

LA SALUD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL MARCO DE LA SOCIEDAD MODERNA.

Pedro Ángel López-Miñarro

Facultad de Educación. Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

Tras el análisis de los numerosos trabajos realizados sobre Actividad Física (A.F.) y salud. Se puede decir que tanto la salud como la actividad física son dos conceptos multidimensionales y que, por tanto, pueden entenderse desde perspectivas muy diversas (Devís y cols., 1998).

Durante los últimos años se está asistiendo a un resurgir de las relaciones entre la actividad física y la salud, debido a la creciente preocupación que han despertado los temas relacionados con la salud en la sociedad española de nuestros días. En ello ha jugado un papel fundamental el incremento de las enfermedades propias de la evolución de una sociedad sedentaria (Rodríguez y Casimiro, 2000), el apoyo que ha recibido la medicina preventiva para reducir los costes de la tradicional medicina curativa y la extensión de un concepto más abierto y dinámico de la salud que se ha orientado a la promoción de ambientes y estilos de vida saludables (Devís y Peiró, 1993).

En la actualidad se presenta la práctica de A.F. como un bien cultural que los ciudadanos demandan, resultando ser la orientación de ésta hacia la salud el principal motivo por el cual se realiza (Torre, 1998; García Montes, 1997). Bajo este interés creciente hacia los temas relacionados con la salud y la calidad de vida, las personas e instituciones han intentado promocionar aquellos comportamientos que pueden inducir a un estilo de vida que promueva la salud. Las instituciones públicas no deben mantenerse al margen de esta necesidad social buscando la promoción de la salud (Tercedor y Delgado, 1998b).

La A.F. en sus diversas manifestaciones, se ha venido utilizando a lo largo de los años con la intención de mejorar tanto la forma física como la salud, lo que ha llevado a

un gran número de profesionales a emplear indistintamente ambos términos (Marcos Becerro, 1994).

Hoy en día, la palabra salud y adjetivos derivados de ella tales como saludable y sano, los podemos escuchar y leer por doquier. Son palabras que se utilizan cotidianamente y que, en este final de siglo, han adquirido una gran popularidad (Devís y cols., 1998).

Después de millones de años de evolución de los mamíferos, el hombre actual, que no tiene más de 40 ó 50.000 años, posee un sistema muscular muy desarrollado, de considerables dimensiones, ya que cerca del 40% del peso total del cuerpo se halla constituido por tejido magro o muscular, el cual no posee otras funciones conocidas que las de producir movimiento, por medio de su contracción dinámica, y mantener el tono postural a través de la estática o isométrica (Becerro, 1994). Siguiendo al mismo autor caben destacar las siguientes palabras: *"Cuesta mucho creer que la evolución se hubiera equivocado tanto como para dotar al ser humano (sic) de una gran cantidad de algo (el músculo) de lo que pudiera prescindir, sin alterar las relaciones entre los diversos órganos y sistemas, y originar, por tanto, algún problema en su salud"*.

En este sentido el estilo de vida del hombre occidental se viene inscribiendo en un componente que suele considerarse uno de los principales factores de riesgo: el sedentarismo o falta de ejercicio (Blasco, 1994).

Esta inactividad, ha conllevado algunos cambios la vida moderna, entre los que destacan (Casimiro, 1999):

- Mayor contaminación ambiental (favorecido por el transporte motorizado, máquinas, aerosoles, etc.).
- Menos espacios verdes.
- Predominio de la vida urbana sobre la rural.
- Bajada progresiva de la duración de la jornada laboral, por lo que aumenta el tiempo de ocio.

- Cambios en la dieta (comidas más rápidas, congelados, etc.).
- Estilo de vida sometido al estrés.

Como contrapunto al sedentarismo, en las dos últimas décadas se han llevado a cabo estudios científicos que demuestran los beneficios producidos en la salud por la práctica de actividad física regular (Blair, 1992; Fraile y cols., 1996; Tercedor, 1998). Las relaciones entre el ejercicio físico y la salud están ampliamente aceptadas, incluso para niños/as en edad escolar, hasta el punto de considerar la propia inactividad como un factor de riesgo (Peiró y Devís, 1992). Shephard (1990) citado por Rodríguez y Casimiro (2000) destaca que la práctica regular de actividades físicas ayuda a mejorar el estilo de vida personal, reduciendo las demandas a medio plazo de cuidados médicos, y disminuyendo así los costes sanitarios. Por tanto, la AF (sic) se convierte en nuestros días en un importante exponente y barrera principal de oposición a esta serie de problemas de gran eco social (Rodríguez y Casimiro, 2000).

Así la actividad física se ha convertido en un importante elemento de prevención. La extensión de un concepto más abierto y dinámico de la salud, orientado fundamentalmente a la promoción de ambientes y estilos de vida saludables lo han hecho posible (Devís y Peiró, 1991).

Sin embargo, con la evolución tecnológica se produce un choque frontal, ya que aquellas actividades de antaño donde el esfuerzo físico, el movimiento, etc., eran base del trabajo, hoy día son un recuerdo ancestral. Sabemos que desde épocas primitivas la actividad física ha sido connatural al hombre, ya que de ella dependía su supervivencia (caza, agricultura, ...) (Casimiro, 1999). De la caminata se ha pasado al vehículo, de las escaleras al ascensor, de la escritura manual al ordenador, del paseo para hablar con los amigos al teléfono, el chat y la videoconferencia. Vivimos en un estado de regresión motriz dentro de la progresión industrial y tecnológica cuya factura resulta en más años de vida pero de peor calidad de vida.

El aumento del sedentarismo es uno de los factores desencadenantes de este cambio. En el mundo adulto, la falta de actividad física utilitaria se debe, en parte, a que nuestros miembros inferiores han visto frenada su utilización desde la incorporación de los

medios de locomoción motorizados, escaleras mecánicas, ascensores, etc., al igual que ha sucedido en los miembros superiores con la incorporación a las casas de aspiradores, lavadoras y lavavajillas. Este estilo de vida se inicia ya en la infancia y constituye la primera etapa de la enfermedad hipocinética (Blasco, 1994) (Casimiro, 2000).

Blasco (1994) expresa esta misma idea del siguiente modo: *"A medida que la tecnología ha permitido liberar al hombre de las tareas pesadas que requerían grandes dosis de esfuerzo físico, así como facilitarle los desplazamientos sin tener que caminar, la sociedad occidental ha modelado unos quehaceres cotidianos que no requieren, en la mayor parte de los casos, prácticamente de ningún esfuerzo físico, ni tampoco de desplazamientos que deban hacerse andando"*.

Casimiro (1999) indica que los importantes cambios producidos en los últimos años en los ámbitos socioeconómico y cultural, y los numerosos avances tecnológicos, han permitido a los habitantes de las sociedades desarrolladas cambiar sus empleos, abandonándose gran parte de los trabajos en los que había que emplear la fuerza física. Además de dicha mecanización del trabajo, se han automatizado las tareas domésticas, se han reducido las dimensiones de la vivienda, han disminuido los juegos populares y tradicionales de las calles, sustituyéndose por videoconsolas y consumo de televisión, y últimamente, el fenómeno de la informática ha favorecido un aumento del sedentarismo de la población, tanto en la jornada laboral como en sus desplazamientos y en el tiempo libre.

Estas circunstancias nos conducen a una situación en la que predomina la inactividad y, como consecuencia de ella, una serie de patologías y alteraciones derivadas de esta hipocinesia: obesidad, atrofia ósea y muscular, aterosclerosis, alteraciones degenerativas cardiovasculares y del aparato locomotor, broncopatías crónicas, afecciones psíquicas, aumento del consumo de medicamentos, tabaco, alcohol y otras drogas, entre otras (Casimiro, 1999).

En nuestro país esto conlleva un aumento de la mortalidad y un empeoramiento de la calidad de vida, a pesar de las mejoras a nivel médico y farmacológico. Posiblemente la razón se encuentre en el cambio de hábitos de vida citados anteriormente, como consecuencia del mayor desarrollo socio-económico. Los más destacables son el empeoramiento de la alimentación, la disminución del grado de AF desarrollado por las

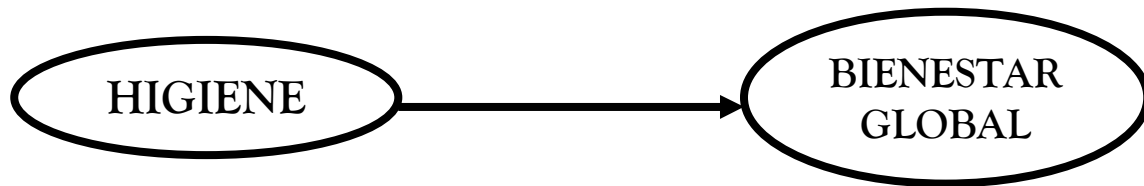
personas, el aumento del consumo de tabaco y alcohol, el estrés de la vida moderna, el aislamiento individual dentro de una sociedad masificada, etc (Delgado, 1996; 1994).

Esta preocupación nace bajo un carácter preventivo, ya que la salud es un bien que suele ser poco apreciado hasta que se pierde, pero muy deseado cuando se carece de él. Su conservación exige grandes esfuerzos, no sólo por parte del individuo, sino también de los poderes públicos (Becerro, 1994). Y si el esfuerzo se convierte en sacrificio, probablemente se abandone.

Por tal razón, incluso la ley del deporte (10/1990 de 15 de octubre) destaca en su preámbulo como la práctica de actividad física es importante en el mantenimiento de la salud, al igual que supone un factor corrector de desequilibrios sociales, contribuyendo al desarrollo de la igualdad entre los ciudadanos, creando hábitos favorecedores de la inserción social, y asimismo, fomentando la solidaridad (Valdeón, 1996).

Pero esta realidad viene precedida de un contexto social, cultural y económico diferente, donde el papel que juega la A.F. y la E.F. dentro de la sociedad también han cambiado. Incluso ha llegado a cambiar la palabra clave con la que se identificaba una actividad física relacionada con la salud: así encontramos que de la noción de higiene se ha pasado a la noción de bienestar (Devís, 1998).

A finales del siglo XIX y principios del XX el ejercicio físico, y en particular la gimnasia, estaba vinculada a la salud por medio de su potencial terapéutico e higiénico. Esta vinculación respondía fundamentalmente a los problemas de higiene y salubridad de una sociedad que sufría las consecuencias de la revolución industrial (Devís y Peiró, 1991).



PRINCIPIOS DEL SIGLO XX	FINALES DEL SIGLO XX
<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades derivadas de la falta de higiene personal y condiciones de vida insalubres en las ciudades. - Prevención de enfermedades. - Corrección de malformaciones posturales debidas a condiciones de vida en la sociedad industrial y urbana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades modernas, especialmente las cardiovasculares. - Bienestar global (dimensión física, experiencial y social). - Atención postural (incluida en bienestar).

Figura 1. Papel de la A.F. en relación con la salud (Devís, 1998).

Sin embargo esta evolución es diferente según el contexto. En países con otra problemática social y económica, los dilemas con respecto a la salud son bien diferentes. Así, por ejemplo en Rusia, Petlenko y Davidenko (1998) citados por Casimiro (1999) comentan que, para poder subsistir, muchos adultos tienen que asumir varios trabajos, lo que conlleva gran cantidad de estrés, que unido al poco descanso y a la mala alimentación, está desencadenando una nueva enfermedad, denominada "*síndrome del cansancio crónico*".

DEFINICIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Antes de entrar en la presentación de cómo se está interpretando la relación entre A.F. y salud, debemos analizar cada uno de sus componentes por separado para luego establecer una relación simbiótica.

La A.F. se encuentra en cualquier ámbito de nuestra vida. Es una práctica humana que está presente en el trabajo, la escuela, el tiempo libre o las tareas cotidianas y familiares, y desde la infancia a la vejez (Devís y cols., 2000). Así lo evidencia el análisis del significado del concepto.

El concepto Actividad Física es muy amplio, puesto que engloba a la Educación Física, el deporte, los juegos y otras prácticas físicas (Ureña, 2000). Internacionalmente este concepto se viene definiendo como *cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto de energía* (Tercedor, 1998; Valdeón, 1996; Fraile y cols., 1996; Blasco, 1994; Casimiro, 1999; Gutiérrez, 2000). Ejemplos prácticos en relación con este concepto son las tareas que parten del movimiento corporal: andar, realizar tareas del hogar, subir escaleras, etc. (Fraile y cols., 1996). Es un concepto que se concibe meramente desde un punto de vista estrictamente funcional y biológico (Bañuelos, 1996).

Bajo esta definición cualquier persona por el hecho de existir desarrolla un cierto grado de A.F. con objeto de mantener la vida. O sea, como indica Gutiérrez (2000) A.F. lo es prácticamente todo. Lo que diferencia a unas personas de otras es la CANTIDAD de A.F. que realizan (Ureña, 2000). Ahí lo importante es el consumo energético que la misma lleva implícita (Devís y Peiró, 1993; D'Amours, 1988; Casimiro, 1999).

Desde una perspectiva más general pueden distinguirse, sin embargo, dos aspectos fundamentales en la A.F. El primero es el cuantitativo, que se encuentra en relación directa al consumo y movilización de la energía necesaria para realizar la A.F., es decir, a la actividad metabólica, directamente vinculado con el mencionado concepto de A.F.. El segundo aspecto es el cualitativo, vinculado estrechamente al tipo de la actividad que se ha de realizar y en el que el propósito y el contexto social en los que se desarrolla constituyen los componentes más determinantes (Bañuelos, 1996).

Estamos muy acostumbrados a definir la A.F. como cualquier movimiento del cuerpo realizado con los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía. Pero, a pesar de ser cierta, esta definición resulta parcial porque deja fuera el carácter experiencial y vivencial de la A.F. y olvida su carácter de práctica social, precisamente las dimensiones que más deberían verse destacadas cuando hablamos de salud como algo más que la ausencia de enfermedad (Devís, 1998). Por ello Devís y cols. (1998) definen la Actividad Física como "cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea".

Estas experiencias permiten aprender y valorar pesos así como distancias, vivir, apreciar sensaciones muy diversas, y adquirir conocimientos de nuestro entorno y nuestro propio cuerpo. Además, las actividades físicas forman parte del acervo cultural de la humanidad, desde las más cotidianas, como andar, a otras menos habituales, como el fútbol o cualquier otro deporte. Asimismo, tampoco podemos olvidar que las actividades físicas son prácticas sociales puesto que las realizan las personas en interacción entre ellas, otros grupos sociales y el entorno (Devís y cols., 1998).

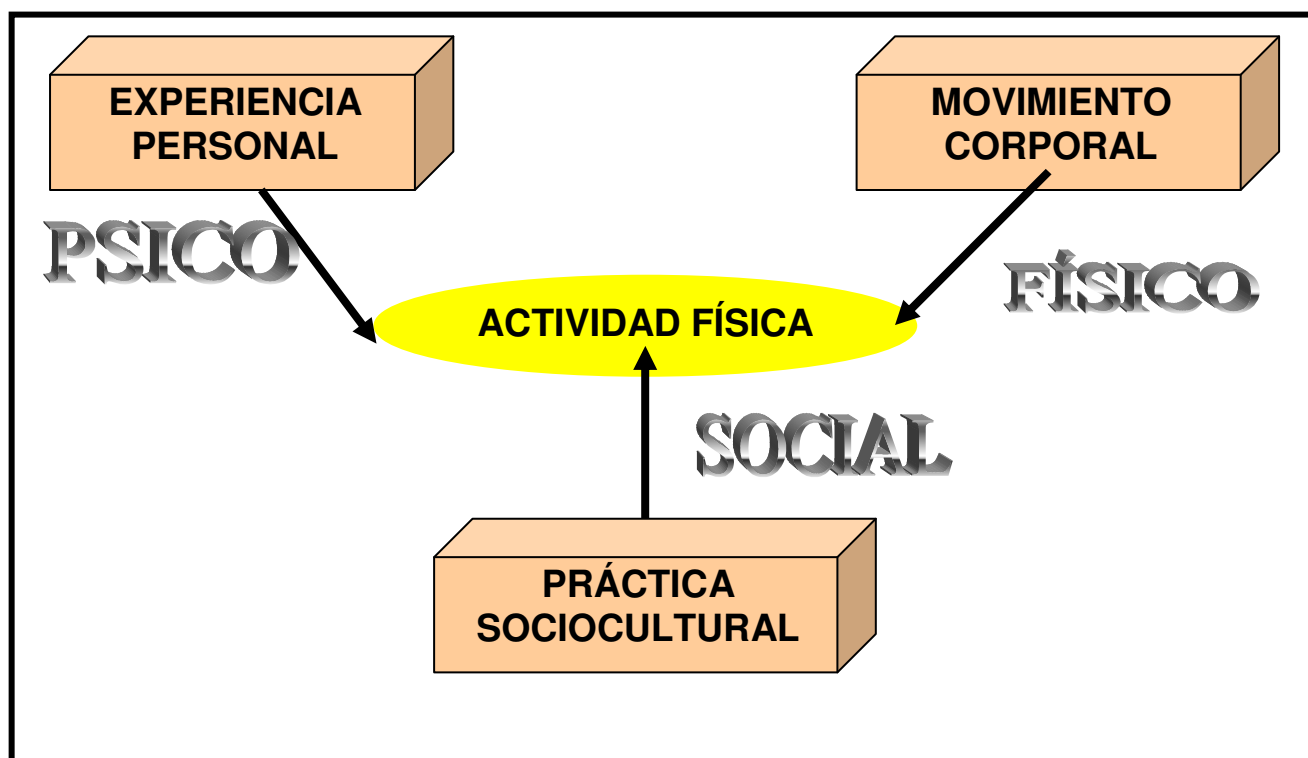


Figura 2. Elementos que definen la Actividad Física (Devís y cols., 2000)

La A.F. se diferencia del concepto de ejercicio físico, definido por Caspensen y cols. (1985) citados por Ureña (2000), Valdeón (1996), Fraile y cols. (1996), Blasco (1994), Casimiro (1999), Gutiérrez (2000), por cuanto éste último se entiende como *la actividad física programada, estructurada y cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar uno o más componentes de la forma física*. Tercedor (1998) lo define como cualquier movimiento del cuerpo estructurado y repetitivo que tiene por objeto una mejora o mantenimiento de la condición física.

Marcos Becerro (1994) define ejercicio físico como una actividad causada por la contracción de los músculos esqueléticos, mediante la cual se produce un consumo de energía superior a la que normalmente se origina en estado de reposo.

Dicho término es utilizado comúnmente como sinónimo de A.F., ya que tiene algunos elementos comunes a ésta. El principal es el movimiento, pero es más acertado hablar de éste como una subcategoría de la A.F. (Devís y Peiró, 1993; Becerro, 1994; Blasco, 1994), pues aunque comparten algunos elementos, lo que diferencia a ambos es la finalidad hacia la que van. En el caso del ejercicio físico, tal y como se explica en la definición, lo que se pretende es mejorar o mantener los componentes de la condición física, y en el caso de la A.F., puede incluir o no esta finalidad, o se puede realizar para mejorar la salud, emplear el tiempo de ocio de forma que resulta agradable, reducir el estrés... (Ureña, 2000). Sin embargo, muchos autores emplean indistintamente ambos términos (Becerro, 1994).

Sin embargo, Bouchard y cols. (1990) entienden el ejercicio físico como la actividad física realizada durante el tiempo libre. Por tanto, toda actividad concomitante a una actividad profesional o a una actividad de la vida diaria cuyo fin no es el esparcimiento y recreación debería entenderse como A.F., y no como ejercicio físico.

Blasco (1994) expone que a diferencia del ejercicio físico, la A.F., la forma física no es lo que el individuo hace, sino lo que es capaz de hacer. Es decir, los individuos hacen A.F. de acuerdo a un programa que persigue unos objetivos, pero ello no significa que sean capaces de hacer ciertas cosas que requieren de unas aptitudes físicas.

Como ejemplo a esta afirmación plantea que al correr se hace A.F. en todo momento (tanto si es para coger el autobús como para entrenar o competir), pero, si se refiere al objetivo de la acción, se habla de ejercicio; si se fija en la capacidad que debe poseerse para realizar esa acción, se habla de forma física; y finalmente, si se refiere a las reglas que gobiernan esa acción, se habla de deporte.

Aquí la forma física se entiende como la capacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas de forma adecuada, sin fatigarse, y disponiendo de energía suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario (Blasco, 1994).

La diferencia esencial entre ejercicio físico y A.F. según Tercedor (1998) radica en la intencionalidad y sistematización. Así ir andando al colegio no presenta una intención de mejorar la condición física en la gran mayoría de los casos, pero sin embargo caminar diariamente una hora con cierta intensidad, busca presumiblemente el desarrollo de la condición física.

Algunos autores consideran que la A.F. y el ejercicio no deberían percibirse como conductas discretas sino como parte de un continuum. La primera para referirse a una práctica moderada y la segunda a una práctica vigorosa y estructurada (Biddle y Mutrie, 1991 citados por Devís y Peiró, 1993 y por Devís y cols., 1998).

Definitivamente, parecer ser que el término A.F. es un concepto más amplio e inclusivo. Se adapta a las posibilidades de muy diversos tipos de personas y permite que todas puedan obtener beneficios saludables de la realización de algún tipo de actividad. Tal vez por esa razón algunos autores y autoras prefieren referirse a una actividad física que va de una intensidad moderada a una vigorosa, y otros consideren que lo importante no es el tipo de actividad, sino el consumo de energía que lleve asociado (Devís y cols., 1998).

Así pues, si se hablase de A.F. orientada al bienestar y, en definitiva a la salud, se referirá a un tipo de práctica que es para todas las personas porque todas ellas pueden realizar algún tipo de actividad de la que pueden obtener beneficios saludables (Devís y cols., 1998).

Cuando se conceptualizan los términos A.F. y ejercicio físico, aparece otro término conflictivo y que se asocia a los dos anteriores. Se trata del término deporte, que el saber popular tiende a atribuirle el concepto referido a ejercicio físico e incluso A.F. En ocasiones se habla de deporte cuando existe una práctica física y no siempre cuando la intención es de recreación, diversión (Tercedor, 1998).

Este concepto en palabras de García Ferrando (1990) citado por Ureña (2000) se define como una actividad física e intelectual de naturaleza competitiva, gobernada por reglas institucionalizadas.

DEFINICIÓN DE SALUD

Una rápida revisión de la literatura más reciente referente al término salud nos hace comprender que estamos frente a un concepto renovado, en definitiva, frente a un nuevo modelo de salud (Generelo, 1999).

El concepto de salud ha estado asociado durante mucho tiempo a la definición clásica de ausencia de enfermedad. La enfermedad se entiende como el "Resultado de una agresión ambiental, de tipo biológico, físico-químico o psico-social y que, por tanto, el proceso generador de enfermedades está en función de una realidad social históricamente determinada que incide tanto en la calidad de vida como en la calidad del medio ambiente y de la cultura (Antó y Martí, 1977 citados por Rodríguez, 1998).

La salud es una palabra que generalmente se utiliza en oposición a la de enfermedad y, por esta razón, nos consideramos sanos cuando no estamos enfermos. Esta manera de entender la salud es aún hoy, la definición dominante (Devís y cols., 2000).

Esta noción, útil desde el punto de vista de la práctica médica tradicional, promueve un enfoque dirigido hacia el concepto de enfermedad y sus consecuencias asociadas que sin duda han calado muy hondo en la población. Como consecuencia, la pauta más convencional de comportamiento respecto a la salud consiste en acudir al médico una vez

contraída la enfermedad, para que la erradique y de esta forma la salud quede restaurada (Bañuelos, 1996).

Es, por tanto, una visión que plantea al individuo como un ser que soluciona el problema en vez de anticiparse a él y prevenirlo. Aquí no existe agente generador de salud, sino un hábitat donde la enfermedad puede acudir y el responsable sanitario como aquel agente rehabilitador que usa la magia bioquímica para sus fines.

Bañuelos (1996) indica que las pautas alternativas consistirían en adoptar comportamientos que disminuyan la probabilidad de contraer una serie de afecciones comunes, con lo que las visitas al médico disminuirían considerablemente así como todo el malestar y el sufrimiento asociados a los procesos de enfermedad evitados, lo que implica una concepción de la salud y de la medicina radicalmente diferente del concepto de salud como ausencia de enfermedad.

Aunque resulta complejo encontrar una definición única de salud, una de las que mas se han empleado es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera aquella como "*el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones*" (Fraile y cols., 1996; Valdeón, 1996; Sánchez Bañuelos, 1998; Peiró y Devís, 1991; Tercedor y Delgado, 1998; Sánchez Bañuelos, 2000; Rodríguez y Casimiro, 2000; Casimiro, 1997; Ureña, 1999; Delgado, 1996; Marcos Becerro, 1994; Devís y cols., 1998; Sánchez Bañuelos, 1996; Casimiro, 1999; López y cols., 1998; Generelo, 1999).

Se trata de un avance que entierra una definición negativa que entendía la salud como la mera ausencia de enfermedad. Definición poco operativa, por tres razones principalmente (Notivol y Santos, 1993 citados por Ureña, 2000):

- a) Para definir la salud en términos negativos sería necesario establecer los límites entre la normalidad y la patología, lo que no siempre es posible.

b) Los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que ha sido considerado como normal en un momento dado, puede que no lo sea en una época anterior.

c) Las definiciones negativas no son operativas y no responden a la realidad por lo que no son de utilidad para las ciencias sociales.

La definición de la O.M.S. puede contemplarse como una declaración de principios, puesto que aporta un concepto integral de la salud que comprende las dimensiones: física-fisiológica, psicológica y social (Sánchez Bañuelos, 2000).

Esta definición presenta aspectos positivos, así como también negativos. Entre los positivos pueden destacarse (Ureña, 2000):

- Por primera vez se define la salud en términos positivos. Se considera a la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado óptimo positivo de "Completo bienestar".

- No sólo se refiere al área física del ser humano, sino que, por primera vez, se incluyen las áreas mental y social. De acuerdo con esto, el fenómeno de la salud no se reduce a la circunstancia de los procesos de enfermedad, sino que queda vinculada a los procesos individuales, grupales y culturales de la persona (Bañuelos, 1996).

Entre los aspectos negativos de la definición podemos destacar siguiendo a Ureña (2000):

- Equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad (un drogadicto tiene fases de bienestar cuando se inyecta y no puede considerarse nada sano el acto de drogarse).

- Se trata más bien de un deseo que de una realidad. Más que una definición es una declaración de intenciones, ya que un completo bienestar físico, mental y social es difícilmente alcanzable hoy día.

- Es una definición estática, ya que sólo considera como personas con salud las que gozan de un completo bienestar físico, mental y social.

La concepción estática de la salud, fundamentalmente se basa en la idea del cuerpo anatómico-fisiológico y funcional, donde debe imperar la mera ausencia de enfermedad. La enfermedad implica el mal funcionamiento de algún sistema corporal, lo cual produce una alteración en la homeostasis, que provoca reacciones de alarma en el organismo en forma de síntomas. Sobre esta concepción de salud, la medicina ha establecido unos parámetros que determinan cuál es el estado normal del individuo (Pérez, 1998). En este modelo, la actividad física se convierte en un mero fármaco haciendo incidencia en sus efectos secundarios.

La salud no es algo estático que se consigue una vez y ya se tiene para siempre, sino que la salud es dinámica porque discurre y se combina constantemente entre la enfermedad y el bienestar. También es una noción compleja porque las personas podemos experimentar altos niveles de bienestar con altos niveles de enfermedad o discapacidad entre otras muchas posibilidades (Devís y cols., 1998). De hecho, se convierte en un proceso continuo de aprendizaje, toma de decisiones y acciones para optimizar el bienestar global de una persona (Devís y Peiró, 1991).

Otro elemento fundamental es el cambio que se ha producido en el concepto de salud, en cuanto a la posición del sujeto. Si en el concepto tradicional éste es pasivo (padece o no la enfermedad), en el concepto renovado es la pieza clave para la configuración de su salud, desde luego con una participación activa (Generelo, 1999).

Una concepción dinámica de la salud es mucho más adecuada, ya que la rápida evolución de los acontecimientos en las sociedades avanzadas contemporáneas plantea constantemente nuevos retos respecto a la salud, para la superación de los cuales hay que ser capaces de aportar continuamente nuevas soluciones (Bañuelos, 1996).

Este enfoque hace más énfasis en la percepción subjetiva de bienestar y en las condiciones sociales que mejoran la calidad de vida de las personas. Las concepciones dinámicas de salud serían aquellas que centran su preocupación en la relación entre diferentes factores ambientales y psicobiológicos que interaccionan en la salud (Pérez, 1998).

En este concepto dinámico de salud, Johnson (1974) incluye como componentes:

1. Un cuerpo libre de enfermedades.
2. Unos órganos desarrollados adecuadamente.
3. Una mente libre de tensiones y preocupaciones.

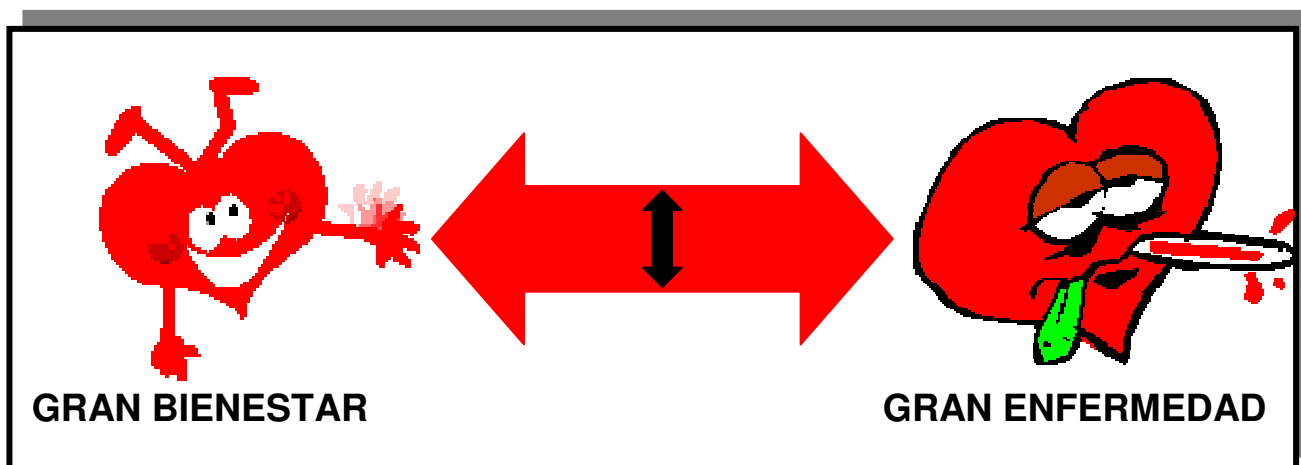
- Es una definición subjetiva, pues no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionar) de la salud.

Además de la definición de la O.M.S. se puede interpretar la independencia de los tres componentes de la salud: físico, mental y social. Sin embargo, esto no es así, ya que están totalmente interrelacionados, no siendo posible entender una afección del corazón sin una alteración psíquica más o menos importante, que modifica su conducta social (Casimiro, 1997; Casimiro, 1999). Para Marcos Becerro (1994) en principio podría darse la impresión de que cada uno de sus componentes es independiente, pero en la línea de Casimiro, esto no es así.

Aquella definición de la O.M.S. ha sido muy criticada por la comunidad científica, si bien puede servir de guía, si se le añade algunos otros conceptos fáciles de entender, como son: la capacidad para ejercer las funciones inherentes a los seres humanos y la de adaptarse a los cambios originados en su entorno (Marcos Becerro, 1994).

Desde que apareció esta definición se ha producido una reconstrucción de dicha definición con relación a considerar el medio social donde se desenvuelve el sujeto, como una pauta primordial de atención que eclipsa cualquier atención de la persona como individualidad (Rodríguez y Casimiro, 2000).

Bajo la definición clásica de la O.M.S. se entiende la salud como un continuo que se mueve siempre entre el aspecto positivo y el negativo (Figura 1).



En cada una de las dimensiones física-fisiológica, psicológica y social de la salud, se pueden contemplar dos estados extremos contrapuestos: por una parte, un estado de signo positivo, de bienestar, y por otra, un estado de signo negativo, enfermedad (Tercedor, 1998; Bouchard y cols., 1990; Bañuelos, 1996). La salud en su polo positivo está asociada con una capacidad de disfrutar de la vida y de resistir a las desavenencias. La salud en su polo negativo está asociada con la enfermedad y, en situación extrema, con la mortalidad prematura.

En algunas ocasiones la pérdida de la salud se origina por causas ajenas a la voluntad del individuo, pero en otras, son los hábitos libremente adquiridos por la persona (como el sedentarismo) los que la producen (Becerro, 1994; Casimiro, 1997).

A los estados positivos de salud se les asocia con un estilo de vida adecuado, un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, una capacidad de disfrute de la vida y una tolerancia a los retos que plantea el entorno. Por su parte, a los estados negativos con respecto a la salud se les asocia fundamentalmente con el incremento de niveles variados de la morbilidad y sus efectos asociados de carácter físico, psicológicos y social y con una incidencia prematura de mortalidad (Bañuelos, 1996) (Figura 3).

Nos solemos mover por la zona central y dependiendo de nuestro bienestar, nos acercaremos a uno de los extremos (Casimiro, 1997). Esta manera de entender la salud,

a pesar de mostrar la existencia de distintos niveles a lo largo del continuo, presenta una línea divisoria entre la enfermedad y el bienestar como si hubiera una separación absoluta entre ambas (Devís y cols., 2000).

Bajo esta dimensión el concepto de salud se identifica con el de normalidad, pero esto en biología humana es muy complejo de definir, dadas las diferencias individuales tanto a nivel físico como psíquico (somos cambiantes) (Casimiro, 1997).

Pero la realidad nos demuestra que una misma persona puede convivir con distintos grados de enfermedad y bienestar en un momento determinado. Frente al paradigma de salud perfecta o enfermedad, la concepción actual de la salud plantea la posibilidad de muy diversos estados intermedios dentro de la dimensión salud-enfermedad de acuerdo a la ubicación del individuo en cada escala bipolar correspondiente a cada una de las dimensiones Bio-Psico-Social que definen la salud (Sánchez Bañuelos, 1996; 2000). Por esta razón conviene representar la salud con la suficiente complejidad como para recoger las posibles combinaciones y grados de los dos extremos del continuo anterior (Devís y cols., 2000).

Este continuo da a entender que la salud puede llegar a convertirse en un estado ideal al que difícilmente podemos llegar, puesto que disfrutar de un completo bienestar físico, mental y social, tomado al pie de la letra, resulta utópico (Devís y cols., 1998).

Esta reflexión del continuo a pesar de ser importante en su momento, vincula el papel de la A.F. a la enfermedad y, por tanto, a una idea limitante de las relaciones entre la A.F. y la salud (Devís, 1998). En palabras de Petlenko y Davidenko (1998) citado por Casimiro (1999): *"La salud es una vida libre y la enfermedad es una vida limitada"*.

Nacen, por tanto, dos modelos explicativos, el primero de ellos asociado al continuo. El primero es el modelo de enfermedad, que sería básicamente asistencial, con la intervención tendente a la reducción o eliminación de la enfermedad. El segundo nace posteriormente a la superación del continuo y es el modelo del bienestar, que supone un proceso que entiende la enfermedad como un rasgo característico y puntual a lo largo de un continuo bienestar (De Andrés y Aznar, 1996).

Cuatro posibles grupos de personas que combinan de manera diversa la enfermedad y el bienestar pueden existir (Devís y cols., 2000):

a) El primer cuadrante se encontrarían aquellas personas que poseen grados diversos de alto bienestar y baja enfermedad. Este cuadrante representa el estado más deseable desde el punto de vista de la salud.

b) En el segundo cuadrante estarían las personas con diferentes grados de alto bienestar y alta enfermedad. Por ejemplo, aquellas personas que se sienten bien y con plenas facultades físicas y mentales, pero no son conscientes de tener un tumor maligno.

c) El tercer cuadrante sería el de las personas muy enfermas que disfrutan de poco bienestar como las que poseen un cáncer terminal que además está acompañado de gran dolor o desolación.

d) El último cuadrante es el de las personas con baja enfermedad y bajo bienestar como, por ejemplo, las que sin estar enfermas se sienten mal, infelices o poco realizadas con su vida.

Lo realmente deseable es que todas las personas puedan alcanzar y prolongar el máximo de bienestar y el mínimo de enfermedad a lo largo de la vida. Esto resulta difícil porque, además de depender de factores personales, depende de las condiciones sociales, culturales y medioambientales en que les toca vivir a las personas (Devís y cols., 2000).

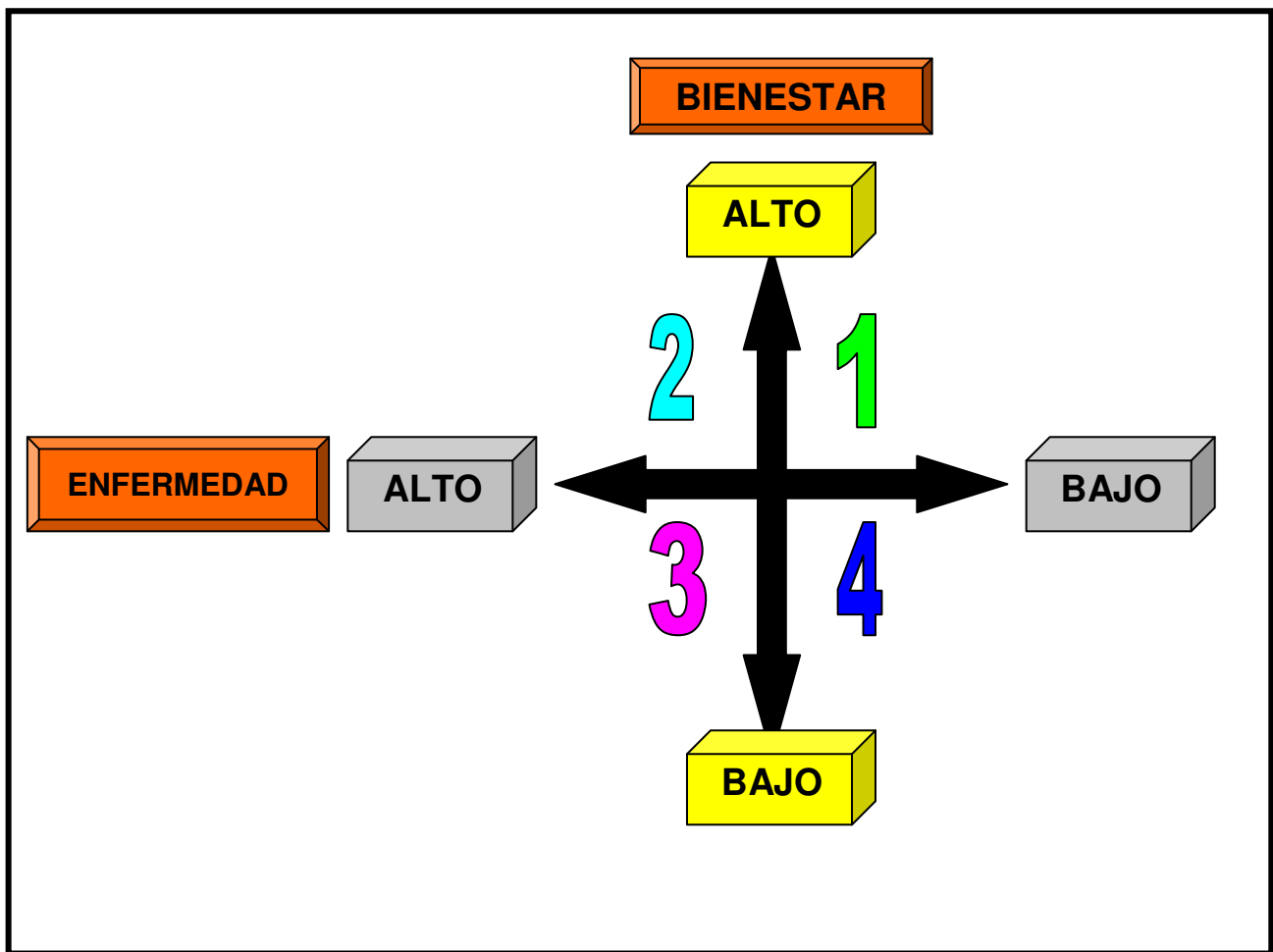


Figura 5. El cuadrante de la salud. Modificado de Devís y cols. (2000).

Hoy día, la definición de la O.M.S. ya no es satisfactoria, de ahí que hayan nacido otra serie de definiciones que han dado más valor a otra serie de mecanismos, como pueden ser el autocontrol y la capacidad de funcionar del individuo.

A pesar de ello la O.M.S. en la actualidad mantiene la definición planteada en aquel lejano año 1946, si bien se ha adaptado a los tiempos que corren, ya que en la formulación de los objetivos de la estrategia "Salud para todos en el año 2000" ya no aparece la palabra *completo*, señalándose como objetivos para dicho año "que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven" (Ureña, 2000; López y cols., 1998).

Desde la concepción de salud como "el completo estado de bienestar físico, psíquico y social" establecida por la O.M.S. se ha producido una reconstrucción de dicha definición con relación a considerar el medio social donde se desenvuelve el sujeto, como una pauta primordial de atención que eclipsa cualquier atención de la persona como individualidad (Rodríguez, 1998).

En 1979 los objetivos de la "salud para todos" que establece la O.M.S. suponen un magno reto en cuatro dimensiones que han de estar presentes en las distintas actuaciones y que la fórmula en sus primeros cuatro objetivos (Valdeón, 1996):

- Asegurar la igualdad ante la salud.
- Añadir vida a los años.

Desde este punto de vista emerge el concepto de calidad de los años vividos, es decir, no considerar solamente el total de años que vivimos, sino los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida. Es un concepto que tiene más relevancia para la salud que el de años vividos (Bañuelos, 1996).

- Añadir salud a la vida.
- Añadir años a la vida. En relación con este concepto, Bañuelos (1996) afirma que otro de los beneficios que en teoría pueden derivarse de los estilos de vida saludables es la ampliación de la esperanza de vida. Los mayores contribuyentes a la morbilidad (Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinados (Rodríguez, 1998)) y mortalidad en los países desarrollados han variado desde las enfermedades infecciosas hasta las crónicas, tales como la hipertensión, obesidad, trastornos cardiovasculares (Gutiérrez, 2000).

En general, la sociedad occidental, en el transcurrir de los años, ha cambiado el tipo de enfermedad, sustituyendo los trastornos infecciosos y agudos por la enfermedad crónica y permanente, que produce malestar y cierta incapacidad (Casimiro, 2000).

A pesar de que la mortalidad es una buena referencia para saber la marcha de la salud comunitaria, sin embargo, debido a los importantes avances conseguidos por la medicina en los últimos tiempos, muchos de los individuos que antes fallecían por enfermedades intratables, en la actualidad sobreviven padeciendo las formas crónicas o las incapacidades producidas por aquéllas. Por lo tanto, un gran porcentaje en el aumento de la longevidad se ha conseguido a expensas del crecimiento del número de personas que no pueden prestar su colaboración a la sociedad (Becerro, 1994).

Este fenómeno se conoce como morbilidad, y se define como algún tipo de diferencia negativa objetiva o subjetiva respecto a un estado de bienestar (Bañuelos, 1996). Por ejemplo, en Noruega, Fluge y col. (1994) citado por Casimiro (1999) indican que la medicación está creciendo entre los jóvenes y que cerca del 50% de los escolares de 12 años presentan una o más enfermedades crónicas. Esto supone, por tanto, un aumento de la morbilidad por la dependencia al medicamento.

En otra serie de objetivos se proponen, bajo el epígrafe *estilos de vida* (Valdeón, 1996):

- **Objetivo 14.** Hay que implicar a la familia y al entorno social.
- **Objetivo 15.** Programas educativos que proporcionen a la población conocimientos necesarios para adquirir y mantener la salud.
- **Objetivo 16.** Promover un comportamiento saludable.

Para la sociedad es totalmente desolador observar, como políticos y técnicos desoyen los consejos proporcionados por ellos mismos, para conseguir un nivel de salud aceptable (Becerro, 1994).

En referencia a los objetivos, aquellos que versan sobre la promoción de la A.F. orientada hacia la salud, en su apartado 16 indica que para 1995, en todos los Estados Miembros, deberá haber un aumento significativo de conductas saludables, tales como alimentación equilibrada, no fumar, A.F. adecuada y una correcta administración del estrés.

Sin duda alguna, estos objetivos que se marcaban para hace 5 años vista no han llegado a calar en la población de una forma significativa, por lo que se hace necesario reorientar los modelos de creación de hábitos de vida.

- **Objetivo 17.** Lograr un retroceso en las actitudes perjudiciales para la salud.

Sólo cuando la salud va más allá de la ausencia de enfermedad y se entiende como "bienestar global" (wellness), las relaciones con la A.F. pueden verse aumentadas. El "bienestar global" es un término más amplio que el de bienestar personal (wellbeing) porque incorpora contenidos experienciales, sociales y ambientales a la noción de salud. De esta manera, la búsqueda de bienestar nos permite llevar una vida digna, más allá de la simple supervivencia, y también, nos permite hablar de calidad de vida. Es, pues, dentro de este nuevo marco conceptual donde la A.F. amplía sus relaciones con la salud más allá de su carácter biológico, añadiéndole también el carácter experiencial y el social. La A.F. pueden convertirse, entonces, en un elemento de bienestar con gran repercusión en la vida de todas las personas, estén sanas o no, enfermas o no y tengan o no tengan alguna incapacidad. De esta manera podemos llegar a decir que todas las personas pueden extraer beneficios saludables de algún tipo de A.F. (Devís, 1998).

CONCEPTO RENOVADO	CONCEPTO TRADICIONAL
Positivo	Negativo
Dinámico (se construye continuamente)	Puntual (presencia o no de enfermedad)
Perspectiva integral (más general).	Perspectiva parcial.
Competencia multiprofesional	Competencia del sector sanitario
El sujeto participa en la construcción	El sujeto es pasivo, "paciente" de la enfermedad.

Tabla 1. Comparación de las características del concepto de salud según su evolución conceptual (Generelo, 1999).

Últimamente se le está dando más importancia al término bienestar, alejándonos de la tradicional concepción de salud como "ausencia de enfermedad". En esta línea, surge con fuerza la importante aportación de la actividad física para la prevención, mantenimiento y mejora de la salud, algo que goza del reconocimiento general desde comienzos de la década de los 90. De hecho, en la actualidad, la A.F. regular, sobre todo aeróbica, es una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (Casimiro, 1999).

En este sentido, en opinión de Lagardera (1992), se puede afirmar que hoy el acceso al deporte, tanto a la práctica de éste como el consumo de deporte espectáculo, se interpreta como un indicador socioeconómico que atestigua la calidad de vida alcanzada por un determinado grupo humano.

El concepto de "wellness" fue introducido por Ardell en 1984 y lo definía como un deliberado y consciente acercamiento hacia el mejor estado posible de salud física, psicológica o espiritual. En castellano podría definirse por "supersalud", situación que muchos deportistas la relacionan con los efectos del ejercicio físico, y quizás con más forma física (Becerro, 1994).

Se trata de conseguir un nivel de salud tan favorable que permita disfrutar de una forma entusiasta y placentera de las tareas diarias y actividades de ocio, requiriendo desde la base un cuerpo en perfecto estado (De Andrés y Aznar, 1996).

Dentro de la implicación de los organismos con competencias en salud en la promoción de A.F., la O.M.S. estableció las siguientes finalidades para el período 1996-2001 (Valtueña, 1994 citado por Tercedor, Jiménez y López, 1998):

- Prolongar los años de vida sana para todos los individuos. Como indica Blasco (1994) se ha alargado la esperanza de vida, si bien se ha acompañado de un patrón de enfermedad permanente, que produce ciertas incapacitaciones y riesgos, que en la mayor parte de los casos, depende directamente del estilo de vida del individuo.

- Asegurar la disponibilidad general de un conjunto convenido de prestaciones o servicios básicos de salud de calidad aceptable.

- Garantizar la supervivencia y el desarrollo saludables de los niños.
- Mejorar la salud y el bienestar de la mujer.
- Asegurar el desarrollo de la población en buenas condiciones de salud.
- Erradicar, eliminar o controlar las principales enfermedades que constituyen problemas sanitarios mundiales.
- Reducir la discapacidad evitable mediante medidas apropiadas de prevención y rehabilitación.
- Asegurar una mejora continuada del estado nutricional de toda la población.
- Proporcionar a todos un entorno y unas condiciones de vida saludables, facilitando información que permita combatir los comportamientos nocivos para la salud.

Extrapolando todos estos objetivos e incluyéndolos en una afirmación podemos decir que el objetivo sería que hubiera un aumento significativo de conductas saludables, tales como alimentación equilibrada, no fumar, actividad física adecuada y una correcta administración del estrés.

Como hasta ahora hemos leído, la salud en los tiempos modernos se plantea como algo más que una lucha contra la enfermedad, entendiendo a la enfermedad como el *“resultado de una agresión ambiental, de tipo biológico, físico-químico o psico-social y que, por tanto, el proceso generador de enfermedades está en función de una realidad social históricamente determinada que incide tanto en la calidad de vida como en la calidad del medio ambiente y de la cultura”* (Antó y Martí, 1977 citados por Rodríguez y Casimiro, 2000).

Arnold (1988) citado por Rodríguez (1998) indica en sus consideraciones sobre la salud que este concepto es un factor multidimensional que engloba aspectos físicos, sociales, intelectuales, emocionales y espirituales que estructuran nuestra personalidad.

Por ejemplo, la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. define promoción de la salud como "el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que *aumenten el control sobre los determinantes de la salud* y, por tanto, mejoren la salud" (Casimiro, Águila y Artés, 1999; Casimiro y cols., 1999).

En el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, y posteriormente en el congreso de Cultura Catalana se definió la salud como: "una manera de vivir cada vez más **autónoma**, más solidaria y más gozosa" (Corbellá, 1993).

Se introduce por tanto un concepto básico dentro de una sociedad del bienestar, que es la capacidad de valerse por sí mismo. Esta nueva visión implica que los primeros responsables de la salud somos nosotros mismos, individual y colectivamente, y que esta responsabilidad primaria no puede delegarse en ninguna otra persona ni institución (Bañuelos, 1996).

Salleras (1985) citado por Sánchez Bañuelos (1998; 2000) define salud como "el **nivel más alto posible** de bienestar físico, psicológico y social, y de **capacidad funcional**, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad". Se trata de una definición formulada en términos positivos e integran el dominio físico, mental y social (Ureña, 2000).

Esta dimensión social de la salud provoca una pérdida de exclusividad de la misma por parte del sector médico y, por tanto, se ha de convertir en un elemento de atención interdisciplinar (Rodríguez y Casimiro, 2000; Rodríguez, 1998), donde los profesionales de la A.F. adquieren un papel preponderante. Se trata ahora de una concepción socio-ecológica de la salud (Casimiro, 1999).

El profesional de la educación también posee un papel relevante dentro del entramado social y, desde este punto de vista, puede ejercer una labor fundamental en inculcar tendencias que contribuyan a la salud. Se busca una intervención participativa, crítica y emancipatoria, que ensalce un creciente protagonismo por parte de los diferentes agentes sociales (Sánchez y cols., 1995 citados por Rodríguez y Casimiro, 2000).

Valdeón (1996), López y cols., (1991) lo expresan de la siguiente forma: "*salud es cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una*

situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda a nivel individual y colectivo para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite".

Delgado (1996) plantea el nuevo enriquecimiento del concepto original de la O.M.S., entendiendo que la salud va más allá de la persona, dada su íntima relación con el medio ambiente donde vive, al cual debe de respetar. Se trata de la extensión de un concepto más abierto y dinámico de la salud, orientado fundamentalmente a la promoción de ambientes y estilos de vida saludables, donde juega un papel crucial y decisivo. Una concepción amplia y nueva de salud debe conjugar las habilidades personales con un entorno global que promueva la salud. Se ocupará, por lo tanto, de factores genéticos, ambientales, culturales, nutricionales, de seguridad laboral y de estilos de vida personales (Devís y Peiró, 1992).

De ahí, y citando palabras de Perea (1992) actualmente se refiere la salud como el conjunto de condiciones y calidad de vida que permita a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y en relación con su propio entorno.

Desde esta perspectiva, la salud de la persona queda vinculada a los procesos socio-culturales a los que se ve sometido, es decir, se encuentra en relación muy próxima al ámbito de la educación, rebasando ampliamente, en consecuencia, los límites de influencia en que tradicionalmente se había movido, que no habían sido otros que los del sistema médico-sanitario (Sánchez Bañuelos, 2000).

Las distintas instituciones con implicación en materia de salud establecen finalidades y objetivos concretos de actuación, cada una de ellas con un enfoque particular pero todas en pro de lograr un bienestar progresivo en las personas, intentando concienciarlas y capacitarlas en torno a un concepto, el de salud, que deja de ser un objetivo puntual "salud como ausencia de enfermedad" (Sánchez Bañuelos, 1998), concibiéndose en la actualidad como una tendencia del individuo a alcanzar un óptimo estado físico, psíquico y social (Tercedor, Jiménez y López, 1998).

El nuevo enfoque en el modelo de salud trata de interrelacionar los problemas de la salud con los hábitos de vida más o menos nocivos, entendiendo al sujeto como agente generador y controlador de su propia salud (De Andrés y Aznar, 1996).

Susyace así una transformación fundamental en la concepción de la salud, que se orienta del tratamiento hacia la promoción de la salud, del trabajo individual al trabajo en equipo, fomentándose una cooperación intersectorial, participación comunitaria y despertar del sentimiento de autorresponsabilidad. Se destaca así la necesidad de abordar los problemas de salud, no sólo desde el estricto ámbito de lo sanitario (Frenk, 1993 citado por Rodríguez y Casimiro, 2000).

Así nace también el concepto de promoción de salud, definido como el proceso que permite a las personas incrementar el **control** sobre su salud para mejorarla. Casimiro (1997) citando a la O.M.S. completa la definición del siguiente modo: *"es un proceso de capacitación de los individuos y las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, y por lo tanto, mejoren la salud"*.

Es por tanto una acción que no sólo queda en fortalecer las **habilidades** y **capacidades** de las personas, sino también aquellas encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Delgado, 1999).

De esta manera, la promoción de la salud en general, y la actividad física en particular, deberían situarse en lugar prioritario a nivel social y cultural, ya que la realización o no de actividades físicas y deportivas es una conducta más dentro del estilo de vida que, en algunas situaciones, puede llegar a ser la más determinante para la salud (Devis y Peiró, 1993).

Bajo este enfoque la salud no se concibe como algo inerte, opuesto a enfermedad, sino que tanto los individuos como las propias comunidades han de buscar de forma permanente una aproximación hacia un estado saludable. La promoción de la salud implica la potenciación de factores que impulsan estilos de vida saludables y la reducción de aquellos otros que generan enfermedad, combinando medidas de diversa índole (Tercedor, Jiménez y López, 1998).

En la conferencia de Ottawa se definieron cinco líneas de salud en pro de la salud (Tercedor, Jiménez, López, 1998):

1. Construir políticas saludables. La salud no es exclusiva del sistema sanitario, sino que las medidas políticas en cada uno de los sectores pueden contribuir al impulso de la misma. En este sentido, en España se podría avanzar en esta línea dando más horas a la asignatura de Educación Física, introduciendo incentivos por acudir a programas de A.F. para la salud en empresas, etc.

Conservar la salud y prevenir la enfermedad exige conocer cuáles y cuántos son los factores involucrados en su producción y la forma de evitarlos. Para conseguirlo, es necesario descifrar el complejo entramado de los múltiples componentes que integran el concepto de salud y en especial, el de la vertiente pública (Becerro, 1994).

2. Crear entornos que contribuyan a la salud, favoreciendo realmente que los individuos tengan facilidad para elegir las opciones de vida más saludables. Deben perseguirse unas condiciones tanto laborales como de vida saludables en los aspectos medioambientales, tecnológicos y de organización del trabajo y del ocio.

3. Reforzar la acción comunitaria. No sólo que las personas participen, sino que deben ser concebidas como fuente de información, con capacidad decisional, y como un recurso para ejecutar las acciones. La promoción de la salud se debe considerar como algo compartido y nunca impuesto de forma unidireccional.

4. Desarrollar las habilidades personales. Se trata de capacitar a las personas para aprender a lo largo de la vida. En la concepción actual de la enseñanza interesa más enseñarle al individuo los recursos y estrategias necesarios para obtener información constantemente y soluciones a cada problema, que el simple hecho de formarse específicamente en un contenido puntual susceptible de devaluarse a corto o medio plazo.

5. Reorientar los servicios sanitarios. El sistema sanitario debe realizar un esfuerzo e ir más allá de proporcionar servicios asistenciales.

Entre los factores que determinan el nivel de salud del individuo y de la comunidad, son más importantes los derivados del comportamiento humano que otros que hasta ahora se tenían como fundamentales, como son la herencia biológica y el sistema sanitario (Bañuelos, 1996).

Todos los datos aportados los resume Rodríguez Marín (1995) citado por Sánchez Bañuelos (1996; 2000), en los que considera aspectos más significativos respecto al concepto de salud:

1) La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social.

2) El concepto de salud es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o que lo acepta.

3) La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe de ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones. En consecuencia, hay que promover igualmente en el individuo la autorresponsabilidad para defender, mantener y mejorar su salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario.

4) La promoción de la salud es una tarea interdisciplinar que exige la coordinación de las aportaciones científico técnicas de distintos tipos de profesionales.

5) La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad.

La salud, es considerada en nuestra sociedad como un valor esencial, y sin embargo, creemos que muchas personas no se comportan de un modo saludable. Las conductas sanas, al igual que los comportamientos insanos no son algo innato, son susceptibles de ser reforzados o modificados a través de la educación, de ahí, que la etapa obligatoria educativa sea la más idónea para incorporar conocimientos adecuados para la salud, propiciar estilos de vida saludables y potenciar la reflexión sobre el valor de estos hábitos para mejorar la calidad de vida (Fraile y cols., 1996).

En definitiva, la salud, como derecho de toda persona, es casi imposible de cuantificar e, incluso, de definir, ya que es un concepto **subjetivo** (sentimiento individual), **relativo** (no hay un modelo fijo estándar y absoluto), **dinámico** (en función del contexto), e **interdisciplinar** (médicos, psicólogos, educadores, políticos, ... tienen que trabajar al unísono). Ésta, debe ser fomentada por las instituciones, las cuales deben favorecer la adopción voluntaria de sanos hábitos comportamentales, ya que, en ocasiones, la pérdida de la salud se origina por causas ajenas a la voluntad del individuo, pero en otras son los hábitos, libremente escogidos por la persona, los que la producen (Casimiro, 1999).

ESTILOS DE VIDA EN LA SOCIEDAD MODERNA.

Castillo (1995) citado por Gutiérrez (2000) indica que el interés por los estilos de vida surge cuando en los años 50 desde el ámbito de la salud pública se cercioran de que las enfermedades crónicas empiezan a constituirse como el problema central del sistema sanitario.

Pero es a partir de los 80 cuando ha aumentado vertiginosamente la preocupación por estudiar las posibles relaciones entre estilos de vida y salud, interés que tiene su origen en el acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas, en gran medida, por estilos de vida poco saludables, en progresivo aumento en las sociedades actuales (Gutiérrez, 2000).

Se puede destacar el hecho de que existen tanto a escala personal como colectiva, formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Esto nos lleva al concepto de "estilo de vida" definido en general como el *"conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona"*. O bien, tal como Mendoza (1994) propone: *"El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo"* (Sánchez Bañuelos, 1996; 2000; Ureña, 2000; Casimiro, 1999; Generelo, 1999).

Casimiro y cols. (1999) definen estilo de vida como *"los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes"*.

Gutiérrez (2000) lo define como *"la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos..."*.

El Glosario de promoción de la salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel *"compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetos a modificaciones"*.

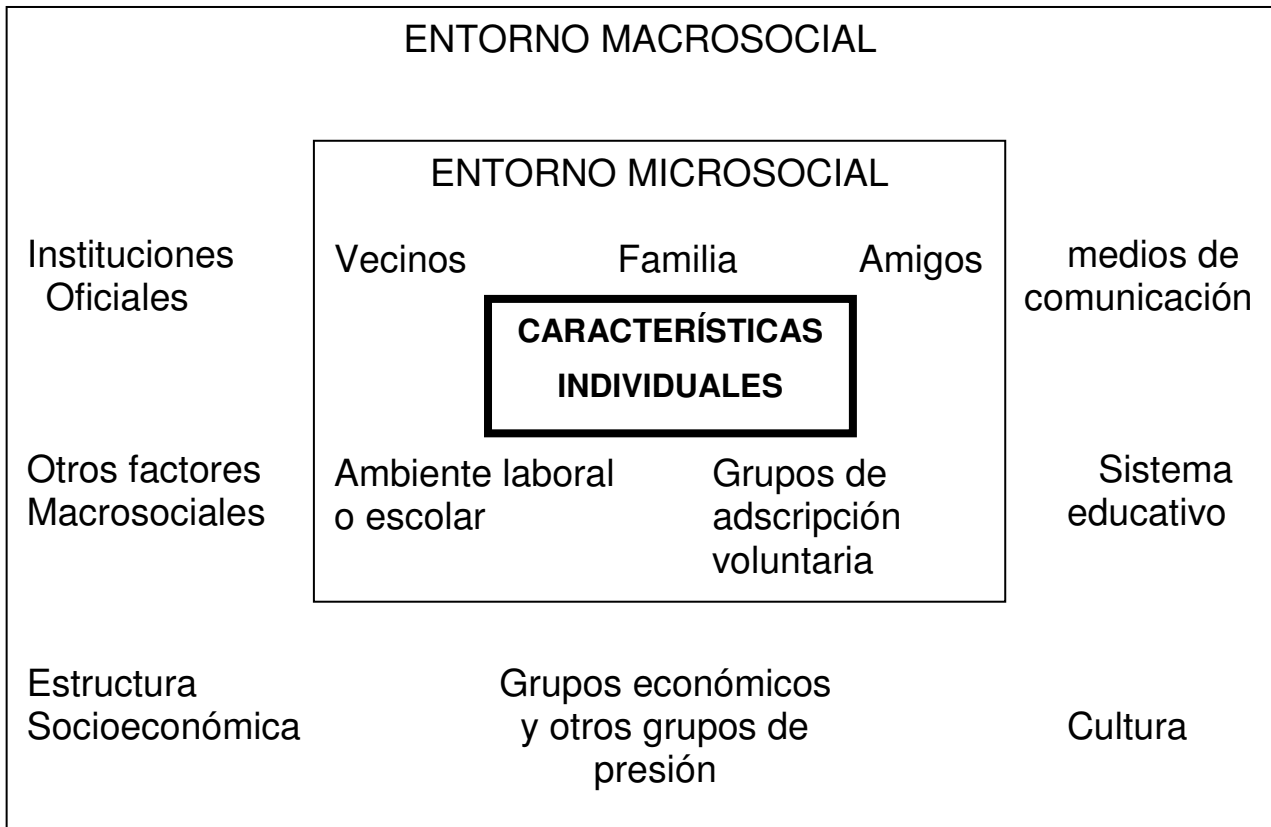
Teniendo en cuenta estas definiciones, podemos afirmar que los estilos de vida de una persona están determinados por cuatro grandes tipos de factores que interaccionan entre sí (Ureña, 2000; Casimiro, 2000; Mendoza, 1994), y cuya división no es rígida, sino que todos ellos conjuntamente moldean los estilos de vida de los individuos y los grupos:

- Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida...
- Características del entorno microsocial en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil...

- Factores macrosociales: sistema social, la cultura imperante, los medios de comunicación...

- El medio físico geográfico que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y, a su vez, sufre modificaciones por la acción humana.

MEDIO GEOGRÁFICO



El aspecto interactivo del estilo de vida queda reflejado en este esquema. Se trata de la manera propia y particular de un individuo de comportarse ante determinadas situaciones del medio ambiente respecto a la salud (siguiendo o no una dieta, omitiendo, o no, la ingesta excesiva de ciertas sustancias como el alcohol, fumando, o no, etc.) (Blasco, 1994).

Un ejemplo de la influencia del medio geográfico en el estilo de vida, se ha podido comprobar en el claro predominio de la A.F. en aquellas comunidades situadas en la mitad norte, frente a las ubicadas en el levante o el sur. Estos datos subrayan la

importancia del clima como agente modificador de las conductas humanas, en este caso, de la A.F., corroborando que las altas temperaturas predisponen a una menor A.F. (Miquel, 1998).

Así, la modificación de un factor macrosocial como pudo ser la aparición de la televisión o el actual bombardeo informático, conlleva una variación significativa del estilo de vida, provocando, por ejemplo, que el niño que antes estaba jugando en la calle, ahora lo hace delante de un videojuego. Estas conductas, a veces, están más influenciadas por la publicidad de los medios de comunicación que por decisiones libres e individuales (Casimiro, 2000).

En base a las características individuales se pueden entender los estilos de vida saludables como patrones conductuales beneficiosos para la salud que son aprendidos y surgen de una elección individual interna consciente e inconsciente a la vez (Pastor y Balaguer, 1994 citados por Gutiérrez, 2000). Es consciente porque el individuo escoge entre una amplia gama de conductas que están disponibles en su ambiente social, e inconscientes puesto que las condiciones sociales y ambientales circundantes influyen en su elección (Gutiérrez, 2000).

Mendoza (1994) citado por Bañuelos (1996) afirma: "*Dentro de una determinada sociedad no hay un único estilo de vida saludable sino muchos, cualquiera que sea la definición de salud que se adopte. El estilo ideal de vida saludable no existe, afortunadamente, porque implicaría que sólo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable. Además, cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro*".

En esta línea se expresan Casimiro y cols. (1999) cuando indican que efectivamente no se puede hablar de un único estilo de vida saludable, ni siquiera dentro de la misma sociedad, por cuanto está influenciado por numerosos factores. A pesar de ello, y teniendo en cuenta su relatividad, un estilo de vida saludable se concibe como aquel que genera o mantiene la salud o, en determinadas circunstancias, que no agrede contra la misma.

Así pues, un **estilo de vida** vendría a representar todo un completo programa de comportamiento, pero, a diferencia de aquellos que constituyen las diferentes culturas,

estos comportamientos no tendrían, aparentemente, un hilo conductor consciente o presente en la consciencia de cada uno de sus protagonistas (Lagardera, 1992).

Un estilo de vida no se configura por la negación de hábitos o evitando la aparición de conductas mediante represión (¡no comais chucherías!, ¡no se ve la televisión a todas horas!, ¡no fumeis!). Un estilo de vida se estructura a partir de un conjunto de conductas que generan en el sujeto un interés, un atractivo intrínseco, preferentemente, que favorecen que estas permanezcan como alternativa a otros patrones o estilos de vida que consideramos no saludables (Generelo, 1999).

Bajo este marco referencial, se pueden establecer diferentes grupos de factores que afectan de forma evidente al estado de salud de la persona (D'Amours, 1988; Delgado, 1996; 1994; Petlenko y Davidenko, 1998 citados por Casimiro, 1999):

- Medio ambiente: físico, social y económico. Contaminación ambiental, ruido, etc., son con frecuencia ejemplos que están al alcance de todos.
- Biología humana: edad, sexo y patrimonio genético.
- Hábitos de vida: grado de actividad física, incorrecta alimentación, consumo de drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco), etc.
- Enfermedad. En él se engloba el sistema de atención sanitaria, donde encontramos a los hospitales, médicos, etc.

De estos cuatro grupos de factores, son los dos últimos los que pueden ser modificados de forma evidente para repercutir sobre la salud, siendo los hábitos de vida factores de prevención, y las enfermedades, procesos que deben ser reajustados para llevar a la persona a un adecuado estado de salud (Delgado, 1996).

Y dentro de los hábitos de vida más importantes considerados como positivos respecto al estilo de vida es la práctica de la A.F. (Bañuelos, 1996).

Petlenko y Davidenko (1998) citados por Casimiro (1999) indican, de forma aproximada, que el estilo de vida influye un 50%, el medio externo un 20-25%, la genética un 15-20%, y el sistema de atención sanitaria un 10%, aunque estos porcentajes van a

depender de la enfermedad que se trate (por ejemplo, en la cirrosis hepática, el estilo de vida puede llegar a influir hasta en un 70%).

Puede pensarse pues, que hábitos de vida y hábitos de salud son algo que van íntimamente ligados, de forma que, de lo que en realidad deberíamos hablar es de hábitos saludables de vida. El concepto acuñado que parece emerger en este sentido es el de estilo de vida, concepto asociado íntimamente con el de calidad de vida (Sánchez Bañuelos, 2000).

Aparece, de su conjugación el concepto de estilo de vida saludable, definido por aquel estilo de vida que, en su conjunto, ayuda a añadir años a la vida y vida a los años, y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades (Mendoza y cols., 1994).

Shephard (1994) citado por Ureña (2000) indica que el estilo de vida de una persona se compone de una serie muy diversa de comportamientos, algunos de los cuales son considerados como favorables para la salud. Entre los comportamientos que se encuadran como tales, y que en consecuencia deberían formar parte del estilo de vida, se señalan fundamentalmente tres tipos de hábitos: alimentación correcta, práctica adecuada y regular de la actividad física, y pautas de descanso regulares y de la apropiada duración. En contraposición, los hábitos que se consideran negativos para la salud son principalmente: consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas nocivas, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio, y conducir de forma imprudente (Sánchez Bañuelos, 2000).

Todas estas circunstancias pueden ser modificables por el individuo o la sociedad, a través de la educación sanitaria, la medicina preventiva y el fomento de la A.F. (sic) y el deporte (Casimiro, 1999).

Si nos atenemos a la edad escolar, están confluyendo una serie de circunstancias que determinan el estilo de vida del joven. Entre ellas, destacan el aumento del estrés (al niño le queda poco tiempo libre, ya que el mismo discurre entre el colegio y otras actividades: conservatorio, academia, catequesis, informática, inglés, deberes, etc.), el sedentarismo, el aumento de juegos pasivos e informatizados, el mayor número de horas de televisión y vídeo, y el consumo de tabaco, alcohol y drogas de diseño (Casimiro, 1999).

Si realizamos un recorrido histórico podemos comprobar cómo han ido cambiando los estilos de vida de los habitantes de las grandes ciudades (Ureña, 2000). Si bien, se insiste en que lo saludable es relativo, existen una serie de conductas unánimemente aceptadas como riesgos potenciales para la salud, al igual que otras la favorecen o benefician (Casimiro y cols., 1999). En la actualidad Becerro (1994) comenta que los estilos de vida modernos se caracterizan por la existencia de cinco demasiados (tabaco, alcohol, estrés, comida, sedentarismo) y un poco (ejercicio).

Sánchez Bañuelos (1996) identifica el no fumar y practicar actividad física, como los factores más importantes para un estilo de vida saludable. En definitiva, aunque existen múltiples estilos de vida saludables, el ideal es aquél que ayuda a añadir años a la vida (cantidad) y vida a los años (calidad), haciendo menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades (D'Amours, 1988; Mendoza y col., 1994).

Para la correcta identificación de qué es lo que caracteriza a los estilos de vida saludables, uno de los problemas que se plantean es el de la evaluación del impacto de las enfermedades. Ésto se sigue haciendo en muchas ocasiones desde el punto de vista de la concepción tradicional de la salud. Sin embargo, desde el punto de vista del concepto de salud integral y del avance en el conocimiento sobre los estilos de vida saludables, la morbilidad puede ser definida como algún tipo de diferencia negativa no sólo objetiva sino también subjetiva respecto al estado de bienestar. Desde este punto de vista, emerge el concepto de la calidad de los años vividos, es decir, no es suficiente considerar solamente el total de años que vivimos, sino que es preciso tener en cuenta los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida. Si tomamos en consideración esta idea vemos como la influencia de la práctica de la actividad física en la salud adquiere una dimensión diferente, mucho más importante que la que le concedían las antiguas concepciones de la salud (Sánchez Bañuelos, 2000).

De este modo, los conceptos estilo de vida y calidad de vida se encuentran íntimamente relacionados, viéndose determinada la calidad de vida por el estilo de vida que cada persona o grupo decida experimentar (Gutiérrez, 2000).

Los términos calidad de vida y salud aparecen con frecuencia relacionados, de tal manera que, incluso, en ocasiones se exponen como sinónimos. Si bien es cierto que ambos términos se encuentran estrechamente relacionados, también lo es el hecho de que calidad de vida engloba, junto a la salud, otros aspectos de carácter objetivo y subjetivo que es preciso considerar en una acepción integral del concepto (Hernández, 1999).

Existen diversas opiniones acerca de qué es la calidad de vida y cómo alcanzarla. Para algunos significa ausencia de problemas de salud; para otros, es tener abundancia de tiempo libre para disfrutar lo que deseen hacer. También es entendida como el disfrute de medios económicos que permiten vivir con las mayores comodidades. La expresión más generalizada de calidad de vida se refiere a una condición de vida que habitualmente conlleva connotaciones positivas. Algunas de sus interpretaciones incluyen el grado o satisfacción de las necesidades psicofisiológicas percibidas de un individuo, y el grado en que el ambiente es percibido como facilitador del funcionamiento de la persona (Gutiérrez, 2000).

Conservar la salud y prevenir enfermedades exige conocer cuáles y cuántos son los factores involucrados en su producción y la forma de evitarlos, renunciando a ciertos hábitos muy comunes (tabaco, alcohol, drogas, determinada alimentación, estrés, sedentarismo, contaminación ambiental, etc.) (Casimiro, 1997).

LA ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA SALUD. PERSPECTIVAS DE RELACIÓN Y PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN.

Actualmente se pueden identificar tres grandes perspectivas de relación entre la A.F. y la salud:

1. Perspectiva rehabilitadora.
2. Perspectiva preventiva.
3. Perspectiva orientada al bienestar.

La perspectiva rehabilitadora considera la A.F. como si de un medicamento se tratara, es decir, un instrumento mediante el cual puede recuperarse la función corporal enferma o lesionada y paliar sus efectos negativos sobre el organismo humano. Así, por ejemplo, los ejercicios físicos que manda el médico y que se realizan después de una operación quirúrgica o una lesión, con la supervisión del fisioterapeuta, son prácticas que corresponden a esta perspectiva de relación entre A.F. y salud (Devís y cols., 2000).

La segunda perspectiva, la preventiva, utiliza la A.F. para reducir el riesgo de que aparezcan determinadas enfermedades o se produzcan lesiones. Por lo tanto, esta perspectiva se ocupa del cuidado de la postura corporal y la seguridad en la realización de los ejercicios físicos, así como de la disminución de la susceptibilidad personal a enfermedades modernas como la osteoporosis, la depresión, el exceso de colesterol, la hipertensión o las enfermedades cardiovasculares, a través de la A.F. (Devís y cols., 2000).

Tanto la perspectiva rehabilitadora como la preventiva se encuentran estrechamente vinculada a la enfermedad y la lesión, pero si se quiere aumentar la relación de la A.F. con la salud más allá de la enfermedad, hay que incorporar la perspectiva orientada al bienestar.

Esta tercera perspectiva considera que la A.F. contribuye al desarrollo personal y social, independientemente de su utilidad para la rehabilitación o prevención de las enfermedades o lesiones. Es decir, se trata de ver en la actividad física un elemento que puede contribuir a mejorar la existencia humana más allá de la supervivencia de manera que nos permita hablar de calidad de vida. Nos referimos a la práctica de la actividad física porque sí, porque nos divierte y nos llena de satisfacción, porque nos sentimos bien, porque nos ayuda a conocernos mejor, porque hacemos algo por nosotros mismos, porque nos permite saborear una sensación especial o porque nos sentimos unidos a los demás y a la naturaleza (Devís y cols., 2000).

No obstante, debemos señalar que las tres perspectivas de relación entre la actividad física y la salud no son excluyentes sino que se encuentran, en cierta forma,

interrelacionadas. Pensemos que cuando una persona lesionada recupera la funcionalidad completa de una parte de su cuerpo después de realizar ejercicios de rehabilitación, gana en movilidad personal e interacción con el medio, es decir, aumenta su bienestar. Otra, en cambio, que realiza actividad física porque le gusta y le ayuda a sentirse bien y valorarse como persona, no sólo mejora su bienestar sino que también puede estar previniendo algún tipo de enfermedad y equilibrando una descompensación muscular que arrastraba desde tiempo atrás. Y aquélla que participa en un programa de A.F., con la intención de reducir el colesterol o el estrés, también puede ganar en capacidad funcional y bienestar general (Devís y cols., 2000).

En el estudio de las relaciones entre A.F. y salud estamos pasando de un paradigma centrado en la C.F. a otro orientado a la A.F., en donde la condición física se ha desplazado dejando ver otras relaciones que se encontraban eclipsadas, sin duda, por el predominio de un enfoque de la E.F. en donde ha primado el rendimiento por encima de otros valores (Generelo, 1999).

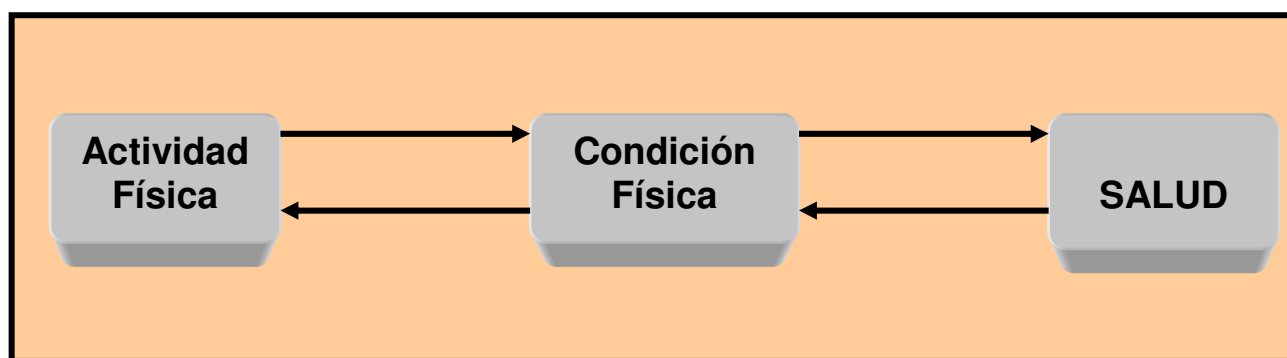
Actualmente nos encontramos con dos paradigmas que orientan la investigación y las estrategias de promoción de la salud: el paradigma centrado en la condición física y el paradigma orientado a la A.F.

Estos dos paradigmas son herederos de las dos posiciones que recoge Monahan (1987) citado por Devís y Peiró (1993) del debate sostenido por profesionales de la medicina y del ejercicio físico: a) los que defienden el valor de un programa aeróbico de C.F.; y b) los que sugieren que la salud puede mantenerse con un programa de A.F. sin alcanzar las metas de la C.F.

Actualmente las relaciones entre la A.F. y la salud están repletas de supuestos y muchos de ellos sostienen la problemática triple igualdad siguiente: actividad física = condición física = salud (Devís y cols., 2000). La hipótesis de partida de este paradigma es que si una persona realiza A.F., ésta repercute en la mejora de la condición física y al mejorar ésta se mejora la salud (Ureña, 2000). Sería como decir que por el hecho de alimentarnos nos nutrimos. Una relación simplista que adolece de las tremendas consideraciones y variables independientes que pueden alterar dicha relación. Esta

valoración de la A.F. como fuente de salud tiene bastantes correspondencias con la concepción estática de salud (Pérez, 1998).

Lo cierto es que, hasta finales de la década de los 80, gran parte de la investigación y las estrategias de promoción seguían las relaciones lineales de la triple igualdad y tomaban a la condición física como elemento central (Devís y cols., 2000; Devís, 1998). A este paradigma se le cataloga como centrado en la condición física porque elemento central de las relaciones entre la A.F. y la salud es la C.F. (Devís y Peiró, 1993).



suficientemente demostrada y, además, existen varios interrogantes a los que aún no se ha dado respuesta (Devís y Peiró, 1994):

- ¿se puede tener una buena condición física y no estar sano?.
- ¿tener una mala condición física y estar sano?.
- ¿qué niveles de condición física son adecuados para la salud?.
- ¿los niveles de condición física de niños y jóvenes están determinados más por factores genéticos y de maduración que por patrones y hábitos de A.F.?.
- ¿Pueden crearse hábitos de práctica de A.F. con este modelo lineal?

En este sentido Pérez (1998) afirma que fundamentar la A.F. y la salud solamente en una concepción estática de salud puede servir tanto para justificar cualquier forma de hacer AF para disminuir el riesgo de enfermedad, hasta para que pueda llegar a ser ingrata y desagradable para quien la practica.

Sea como fuere, estos datos indican que se necesitan muchos más estudios para comprender en profundidad las relaciones entre la A.F., la C.F. y la salud (Bouchard y cols. 1990). Y tal vez sea conveniente abordar estas relaciones desde una posición paradigmática distinta (Devís y Peiró, 1993).

Actualmente, bajo estas relaciones la literatura especializada concede más importancia a la A.F. que a la C.F. al referirse a la salud. Así lo indica también el nuevo paradigma de investigación donde la condición física pasa a ser un elemento secundario, mientras que la actividad física gana una doble influencia en la salud, una directamente y otra indirectamente mediante la condición física. Lo que resulta destacable es que la actividad física puede influir en la salud haya o no haya mejora en la condición física, y que la actividad física está al alcance de todos porque todos pueden hacer algún tipo de actividad, mientras que la mejora de la condición física no siempre se consigue porque, entre otras cosas, depende en gran medida de factores genéticos (Devís y cols., 2000; Devís, 1998).

Este paradigma orientado a la A.F. está más próximo a una visión recreativa y participativa en actividades que el centrado en la condición física. Debemos pensar que cuando una persona realiza actividad física se ve involucrada en un proceso, mientras que la mejora de la condición física pretende alcanzar un resultado o un producto (Ureña, 2000; Devís, 1998; Devís y Peiró, 1993). Y desde el punto de vista de la salud, es más importante el proceso que el resultado o la comparación con otras personas. Si debido a una práctica física frecuente hay mejoras en la condición física, bienvenida sea, pero siempre entendida la mejora como una consecuencia de lo verdaderamente importante, la actividad física, y no la búsqueda de mayores niveles de condición física (Devís y cols., 2000; Devís, 1998).

En este paradigma la A.F. es un concepto más amplio e inclusivo, en el cual se hace referencia a un simple paso, a lavar la ropa, arreglar el jardín, correr o hacer un deporte como el fútbol. Se adapta a las posibilidades de muy diversos tipos de personas y permite que todas pueden obtener beneficios saludables de la realización de algún tipo de actividad (Devís y Peiró, 1993).

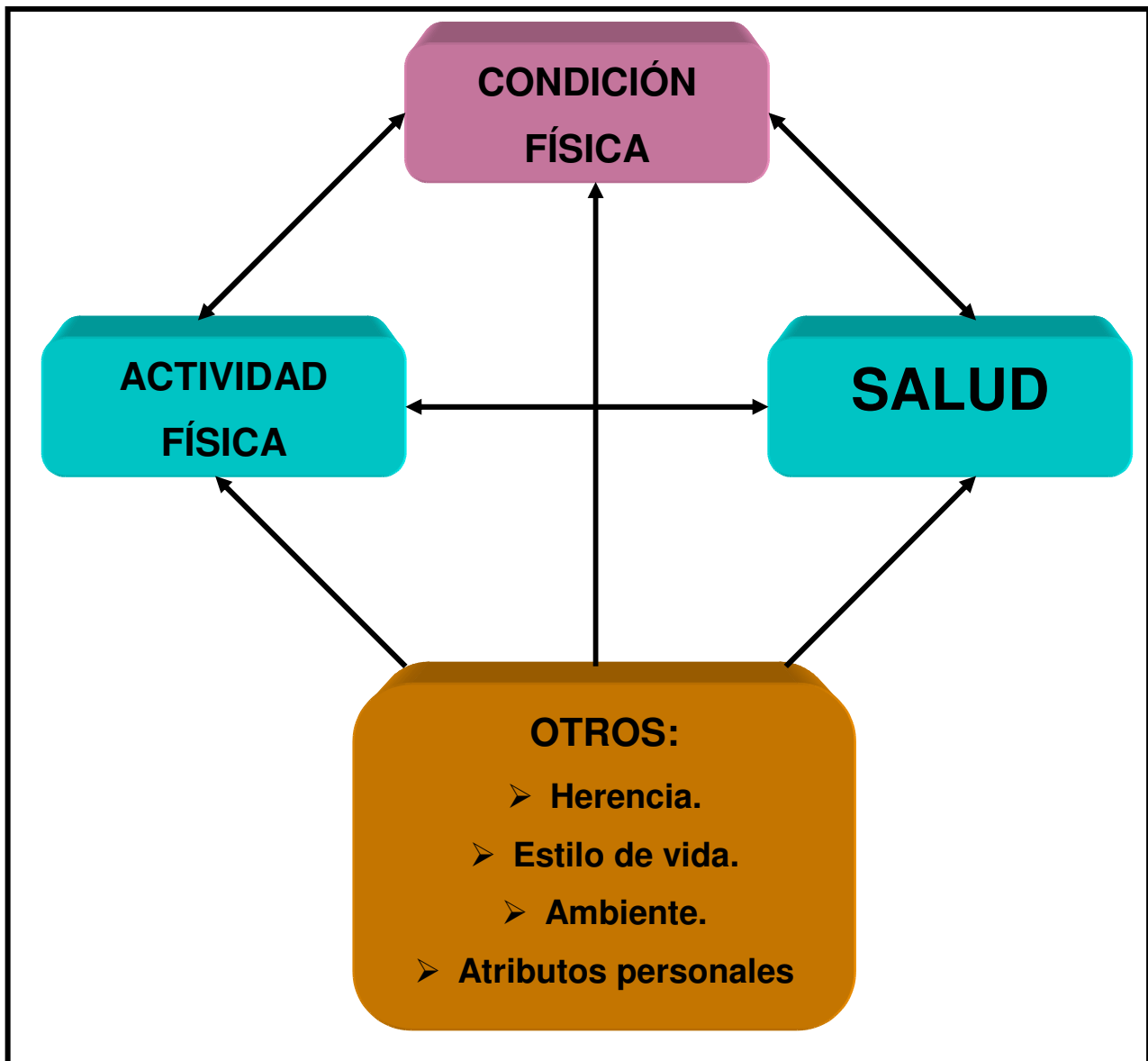


Figura 8. Paradigma orientado a la actividad física (Bouchard y cols., 1990).

La A.F. es un elemento de los muchos del paradigma y que se encuentra relacionado con otros. Se refiere a la herencia, el estilo de vida, el ambiente y otros atributos personales que pueden ser mucho más determinantes de la salud de una persona que la realización o no de actividad física (Devís y Peiró, 1993).

Por otra parte, debemos señalar que tanto la realización de actividad física como los altos niveles de condición física no están automáticamente relacionados con la salud. Aunque la investigación encuentra relaciones entre estos dos elementos y la salud, debemos hacer algunas precisiones. En primer lugar que los mayores beneficios

saludables se obtienen cuando se pasa del sedentarismo a niveles moderados de condición física o actividad, y los beneficios disminuyen cuando se pasa de niveles moderados a altos niveles de condición física o actividad. Pensemos, además, que cualquier actividad no es necesariamente saludable, sino que depende de la intensidad, las características personales, la frecuencia, la seguridad, la satisfacción, la relación social y el respeto al medio ambiente, entre otros aspectos. De forma similar debemos abordar el tema de la condición física, ya que existe la idea de que cuanto más condición física es mejor. Pero esto no es cierto porque existen muchas personas con buena condición física que están enfermas, tienen alguna lesión o son propensas a ellas. Muchos deportistas de alto nivel estarían en esta situación, así como los que practican obsesivamente actividad física hasta el punto de crear dependencia o adicción y producir problemas psicológicos, familiares y sociales (Devís y cols., 2000; Devís, 1998; Devís y Peiró, 1993).

Existen otros muchos ejemplos en los que tener una buena C.F. no es igual a estar sano e incluso otros, en los que la realización de mucho ejercicio o la búsqueda de altos niveles de C.F. se opone totalmente a la salud. Michener (1984) citado por Devís y Peiró (1993) cuenta la historia del periodista Jim Fixx que tenía una buena C.F. aeróbica y murió de infarto mientras se preparaba para una maratón. Esto fue debido, probablemente, a la vida poco saludable que llevaba con anterioridad a su fiebre por correr y a la historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Para pretender acercarse al extremo positivo y saludable del continuum, la actividad física moderada y controlada adquiere un papel fundamental como medio para llegar a la homeostasis psíquica, tan necesaria en una sociedad que vive sometida a las prisas y el estrés, y aumentar, por ende, la calidad y cantidad de vida de la población (Casimiro, 1999).

En palabras de Becerro (1994) es cierto que la mayoría de los deportistas de alta competición disfrutaban de una magnífica salud general, aunque en bastantes de ellos se pueden encontrar algún tipo de alteraciones originadas por el propio ejercicio (lesiones traumáticas, anemia, etc.). Del mismo modo, se sabe que un gran número de enfermos diabéticos, hipertensos, obesos e incluso muchos de los que padecen una cardiopatía

isquémica, poseen tan buen estado de forma como para permitirles correr el maratón con tiempos excelentes.

Así pues, siguiendo al mismo autor a medida que se van conociendo mejor los efectos fisiológicos y biológicos del ejercicio sobre el organismo, nos vamos dando cuenta de que un buen estado de forma física no se acompaña siempre de un buen estado de salud, aunque por suerte, la inmensa mayoría de las veces, las dos cosas coinciden.

Tampoco debe olvidarse que la A.F. es un elemento de los muchos del paradigma y que se encuentra relacionado con otros: herencia, estilo de vida, ambiente... que pueden ser más determinantes de la salud de una persona que la realización de actividades físicas (Ureña, 2000).

Como puede observarse, la C.F. pasa de ser un elemento central en el primer paradigma comentado, a un elemento secundario en el segundo, mientras que la A.F. en el segundo paradigma gana una doble influencia en la salud, una directa y otra indirecta mediante la C.F. (Devís, 1998; Devís y Peiró, 1993).

La A.F. es un concepto que se adapta a las posibilidades de muy diversos tipos de personas y permite que todas puedan obtener beneficios saludables de la realización de algún tipo de actividad. Tal vez por esa razón, algunos autores y autoras prefieren referirse a una A.F. que va de una intensidad moderada a una vigorosa, y otros consideran que lo importante no es el tipo de actividad, sino el consumo de energía que lleve asociado (Blair y cols., 1992 citado por Devís y cols., 1998).

En cualquier caso, el paradigma centrado en la actividad física es mucho más considerado con todas las personas y, sobre todo, con las personas sedentarias y menos capaces, que son, teóricamente, las más necesitadas (Devís y cols., 1998). Los mismos autores lo matizan en cuanto al hablar de A.F. orientada al bienestar y, en definitiva a la salud, existirá una referencia a un tipo de práctica que es para todas las personas porque todas ellas pueden realizar algún tipo de actividad de la que pueden obtener beneficios saludables.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Se hace necesario instaurar medidas de promoción de estilos de vida activos y saludables, poniendo especial énfasis en la adopción de hábitos positivos (alimentación equilibrada, educación sexual, actividad física, etc.) y desechando los negativos (sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc.) (Casimiro, 1999).

La investigación realizada sobre la relación entre A.F. y estilos de vida ha demostrado que la A.F. está positivamente relacionada con la salud. Varios tipos de A.F. son efectivos para mejorar aspectos mentales, sociales y físicos de las personas (Gutiérrez, 2000).

Los profesionales de la salud que se ocupan del tema de la Actividad Física se enfrentan a un campo de estudio y actuación que puede estructurarse en dos grandes áreas: a) la del estudio de las relaciones entre estilos de vida activos y la salud (es decir, conocer exactamente cuáles son los riesgos de un estilo de vida sedentario y cuáles los beneficios de un estilo de vida activo), y b) la de la intervención destinada a implantar de forma eficaz las pautas de ejercicio físico adecuadas para cada tipo de población (Blasco, 1994).

Diferentes investigadores han llegado a la conclusión de que tanto el incremento de la actividad física habitual de una persona, como la condición física de la misma, están asociados a una mejora de los índices de salud, incluso en niños (Saris, 1986 citado por Tercedor y Delgado, 1998).

En la actualidad se presenta la práctica de actividad física como un bien cultural que los ciudadanos demandan, resultando ser la orientación de ésta hacia la salud el principal motivo por la cual se realiza. Bajo este interés creciente hacia los temas relacionados con la salud y la calidad de vida, las personas e instituciones han ido buscando aquellos comportamientos que pueden incidir a un estilo de vida que promueva la salud. Las instituciones públicas no se mantienen al margen de esta necesidad social buscando la promoción de la salud (Tercedor y Delgado, 1998b).

Sin embargo, esta pretensión no siempre está acompañada por las circunstancias personales, sociales o ambientales, de manera que a la vez que aumentan aquellas

conductas relacionadas con la búsqueda de un beneficio en salud, ciertas conductas también se ven acrecentadas en nuestros días de forma paralela, como es el caso del sedentarismo, el excesivo consumo de televisión, el estrés de los mismos escolares... (Tercedor y Delgado, 1998b).

Los avances de la investigación sobre los efectos del ejercicio físico en la salud, especialmente la realizada sobre los efectos de la actividad física en la prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ha potenciado enormemente el desarrollo del concepto de condición física orientada hacia la salud frente al concepto tradicional de orientación de la condición física hacia el rendimiento. Esta diferenciación se hace todavía más patente en lo que a la enseñanza de la E.F. escolar se refiere (Sánchez Bañuelos, 1998; 1999; Riddoch y Boreham, 1995). Así, problemas tales como la obesidad, disfunciones cardíacas, respiratorias y alteraciones posturales reafirman con rotundidad el papel fundamental de la E.F. como elemento de prevención de primer orden (Rodríguez, 1998).

Según Kirk (1990) citado por Devís y Peiró (1991) el interés que muestra nuestra profesión hacia la noción de salud parece marcar los progresos de la E.F. en su futuro inmediato, convirtiéndola en un destacado elemento innovador del curriculum de la asignatura. Todo un complejo conjunto de aspectos sociales y profesionales acaecidos en las dos últimas décadas en las sociedades desarrolladas se encuentran detrás de este fenómeno.

La creciente preocupación social por cuestiones relacionadas con el medio ambiente, la ecología y la salud crearon las condiciones generales para la aparición de la actividad física para la salud. Se trata de un movimiento profesional de reciente aparición en el contexto español que lleva varios años de desarrollo en el mundo anglosajón y que representa un cambio importante en el currículum de la E.F. Para algunos es un cambio que afecta a la totalidad del curriculum y para otros un cambio de una parte destacada del mismo (Devís y Peiró, 1991).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAIR, S.N. (1992): Actividad física, condición física y salud. *Actas del Congreso del Comité Olímpico*, pp. 171-179. I.A.D., Málaga.
- BLASCO, T. (1994). *Actividad Física y salud*. Martínez Roca, Barcelona.
- BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; McPHERSON, B.D. (1990). *Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge*. Human Kinetics. Champaign.
- CASIMIRO ANDÚJAR, A.J.; ÁGUILA SOTO, C.; ARTÉS RODRÍGUEZ, E.M. (1999): La aplicación de cuestionarios en la investigación sobre estilos de vida relacionados con la salud. En: Sáenz López-Buñuel, P.; Tierra Orta, J.; Díaz Trillo, M. (Coord.): *Actas del XVII Congreso Nacional de Educación Física*. Universidad de Huelva.
- CASIMIRO ANDÚJAR, A.J.; RUIZ JUAN, F.; GARCÍA LÓPEZ, A. (1998): Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la Educación Física. En: Ruiz Juan, F.; García López, A.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *Nuevos horizontes en la Educación Física y el Deporte escolar*, pp.13-16, I.A.D., Almería.
- CASIMIRO, A.J.; ARTÉS, E.M.; ÁGUILA, C. (1999). LA investigación sobre hábitos de vida en relación con la salud en escolares: a propósito de un estudio. *Habilidad Motriz*, 14, pp. 33-41.
- CASIMIRO, A.J. (1997). *Actividad Física y salud*. Universidad de Almería.
- CASIMIRO, A.J. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, al finalizar los estudios de Educación Primaria (12 años) y de Educación Secundaria Obligatoria (16 años)*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- CORBELLÁ VIRÓS, M. (1993): Educación para la salud en la escuela. Aspectos a evaluar desde la Educación Física. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 31: 55-61.
- DE ANDRÉS GARCÍA, B.; AZNAR MINGUET, P. (1996): Actividad física, deporte y salud: factores motivacionales y axiológicos. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 46: 12-18.
- DELGADO FERNÁNDEZ, M. (1999): Educación para la salud en educación física: concreciones curriculares. *Actas en CD-ROM de las I Jornadas Andaluzas sobre Actividad Física y salud*, Granada.

- DELGADO FERNÁNDEZ, M.; TERCEDOR SÁNCHEZ, P. (1998): Actividad física para la salud: reflexiones y perspectivas. En: Ruiz Juan, F.; García López, A.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *Nuevos horizontes en la Educación Física y el Deporte escolar*, pp. 35-44, I.A.D., Almería.
- DELGADO, M. (1996). Actividad física para la salud en Educación Primaria. En: Romero, C.; Linares, D.; De la Torre, E. (Coord.). *Estrategias metodológicas para el aprendizaje de los contenidos de la Educación Física Escolar*. Promeco. Universidad de Granada.
- DEVÍS DEVÍS, J.; PEIRÓ VELERT, C. (1992): Ejercicio físico y salud en el currículum de la educación física: modelos e implicaciones para la enseñanza. En: Devís Devís, J.; Peiró Velert, C. (Ed.): *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*. INDE, Barcelona.
- DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1991). Renovación pedagógica en la E.F.: Educación Física y salud (y III). *Perspectivas*, 6, pp. 9-11.
- DEVÍS DEVÍS, J.; PEIRÓ VELERT, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 71-86.
- DEVÍS, J. (1998). La salud en la Educación Física escolar: materiales curriculares para el alumnado de enseñanza primaria. En: Villamón, M. (Director). *La Educación Física en el currículum de primaria*. Consellería de cultura, Educació i Ciència, Valencia.
- DEVÍS, J. (Coord.) (2000). *Actividad Física, deporte y salud*. INDE, Barcelona.
- DEVÍS, J.; DEVÍS, F.J.; GARCÍA, S.; PEIRÓ, C.; SÁNCHEZ, R. (1998). *La salud y las actividades aeróbicas*. G.P.P. Ed. Física, Valencia.
- FRAILE ARANDA, A. (coord.); ABAJO CASADO, A.; AGUADO MONJAS, P.; ARRIBAS CUBERO, H.; DOMÍNGUEZ TOMÁS, L.; FERNÁNDEZ RUBIO, F.; FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; FRANCÉS LÓPEZ, S.; FRUTOS SAN MIGUEL, M.; LOBATO IGLESIAS, J.L.; MUÑOZ GUTIÉRREZ, M.; PÉREZ ALFONSO, L.; ROMO VELASCO, C.; VIAN BARÓN, M.V. (1996). *Actividad física y salud en la escuela*. Junta de Castilla y León, Consejería de Educación y Cultura, Valladolid.
- GARCÍA MONTES, M.E. (1997). Actitudes y comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre. Tesis Doctoral, Universidad de Granada.

- GENERELO, E. (1999). La salud...Algo más que un discurso teórico. VIII Curso de E.F. en la escuela: Actividad Física y salud. Departamento de expresión corporal, plástica y corporal y sus didácticas, Huelva.
- GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1999). *Salud entre todos*. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de sanidad y consumo.
- GUTIÉRREZ, M. (2000). Actividad Física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física*, 77, pp. 5-16.
- HERNÁNDEZ, J.L. (1999). LA construcción histórica y social de la E.F. Tendencias sociales actuales. En: HERNÁNDEZ, J. (Director). *Deporte, salud y educación*. ICEPSS Editores, Canarias.
- LÓPEZ, J.M.; PÁRRAGA, J.; TORRES, J. (1998). La salud corporal como bloque de contenido de la Educación Física en la Educación primaria. En: García López, A.; Ruiz Juan, F.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *La enseñanza de la Educación Física y el Deporte escolar*. Actas II Congreso Internacional. I.A.D., Almería.
- LÓPEZ, M.V.; GONZÁLEZ, M.D.; TORONJO, A.M. (1991). La Educación para la salud. Un reto para toda la sociedad. *Sesiones para la salud*, Nº 0, pp. 21-23.
- MARCOS BECERRO, J.F. (1994): *Ejercicio, forma física y salud. Fuerza, resistencia y flexibilidad*. Eurobook, Madrid.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (M.E.C.). Real Decreto 1007/1991 de 14 de Junio.
- MIQUEL, J.L. (1998). Revisión de la literatura actual sobre la continuidad del cambio de conducta en relación a la Actividad Física. *APUNTS: Educación Física y Deportes*, 54, pp. 66-77.
- PEIRÓ VELERT, C.; DEVÍS DEVÍS, J. (1991): Proyecto de Educación Física y salud. *Cuadernos de Pedagogía*, Nº 194, pp. 70-73.
- PEIRÓ VELERT, C.; DEVÍS DEVÍS, J. (1992): Una propuesta escolar de educación física y salud. En: Devís Devís, J.; Peiró Velert, C. (Ed.): *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*. INDE, Barcelona.
- PÉREZ SAMANIEGO, V. (1998): Actividad física y salud: definición de criterios para un enfoque orientado hacia la práctica. En: García López, A.; Ruiz Juan, F.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *La enseñanza de la Educación Física y el Deporte escolar*. Actas II Congreso Internacional. I.A.D., Almería.

- RODRÍGUEZ, P.L. y CASIMIRO, A.J. (2000). Papel del especialista en actividades físicas como promotor de salud y calidad de vida. En: Águila, C.; Casimiro, A.J. y Sicilia, A. (Coords.). *Salidas profesionales y promoción en el ámbito de la Actividad Física y el Deporte*. Universidad de Almería, Servicio de publicaciones.
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1998): El concepto de salud, su relación con la actividad física y la E.F. orientada hacia la salud. En: Ruiz Juan, F.; García López, A.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *Nuevos horizontes en la Educación Física y el Deporte escolar*, pp.17-33, I.A.D., Almería.
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (2000): La Educación Física orientada a la creación de hábitos saludables. En: Salinas, F. (Coord.): *La Actividad Física y su práctica orientada hacia la salud*. Grupo Editorial Universitario, Granada.
- TERCEDOR SÁNCHEZ, P. (1999): Práctica de actividades físico-deportivas relacionadas con la salud en escolares de educación primaria. En: Sáenz López-Buñuel, P.; Tierra Orta, J.; Díaz Trillo, M. (Coord.): *Actas del XVII Congreso Nacional de Educación Física*. Universidad de Huelva.
- TERCEDOR SÁNCHEZ, P. (1999b): Actividades habituales de los escolares y su relación con un estilo de vida sedentario. En: Sáenz López-Buñuel, P.; Tierra Orta, J.; Díaz Trillo, M. (Coord.): *Actas del XVII Congreso Nacional de Educación Física*. Universidad de Huelva.
- TERCEDOR SÁNCHEZ, P.; DELGADO FERNÁNDEZ, M. (1998): Condición física relacionada con la salud en escolares de 10 años de edad de Granada. En: García López, A.; Ruiz Juan, F.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *La enseñanza de la Educación Física y el Deporte escolar*. Actas II Congreso Internacional. I.A.D., Almería.
- TERCEDOR SÁNCHEZ, P.; DELGADO FERNÁNDEZ, M. (1998b): El sedentarismo en los escolares: estudio de población de 5º curso de educación primaria. En: García López, A.; Ruiz Juan, F.; Casimiro Andújar, A.J. (Coord.): *La enseñanza de la Educación Física y el Deporte escolar*. Actas II Congreso Internacional. I.A.D., Almería.
- TERCEDOR, P. (1998). *Estudio sobre la relación entre Actividad Física habitual y condición física-salud en una población escolar de diez años de edad*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada.

- TERCEDOR, P.; JIMÉNEZ, M.J.; LÓPEZ, B. (1998). La promoción de la actividad física orientada hacia la salud. Un camino por hacer. *Motricidad*, 4, pp. 203-217.
- TORRE, E. (1998). La actividad físico-deportiva extraescolar y su interrelación con el área de Educación Física en el alumnado de Enseñanzas Medias. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- UREÑA, F. (2000). Deporte escolar: Educación y salud. En: A.A.V.V.: *La Educación Olímpica*. Ayuntamiento de Murcia.
- VALDEÓN GÓMEZ, E. (1996): Marco para el estudio de la salud y la actividad física. *Perspectivas*, Nº 18, pp. 18-22.