicine*, 15(01), 21-26.
- Fry, A. C., Kraemer, W. J., Lynch, J. M., Marsit, J. L., Roy, E. P., Triplett, N. T., & Knuttgen, H. G. (1994). Performance decrements with high-intensity resistance exercise overtraining. *Medicine and science in sports and exercise*, 26(9), 1165-1173.
- García Lanzuela, Y., Matute Bravo, S., Tifner, S., Gallizo Llorens, M. E., & Gil-Lacruz, M. (2007). Sedentarismo y percepción de la salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa.
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Gonzalez N.; Padierna A.; Quintana J.; Arostegui I.; & Horcajo M. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gac Sanit* 2001, 15, 18-24. DOI: 10.1016/S0213-9111(01)71513-0
- Hooper, S.L.; Mackinnon, L.T.; Howard, A.; Gordon, R.D.; & Bachmann, A.W. Markers for monitoring overtraining and recovery. *Med Sci Sports Exerc*, 1995, 27, 1, 106-112.
- Huffman, G. R., Park, J., Roser-Jones, C., Sennett, B. J., Yagnik, G., & Webner, D. (2008). Normative SF-36 values in competing NCAA intercollegiate athletes differ from values in the general population. *JBJS*, 90(3), 471-476.
- Kirwan, J. P., Costill, D. L., Flynn, M. G., Mitchell, J. B., Fink, W. J., Neuffer, P. D., & Houmard, J. A. (1988). Physiological responses to successive days of intense training in competitive swimmers. *Medicine and science in sports and exercise*, 20(3), 255-259.

- Lugo, L. E., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2).
- Maestre, C. R. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de psicología*, (6), 40-52.
- Mookherjee, H. N. (1998). Perception of happiness among elderly persons in metropolitan USA. *Perceptual and Motor Skills*, 87(3), 787-793.
- Moya, M., Sarabia, J. M., & Torres-Luque, G. (2016). Efectos sobre el estado de ánimo en jóvenes tenistas de diferentes volúmenes de entrenamiento de alta intensidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(1), 51-57.
- Olivas, O. L. L., & Martínez, R. E. G. (2010). Satisfacción laboral y percepción de salud mental en profesores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 31-36.
- Pardeiro, M.; Yanci, J. Efectos del calentamiento en el rendimiento físico y en la percepción psicológica en jugadores semi profesionales de fútbol. RICYDE. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte* 2016, 13, 104-116. <http://doi:10.5232/ricyde>, 13(48), 104-116. <https://doi.org/10.5232/ricyde2017.04802>
- Piñeros, F. A. S. (2009). Felicidad en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana. *RFS Revista Facultad de Salud*, 1(2), 17-23.
- Quevedo-Blasco, V. J., Quevedo-Blasco, R., & Bermúdez, M. P. (2009). Análisis de la motivación en la práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes. *Revista de investigación en educación*, 6, 33-42.
- Quinchanegua, J. E. M. (2017). La fatiga, tipos causas y efectos. *Revista digital: Actividad Física y Deporte*, 3(2).
- Romaratezabala, E., Castillo, D., Rodríguez Negro, J., & Yanci, J. (2019). Efectos de la percepción psicológica de estrés, fatiga, daño muscular y descanso en el calentamiento pre partido en jugadores de balonmano amateur. E-balonmano.com: *Revista de Ciencias del Deporte*, 15 (1), 4960.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, *19*, 135-150.

Ware J.E Jr, Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992, *30*, 473-83

Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, *51*(11), 903-912.