

INTRODUCCIÓN

PARA NO VOLVER A INVENTAR LA RUEDA (PARAFRASEANDO A ALAIN CHANLAT)

Los tratados sobre la evolución de David Spencer, J.M. Lammark, *El origen de las especies* (1859) y *La descendencia del hombre* (1871) de Charles Darwin, no han sido suficientes para comprender lo inquebrantable y lo diverso de la especie humana. La presencia de las personas con discapacidad en todas las épocas de la historia de la humanidad, nos dicen que la discapacidad es tan persistente como la naturaleza misma.

Tampoco han sido suficientes los pronunciamientos que desde finales del siglo XVIII se vienen dando en torno a los derechos de las personas con discapacidad, partiendo de la Declaración de los Derechos de Virginia en (1776), la cual dio inicio a una primera etapa de derechos fundamentales y concluyó con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789, como consecuencia directa de la Revolución Francesa. Una segunda etapa tuvo lugar a finales del siglo XIX con la formulación de la política del Estado Liberal de Derecho, que precedió a la primera traducción constitucional de los derechos sociales y políticos del ciudadano a principios del siglo XX, justo después de finalizada la Primera Guerra Mundial.

Una tercera etapa de políticas en beneficio del ciudadano en general, acontece en dos momentos trascendentales del siglo XX. El primero tiene que ver con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en la asamblea general de la ONU el 10 de diciembre de 1948, cuando aún soplaban vientos de guerra, seguido de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de las Generaciones Futu-

2.1 Concepciones restringidas

Las concepciones restringidas son aquellas que se basan en la popular definición de salud como estado de ausencia de enfermedad. Para comprender este tipo de concepciones resulta fundamental, por tanto, entender qué es la enfermedad, cómo puede evitarse y, en caso de que aparezca, cómo curarla.

Si bien el concepto mismo de enfermedad resulta controvertido, lo cierto es que estar enfermo implica un funcionamiento anormal del organismo. Mediante observaciones empíricas altamente fiables, la medicina ha establecido unos parámetros objetivos que determinan cuál es el estado normal. Por ejemplo, la temperatura del cuerpo humano normalmente está entre 36,5 y 37 grados centígrados, la presión sanguínea debe ser menos de 130/85, el peso ideal se sitúa en torno al 20 y 25 del índice de masa corporal, etc. Rebasar los máximos o no alcanzar los mínimos constituye una señal de alarma. Siguiendo este razonamiento, podría decirse que una persona está más sana cuando los niveles de sus indicadores de salud se acercan a lo que se considera normal, mientras que si se alejan, su estado puede considerarse patológico (Freund y McGuire, 1991). Los indicadores objetivos de salud nos permiten saber clara y certeramente el estado de un individuo en comparación con la media de lo que consideramos normal. Esta forma de detectar la salud es rápida, sencilla y fiable, ya que se relaciona con criterios estables, que sólo se modifican en función de avances científicos refrendados por el paradigma empírico-analítico (Vicens, 1995).

La concepción restringida de salud ha tenido y tiene mucha influencia en el campo de la educación física. Como veíamos más arriba, las concepciones higienistas, que dieron origen a la materia escolar, enfatizaban el papel preventivo y/o curativo de la educación física especialmente en relación con enfermedades infecto-contagiosas (Pas-

tor Pradillo, 2003). Hoy día sigue enfatizándose dicho papel, si bien adaptado a enfermedades contemporáneas. La tuberculosis, la tisis y el raquitismo han dejado paso a enfermedades ligadas con los estilos de vida sedentarios, fundamentalmente los trastornos cardíacos y la obesidad. Esto ha provocado que el acondicionamiento físico juegue un papel esencial en la materia.

Tal y como se muestra en la imagen 1, se concibe una relación lineal entre la práctica de actividad física y la mejora del estado de salud, en la que los beneficios para la salud son la consecuencia de cambios en la condición física, fruto de las adaptaciones orgánicas al esfuerzo.

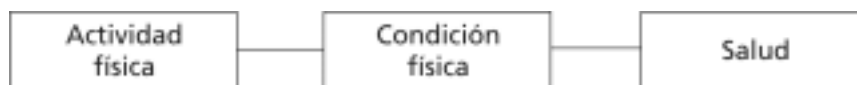


Figura 1. Modelo centrado en la condición física (Basado en Bouchard et al., 1990).

Este modelo de relación tiene implicaciones importantes a la hora de comprender el papel de la educación física en la promoción de la salud. La primera es que la actividad física es valorada *en función* de la enfermedad. Se trata, por tanto, de una concepción negativa, en la medida en que cuentan los efectos constatables, principalmente orgánicos, que previenen o curan determinadas enfermedades. La actividad física, en sí misma, no importa tanto como sus efectos. Indirectamente se justifica cualquier forma de hacer actividad física que contribuya a disminuir el riesgo de enfermedad, incluso aquella que pueda llegar a ser ingrata y desagradable para quien la practica. Este va-

lor de la actividad física para la salud sería equiparable al de un medicamento inocuo de amplio espectro que podría llegar a añadirse a una larga lista de privaciones y/o sacrificios (como hacer dieta o dejar de fumar) que hay que asumir en aras de evitar la enfermedad. El papel fundamental de los profesionales sería el de controlar las variables del ejercicio que repercuten en las adaptaciones orgánicas del individuo, buscando que sus efectos preventivos y/o curativos fueran lo más eficaces posibles. Otros componentes afectivos, cognitivos o sociales asociados a la práctica física tendrían un valor secundario frente a la dimensión bio-física (Devís, 2000). Quizá esta visión explique por qué el acondicionamiento físico haya sido, y sea, el contenido con el que inmediatamente se asocian la educación física y la salud. Esta tendencia, representada en la utilización de los tests físicos para la cuantificación de las mejoras de salud, refleja la creencia normativizadora de que la salud es algo puramente somático, objetivable, medible, y valorable por comparación con parámetros estandarizados. Para algunos profesionales, las tablas de los tests tienen un papel similar al de los referentes objetivos en medicina. Ejercen una función referencial y homogeneizadora de lo que se considera rendimiento normal. Son fiables y fáciles de aplicar. Sin embargo, como explican Devís y Peiró (1992), sus resultados dependen en gran medida de variables situacionales (estado físico, temperatura, estado emocional, autopercepción de la capacidad) y evolutivas (nivel de desarrollo y estadio evolutivo del individuo). Y además, verse sometido a probar el rendimiento máximo no concuerda con la idea de práctica saludable de actividad física, que implica intensidades moderadas. Por consiguiente, su utilización no parece conveniente ni siquiera para determinar el efecto de la práctica física en el estado de salud del individuo.

2.2 Concepción amplia

Las concepciones amplias de la salud serían aquellas que extienden su preocupación, además de los aspectos biológicos, a la relación entre

diferentes factores ambientales, sociales, culturales, políticos y económicos que interaccionan en la salud individual y grupal. En esta línea, la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud enfatiza que ésta no sólo es un estado de ausencia de enfermedad, sino de bienestar físico, psíquico y social. Tal y como afirma Dubos (1994: 139) la salud es un proceso dialéctico, ya que procede de la interacción de diversos referentes inestables, como el equilibrio biofísico, la cultura, la ideología y la política. Carlson y Shield (1994:20) hacen referencia al paradigma sistémico y ecológico para definir la salud. Ecológico porque la salud es un proceso consistente en estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro mundo. Y sistémico porque todos los componentes actúan de manera coordinada con una intencionalidad común: la tendencia innata hacia el bienestar.

Una consecuencia de esta concepción es la idea de la salud se vincula con un estado positivo de bienestar, y que éste no depende exclusivamente de factores biológicos, sino de una percepción subjetiva. La figura 2 refleja cómo enfermedad y bienestar no siempre son opuestos.

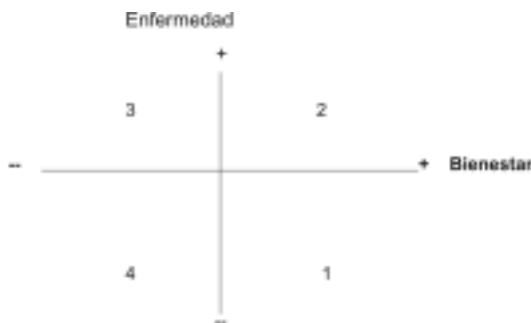


Figura 2.- Relaciones entre salud, enfermedad y bienestar (A partir de Downie et al, 1990).

En esta figura se identifican cuatro posibles combinaciones: en el primer cuadrante (1) se encontrarían aquellas personas que poseen grados diversos de bienestar y sin padecer enfermedades. Este cuadrante representa el estado más deseable. En el segundo cuadrante (2) estarían las personas que comparten bienestar y 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. O también aquéllas que aun sabiéndolo, asumen su enfermedad e incluso crecen a nivel personal a partir de su vivencia. El tercer cuadrante (3) sería el de las personas muy enfermas que disfrutan de poco bienestar, como las que poseen un cáncer terminal acompañado de gran dolor o desolación.

El último cuadrante (4) es el de las personas que sin estar enfermas gozan de poco bienestar, como por ejemplo personas que viven en condiciones precarias o, simplemente, las que se sienten mal, infelices o poco realizadas. En definitiva este esquema nos dice que, atendiendo al bienestar, no existe un único nivel de salud, sino que cada persona puede experimentar la salud a su nivel.

Desde esta perspectiva, la actividad física amplía su relación con la salud. En primer lugar, no se valora únicamente como un medio para alcanzar adaptaciones orgánicas. Su práctica se justifica en la medida en que su práctica divierte, satisface, hace sentir bien, ayuda a conocerse mejor o permite saborear una sensación especial. El acondicionamiento físico y sus efectos preventivos se consideran una consecuencia más de la práctica de actividad física, pero no su principal justificación para la salud. La finalidad de la promoción de la actividad física es incorporarla a la vida de las personas y los grupos para mejorar su calidad de vida, y no sólo para alcanzar determinadas adaptaciones orgánicas que aumenten la esperanza de vida. Éstas serían las implicaciones del modelo orientado hacia la práctica, que recoge una relación directa entre la práctica de actividad física y la salud que no pasa necesariamente por la condición física.



Figura 3.- Modelo orientado hacia la práctica (Basado en Bouchard et al., 1990)

En educación física, esta concepción amplia tiene como finalidad la educación de la práctica de actividad física, es decir, contribuir a que el proceso de llevar a cabo actividad física sea satisfactorio. Sin olvidar la importancia de las adaptaciones orgánicas que se producen tras la actividad física, es preciso tener en cuenta que los cambios en la condición física no garantizan que el proceso de práctica haya sido satisfactorio. Se subraya así la importancia del disfrute placentero y consciente de la práctica de actividad en sí misma a través de la apreciación y la valoración subjetiva que las personas y los grupos hacen de sus experiencias durante el proceso.

Al igual que ocurre con el acondicionamiento físico, el proceso de práctica precisa una serie de capacidades, conocimientos y actitudes que deben ser aprendidas. Hay que considerar que, si bien la experiencia de práctica debe resultar satisfactoria para quien la realiza, no cualquier experiencia satisfactoria de práctica puede considerarse saludable. El análisis de las relaciones entre actividad física y salud implica siempre un juicio valorativo, que afecta también a las experiencias inherentes a llevar a cabo actividad física. Por ejemplo, resulta senci-

llo constatar diferencias cualitativas entre la experiencia de un culturista y la de un grupo de personas mayores que se reúne diariamente para pasear. O entre las personas que dependen de las instrucciones de un monitor para realizar actividad física y las que son capaces de tomar sus propias decisiones sobre la práctica. O entre las que disfrutan respetuosamente del medio natural y que realizan actividades de aventura con un fuerte impacto medioambiental. Seguramente todas estas personas afirmarán que se sienten bien realizando estas actividades, si bien existen diferencias claras en cuanto a lo saludable que resulta sentirse bien realizándolas.

A partir de estas consideraciones, surge la siguiente cuestión: ¿qué hace del proceso de práctica una experiencia saludable? Responder a esta cuestión implica entrar en consideraciones que trascienden el ámbito biológico en el que tradicionalmente se centran las prescripciones médicas de actividad física y salud. Al tratarse cuestiones relacionadas con la experiencia personal o grupal de la práctica, que a menudo se basan en apreciaciones subjetivas e influjos socioculturales, no pueden plantearse generalizaciones equivalentes a la de los niveles de condición física, que se basan en el funcionamiento de los sistemas orgánicos y que, por tanto, son menos susceptibles a la valoración personal. No obstante, resulta conveniente plantear una serie de criterios orientativos que sirvan para ilustrar algunos rasgos propios de la práctica, y que ayuden a las personas y a los grupos a valorar mejor en qué medida el proceso de práctica se adecua a la salud.

3. CRITERIOS ORIENTATIVOS DE LA PRÁCTICA

El énfasis en el proceso o en la práctica implica que en educación física tengamos que buscar referentes distintos a las variables tradicionales para determinar qué tipo de práctica es saludable (Pérez Samaniego, 2001). Habitualmente, cuando las propuestas de enseñanza-aprendizaje se basan a variables cuantificables tipo F.I.T.T.

(Frecuencia, intensidad, tipo de actividad y tiempo). Nosotros proponemos articular una serie de criterios que pueden servir para orientar la promoción de la práctica en educación física. Hemos denominado a estos criterios gratificación, continuidad, seguridad, autonomía, y crítica.

CRITERIO	CONCEPTOS ASOCIADOS
Gratificación	Participación, diversión, flow, valoración subjetiva, actividad lúdica
Adecuación	Capacidad, gustos, participación, medio ambiente, tipo de actividad, práctica habitual
Autonomía	Autoconocimiento, capacitación, conocimiento práctico, indicadores subjetivos, competencia motriz
Seguridad	Realización correctiva y efectiva, moderación, equilibrio beneficios –riesgo, mitos.
Crítica	Culto al cuerpo, salutismo, culpabilización de la víctima, medicalización

Tabla 1 - Criterios orientativos de la práctica de actividad física

3.1. Gratificación

La práctica de actividad física no debería ser calificada de saludable si no produce placer a quien la práctica. Cada vez más se considera que los beneficios más importantes de la actividad física para la salud se obtienen *haciendo* actividad física (Devis, 1998; Devis y Peiró, 1992; Stathi, Fox, y McKenna, 2002). Reducir dichos beneficios a las potenciales adaptaciones orgánicas producto de la práctica implica despre-

ciar el enorme y variado potencial de sensaciones gratificantes que puede producir el movimiento, así como su importante papel socializador.

Evidentemente, entender la gratificación o el placer como criterio de salud entraña un esfuerzo conceptual muy diferente de lo que implica definir los componentes de la condición física para la salud. Desde una perspectiva psicológica está documentada la descripción de ciertos estados de placer asociados con la práctica física. Weinberg y Gould (1996:425) definen el síndrome de la *quinta velocidad del corredor* como “una sensación de euforia, normalmente inesperada, experimentada por ciertos corredores, que sienten un aumento de bienestar, un incremento en la percepción de la naturaleza y una trascendencia del tiempo y el espacio, e incluso, en algunas ocasiones, una experiencia espiritual”.

Pero el placer y la actividad física no tienen por qué asociarse necesariamente con este tipo de vivencias. ¿Puede, quiere o necesita todo el mundo llegar a esos estados parecidos a la transustanciación para gozar de la práctica física? la actividad física saludable no tiene por que ser ni el eje en torno al que gire la existencia ni el motivo de las experiencias personales más satisfactorias. Además, las prácticas a las que se alude al hablar de la quinta marcha del corredor entrañan riesgos diversos. Precisamente la sensación de euforia que produce el ejercicio extremo es una de las explicaciones de la actitud obsesiva y la adicción al ejercicio (Boone, 1991; Sachs y Pargman, 1984).

Cabe plantearse si desde un punto de vista del bienestar la gratificación debe asociarse a estados eufóricos o alterados. O si, en cambio, resulta más adecuado referirse a estados positivos de ánimo que redunden a su vez en una percepción positiva de la salud, el bienestar (en inglés se denomina *wellness* o *well-being*) (Blasco, 1994). Para abordar el tema de la gratificación en la práctica física relacionada

con la salud resulta más apropiado plantearla como una experiencia cumbre ('flow'). Para Csikszentmihalyi (1990), el 'flow' es un tipo de sentimiento positivo que no tiene que ver con recompensas o beneficios futuros, sino con actividades cuya realización es, en sí misma, una recompensa. Kimiecik y Harris (1996) lo definen como un estado psicológico óptimo que se asocia con sentimientos positivos que conduce a realizar una actividad por sí misma. Como experiencia 'flow' la actividad física saludable no tiene que resultar ni una experiencia cuasi-mística ni, por supuesto, un castigo, una tortura o un tormento al que se debe someter al cuerpo para mejorar la salud, sino una práctica divertida, agradable y atractiva, que cautive y atraiga.

Otro aspecto fundamental al tratar el tema de la gratificación es el papel socializador de la práctica física. A menudo las personas se involucran en programas de actividad física para estar con otras personas o hacer amigos, es decir, para enriquecer su vida social (García Ferrando, 1990, Stathi, Fox, y McKenna, 2002). Además, se ha demostrado que la adhesión al ejercicio y la continuidad en la práctica correlacionan positivamente con el establecimiento de vínculos afectivos con otras personas (Weinberg y Gould, 1996). En este sentido, plantear estrategias para favorecer el encuentro entre personas que posibilite una práctica grupal a partir de intereses y capacidades comunes sería una forma de favorecer la dimensión social de la gratificación.

3.2. Adecuación

La actividad física debe adaptarse a las capacidades, posibilidades, necesidades y gustos de las personas, y no al contrario. Cuando se habla de actividad física adecuada a la salud normalmente se piensa en la relación existente entre determinados factores de ejecución de la actividad física (tipo de ejercicio, intensidad, duración) con la edad o el nivel de condición física de las personas. Pero además de estos fac-

tores objetivos, en la práctica de actividad física intervienen también otros factores subjetivos -gustos, intereses, posibilidades- y sociales - poder adquisitivo, situación sociocultural, nivel de estudios- a los que la naturaleza de la práctica también debería adecuarse. En este sentido, junto a las características de ejecución, es necesario atender a otros condicionantes, como los horarios, la accesibilidad de las instalaciones, el coste económico o la dificultad técnica de las actividades, de manera que las personas disfruten realmente de opciones que se amolden a sus posibilidades reales de práctica.

Habitualmente se plantea la pregunta de qué tipo de práctica resulta más adecuada para la salud. Desde la perspectiva de resultado la respuesta es sencilla: la mejor actividad es la que previene o cura las enfermedades con más eficacia. Sin embargo, desde una perspectiva de proceso no puede ofrecerse una respuesta única, ya que la actividad más saludable dependerá en última instancia de los gustos, posibilidades, capacidades e intereses del practicante. Lo que sí pueden darse son unas orientaciones para que la persona reflexione acerca de cuáles son sus *verdaderos* intereses, y qué prácticas se adecuan mejor a ellos. Por ejemplo, la American College of Sport Medicine (Pate et al., 1991) plantea una clasificación de actividades en relación con el grado de intensidad y de variabilidad intersubjetiva (Ver tabla 2). El grupo 1 corresponde a actividades con un nivel de esfuerzo constante, que implican ejecuciones cíclicas y repetitivas, y cuya realización exige un nivel de destreza técnica bajo o nulo. Son las ideales para personas con muy distintos niveles de condición física que quieran realizar las prácticas juntas, teniendo en cuenta que aquellas con una mejor preparación física deberán amoldarse a las demás disminuyendo su ritmo, y no al contrario. Las de los Grupos 2 y 3, en las que resulta más difícil controlar la intensidad, pueden ser muy aconsejables para la salud, ya que el juego y el baile, por ejemplo, son actividades altamente motivantes. Es importante destacar que estas orientaciones no tratan de determinar qué actividades son mejores o peores para la

salud, sino qué aspectos diferencian las unas y las otras, de forma que cada persona pueda optar con conocimiento de causa sobre la práctica que mejor se adecue a sus posibilidades, gustos, intereses y capacidades.

	Tipo de actividades	Mantenimiento de la intensidad	Variabilidad, intensidad entre personas
Grupo 1	Pasear, ir en bicicleta, camera suave, etc.	Constante	Poca
Grupo 2	Nadar, esquí de fondo, etc.	Constante para experimentados	Depende de la habilidad
Grupo 3	Balear, baloncesto, frontón, etc.	Variable por naturaleza	Mucha intensidad en función de desarrollo de la actividad

Tabla 2. Clasificación actividades según intensidad y variabilidad intersubjetiva (Fuente: Pate et al., 1991).

Anteriormente hemos aludido a que progresivamente la frecuencia está reemplazando a la intensidad como el factor clave de las prescripciones médicas. Actividades físicas cotidianas, como las tareas domésticas, subir escaleras o caminar, cuyas intensidades no provocan cambios en la condición física, se incluyen dentro de lo que se consideran prácticas saludables (Devís, 2000; Pate et al, 1991). Además de extenderse a más personas, se entiende que este tipo de actividades están poco condicionadas por factores contextuales como el horario o la necesidad de instalaciones o equipamientos especiales. No obstante, ya se trate de actividades cotidianas, deportes, o prácticas de cualquier otro tipo, es importante recordar que para que la actividad física se convierta en un hábito debe concurrir el recuerdo positivo de las experiencias pasadas con la satisfacción de la experiencia presente (Wankel, 1997). De ahí que la simplificación de determinadas características de la práctica difícilmente redundará en la creación de hábitos si la persona no evalúa positivamente la experiencia que supone realizarla.

En este sentido, lo verdaderamente destacable es que existe un amplio abanico de prácticas que ofrecen posibilidades muy diversas de realización y que, potencialmente, pueden adecuarse a las características de las personas y los grupos que la realizan. Para ello resulta importante que en cada contexto de acción los profesionales, mediante el diálogo, ayuden a hacer explícitos y armonizar los gustos e intereses y necesidades personales con las características de la práctica y las posibilidades reales de llevarse a cabo.

3.3. Autonomía

Las personas y los grupos deben sentirse y ser capaces de tomar decisiones acerca de su práctica. Más que la posibilidad de poder elegir, entendemos la autonomía como la capacidad de las personas, grupos o comunidades para definir, analizar y actuar sobre cuestiones referidas a su salud, práctica física y condiciones de vida. En este sentido, la autonomía forma parte del concepto de capacitación (en inglés *empowerment*, que significa literalmente ‘conseguir poder’) y se refiere tanto a una aptitud, como a un proceso y una práctica de las personas, los grupos sociales y las comunidades humanas. Como aptitud hace referencia a la facultad o competencia de las personas, grupos y comunidades para elegir aquello que desean e influir sobre otros para conseguirlo, pero no para dominarlos sino para colaborar y conseguir un cambio que mejore su salud, es decir, para liberarse (Wallerstein y Berstein, 1988). Como proceso, la capacitación es una tarea educativa continua que favorece la emancipación a través del diálogo y la interacción entre las personas implicadas, de tal manera que los sentimientos y experiencias de impotencia e incapacidad son transformados en competencia personal y colectiva para la elección y la influencia (Gottlieb, 1994; lord, 1994).

No es un proceso que ocurre solamente dentro de las personas ni tampoco se transmite de una persona a otra, sino que es una experiencia compartida, un proceso de comunicación contextualizado en

unas condiciones espaciotemporales (Fahlberg, Poulin, Girdano y Dusek, 1991; labonté, 1994). Esta visión de proceso es la que incorpora la Organización Mundial de la Salud en una de sus definiciones de la promoción de la salud, al identificarla como “el proceso de capacitación de la gente para mejorar y aumentar el control sobre su salud” (OMS, 1986: 1).

La autonomía se encuentra limitada en gran medida por la extendida creencia de que para hacer ejercicio físico es necesaria la supervisión de una persona experta o técnica en la materia, llámese médico/a, entrenador/a, monitor/a, o profesional de la educación física. Así, muchas personas alegan que carecen de conocimientos suficientes para decidir acerca de su propia práctica, y rehúsan materializar iniciativas personales, prefiriendo que otras personas decidan por ellos y ellas. No obstante, si bien el papel prescriptivo del experto/a tiene sentido cuando se sufre alguna enfermedad que exija supervisión médica, las personas que quieren incluir la práctica física en su estilo de vida deben poder sentirse capaces de decidir sobre aspectos como la intensidad, la duración o el tipo de práctica que más les convenga. Más que la dependencia del experto, la práctica de actividad física relacionada con la salud debería suponer una forma de desarrollar las capacidades y los sentimientos de competencia motriz (Ruíz Pérez, 2000).

La toma de decisiones sobre propia práctica no puede limitarse a los aspectos objetivables y cuantificables como el tiempo, distancia, intensidad o número de repeticiones. Sería necesario también aprender a tomar decisiones en función de las propias sensaciones y vivencias personales. No hay que olvidar que la experiencia de realizar actividad física engloba un conjunto muy amplio de sensaciones subjetivas que en ocasiones pasan desapercibidas, pero que en gran medida influyen en nuestra decisión de hacer actividad física y en el modo de llevarla a cabo. la actividad en sí (fatiga, cansancio muscular, sensación de contracción muscular, de estiramiento o de relajación), las

relaciones interpersonales (conocimiento de otras personas, diversión), con la naturaleza de la actividad (sensación de rutina, dificultad o esfuerzo que implica su ejecución, ritmo) o la relación con el medio (aromas, colores, sensaciones provocadas en un entorno abierto o cerrado, por la música) pueden ser también fuente de conocimiento para que las personas tomen decisiones razonadas acerca de su propia práctica (Pérez- Samaniego, 2001). El objetivo sería hacer explícitas estas sensaciones y evaluarlas desde una perspectiva de salud. Así, por ejemplo, habría que aprender a diferenciar entre la fatiga y el agotamiento, o entre la sensación de estiramiento y el dolor, y aclarar que las unas se vinculan con la salud mientras que las otras son señales de alarma.

3.4. Seguridad

En la realización de la actividad física, los beneficios para la salud deben superar a los riesgos. El criterio de seguridad no hace referencia únicamente a la realización de ejercicios sin riesgo de lesión, sino también a un conocimiento profundo de los fundamentos de las distintas prácticas y de sus posibles consecuencias que permita a la persona calibrar con rigor la conveniencia o no de realizarlas. Resulta importante ser conscientes de que las actividades físicas pueden entrañar tanto beneficios como riesgos, y que ambos no se limitan a aspectos físicos. En principio no resulta necesario descartar a priori ninguna alternativa, salvo aquellas que conscientemente se lleven a cabo a pesar del conocimiento de sus consecuencias negativas para la salud. Debe ser el practicante quien, sobre la base de un conocimiento veraz y completo de la práctica, aprenda a relativizar los beneficios en función de los riesgos y opte por realizar la actividad de la manera que más le convenga. Últimamente ha aumentado la preocupación respecto a la realización correcta y efectiva de ejercicio (Peiró, 1991; López Miñarro, 2000). Entre estas recomendaciones destacan las referidas a aspectos relacionados con la estructura de la sesión de práctica y la forma de ejecución de los ejercicios. En relación con los primeros, la sesión de práctica debe plan-

tearse con un aumento progresivo de la intensidad, una práctica de intensidad sostenida, y una adecuada vuelta a la calma. En cuanto a la ejecución de los ejercicios se recomienda evitar que el cuerpo en general o alguna de sus partes se muevan de manera forzada, con el riesgo potencial de lesiones que esto conlleva. La contraindicación puede deberse a la misma naturaleza del ejercicio, a una ejecución incorrecta o a su realización por personas con unas características físicas particulares.

Para que las personas se involucren de forma segura en los procesos de práctica es necesario que posean una conciencia lo más clara posible acerca de los riesgos y beneficios. Desgraciadamente, esta conciencia a menudo descansa en creencias de origen incierto, casi siempre sin fundamento científico. Estas creencias generan mitos sobre el porqué y el cómo de las relaciones entre actividad física y salud que arraigan en lo más profundo de la cultura popular y que, por tanto, tienen una poderosa influencia sobre la elección del tipo de práctica y el modo de llevarla a cabo. De ahí la importancia de conocerlos y rebatirlos con información veraz (López Miñarro, 2002; López Miñarro y García Ibarra, 2001; Standford Alumni Association, 1987).

3.5. Reflexión crítica

La actividad física y la salud son fenómenos sociales. Diversas cuestiones económicas, políticas y culturales contribuyen a dotarles de significado. Concepción, perspectiva o visión crítica son denominaciones utilizadas en diferentes disciplinas cuando se quiere plantear una postura alternativa a una determinada ideología dominante o hegemónica. Vicens (1995:18) denomina *conciencia crítica* a una serie de corrientes sociales que basan sus acciones en un cambio de mentalidad, y que manifiestan una voluntad saludable de experiencia social no orientada en la dirección del lucro, el egoísmo o el dominio social. Devís y Peiró (1992) denominan *modelo sociocrítico* de educación física a

aquel que se preocupa fundamentalmente por las desigualdades y la injusticia social existente en relación con al ejercicio físico y salud, y que incluye cuestiones relacionadas con el sexismo, el culto al cuerpo y los estilos de vida dentro de la cultura consumista (Barbero, 1996; Varela y Álvarez-Uría, 1989; Toro, 1996).

De entre las ideologías que más poderosamente influyen en las relaciones entre la actividad física y la salud cabe destacar el culto al cuerpo, la idolatría de la perfecta apariencia y el funcionamiento corporal (Devís, 2000). El culto al cuerpo se basa en ciertos dogmas y consensos sociales que sirven para homogeneizar los valores en torno a lo corporal. Las imágenes de modelos, deportistas, actores y actrices, en definitiva, las personas jóvenes, dinámicas y atractivas que simbolizan la felicidad y éxito, sirven también para configurar los estereotipos de la apariencia y el funcionamiento de los cuerpos saludables. Paradójicamente, algunas prácticas extremas inducidas por el culto al cuerpo (cirugía estética, uso de anabolizantes, dietas y programas de ejercicio salvajes) han llegado a convertirse en un verdadero riesgo para la salud. Así, del mismo modo que el sedentarismo se considera perjudicial para la salud porque puede favorecer la aparición de ciertas enfermedades hipocinéticas, quizá el culto al cuerpo debería considerarse un factor de riesgo para la aparición de trastornos de origen cultural, como la anorexia, la bulimia, la vigorexia o la adicción al ejercicio.

Claramente relacionado con el culto al cuerpo, el *salutismo* sería otra de las ideologías que actualmente conforma las relaciones entre actividad física y salud (Colquhoun, 1990; Devís, 2000). Nutbeam (1986) define el salutismo como el término que se utiliza para describir la creencia o el valor cultural de que la salud es más importante que todas las demás recompensas o satisfacciones, es decir, que disfrutar de la salud es el principal objetivo de la vida. Para Crawford (1980) el salutismo es una ideología que descansa en la creencia de

que alcanzar un alto nivel de salud personal es el principal objetivo de la vida. Colquhoun (1990) añade que, al delegar en la conducta individual las soluciones a los problemas de salud pública, el salutismo contribuye indirectamente a legitimar las políticas neoliberales de salud. El salutismo sirve también para delegar, veladamente, la responsabilidad de la promoción de la práctica física social en el individuo. Se da a entender que el cambio a un estilo de vida activo depende exclusivamente de una decisión individual, minusvalorando otros factores que trascienden el ámbito de la voluntad personal. Indirectamente también se da a entender que la enfermedad es el castigo de la falta de responsabilidad personal hacia el propio cuerpo. Esta idea de *culpabilización de la víctima*, además de aplicarse a la salud, también se aplica a otros casos, como las violaciones, el acoso sexual o los malos tratos en el hogar (Ryan, 1971). En todos ellos se suele argumentar que la víctima ha hecho o ha dejado de hacer algo que le ha provocado su desgracia. De acuerdo con el análisis planteado por Evans, Rich y Davies (2004) esta idea subyace, en parte, en la actual preocupación social por la obesidad. Sin despreciar el problema de salud pública que representa la obesidad en determinadas sociedades, ni la necesidad de prevenir su aparición y tratar sus efectos, estos autores critican las distorsiones y la falta de rigor sobre las que se ha asentado la idea de que vivimos una “epidemia de obesidad”. Se transmite la idea de que el sobrepeso o la obesidad (a menudo aparecen unidas cuando implican índices de masa corporal distintos) son *el* problema de salud actual, y que las personas lo padecen porque no se responsabilizan de su salud al no realizar sencillas prácticas como la dieta o el ejercicio. Hasta el punto de llegar a acusar a las personas con un peso por encima del normal -que es una convención- de ser malos ciudadanos al atender no sólo contra su propia salud, sino contra el sistema sanitario. Para estos autores, estas distorsiones responden en gran medida a una cultura del miedo y a la obsesión por controlar los riesgos crecientes a los que se ve sometida la vida en las sociedades complejas. Frente al relativamente escaso eco de problemas que también afectan a la

salud pero escapan al control individual (como, por ejemplo, la contaminación, el paro, la inseguridad ciudadana o las desigualdades sociales) el control del peso, y las conductas que se le asocian, aparece magnificado como la clave esencial para mantener y mejorar la salud. De este modo, focalizando los problemas (y las soluciones) de la salud en las conductas individuales, se elude la necesidad de favorecer las condiciones para que las prácticas saludables puedan llevarse a cabo.

Un último aspecto a tener en cuenta desde una visión crítica de la actividad física relacionada con la salud es la progresiva medicalización de la actividad física. Según Nutbeam (1986) la medicalización es una forma de tratar las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica. Esta forma de proceder ha hecho que, con frecuencia, amplios aspectos de la vida personal y social (por ejemplo las relaciones familiares, el desarrollo infantil o el comportamiento sexual) se hayan convertido en sujeto de la intervención y pericia médica. Se trata de un proceso de legitimación del control médico sobre determinadas áreas de la vida, normalmente valorando y estableciendo la primacía de la interpretación médica en dichas áreas (Freund y McGuire, 1991; Illich, 1975). A ello contribuye la ilusión de que las mejoras en la calidad de vida dependen sobre todo de los avances técnico-médicos, cuando en realidad dependen de decisiones político-sociales.

La actividad física es una de las prácticas sociales en las que mejor puede constatarse un proceso de medicalización. La opinión médica determina en la actualidad qué actividad física o qué características de la actividad física son saludables. El resultado es que, a menudo, la práctica física es considerada como un *problema* de salud cuya solución depende fundamentalmente de la intervención médica. La medicina y los profesionales que se amparan bajo el discurso biomédico aparecen entonces como las personas que pueden y deben autorizar, supervisar y, en último término, tomar decisiones acerca de los diver-

Los aspectos de la actividad física relacionada con la salud, los cuáles, por otra parte, suelen quedar reducidos a variables cuantificables con repercusión en adaptaciones orgánicas (frecuencia, tipo de actividad, duración, intensidad). El individuo simplemente deberá someterse a ese dictado si quiere conservarse sano. Se establece así una dependencia del juicio experto rodeado, además, de la aparente aura de asepsia que envuelve al conocimiento científico sobre el cuerpo y la salud.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La relación entre los criterios y su utilidad en educación física. Por motivos de claridad en la exposición los criterios han sido presentados de manera separada, si bien algunos comparten rasgos comunes y relaciones de mutua complementariedad. Por ejemplo, para que la actividad física sea gratificante, lo mejor es que se adecue a los gustos y posibilidades de la persona, y que ésta posea conocimientos sobre sí misma y sobre la actividad que le hagan sentirse capaz de llevarla a cabo de forma autónoma. Del mismo modo, si la persona posee suficientes conocimientos podrá adecuar la práctica a sus propias capacidades, lo que sin duda la hará más segura. Pero también puede darse el caso contrario, es decir, que algunos de estos criterios, llevados al máximo, se excluyan entre sí. Por ejemplo, el desarrollo máximo de la gratificación puede entrar en colisión con el criterio de seguridad; o concebir únicamente la actividad física como una forma de control social puede suponer negar la capacidad del individuo para desarrollar un espacio autónomo de decisión.

Estos criterios pretenden servir justamente para comprender y orientar la práctica de actividad física relacionada con la salud. En educación física pueden servir a modo de un conjunto de lentes que permita a los profesionales apreciar y valorar la complejidad de la actividad física. Y desde esa complejidad, seleccionar contenidos y desarrollar estrategias que contribuyan a educar la práctica, es decir, contribuir a

que la actividad física sea una experiencia satisfactoria para quien la lleva a cabo (Delgado y Tercedor, 1998). En todo caso, parece poco práctico que la promoción de la actividad física pase por insistir todavía más en los beneficios de hacer actividad física y los riesgos del sedentarismo. La educación física tiene otros potenciales para la salud. Una educación física que favoreciera una práctica gratificante, adecuada, autónoma, segura y razonada críticamente sería, sin duda, una gran contribución a la sociedad actual.

En educación física, la importancia de tener en cuenta estos criterios (u otros que pudieran generarse a raíz de su debate) responde a motivos éticos y prácticos. Las decisiones sobre la salud son decisiones sobre la vida. Una sociedad de individuos sanos no es una sociedad de individuos no enfermos, sino una sociedad en la que cada persona puede desarrollar sus potencialidades. Reducir el papel de la salud a la ausencia de enfermedad puede que aumente la esperanza de vida, pero también puede reducir las expectativas vitales. Además supone una forma sutil de exclusión social de aquellas personas enfermas (que en algún momento u otro de la vida somos todos) y, por extensión, de las que no son *normales*, con lo que el dominio del concepto de normalidad se convierte en un poderoso instrumento de control social. En cuanto a los motivos prácticos, hoy día, la falta de actividad física no puede achacarse a la falta de conocimiento sobre los potenciales efectos beneficiosos de la práctica física o los riesgos del sedentarismo. Por tanto, redundar en la difusión de información sobre las consecuencias positivas o negativas de la actividad física resulta, cuanto menos, insuficiente si no va acompañado de estrategias activas que promocionen experiencias positivas en la práctica.

Aunque aquí hayan sido analizadas por separado, las concepciones restringida y amplia deben considerarse como dos caras de la misma moneda. Subrayar la importancia del proceso no implica en absoluto despreciar el papel preventivo y terapéutico de la actividad física. Al

contrario, se parte de que el disfrute placentero y consciente de la actividad potencia los posibles efectos beneficiosos de la práctica física en las personas, ya sea porque aumenta la posibilidad de adherencia al ejercicio, o porque en sí mismas las percepciones subjetivas de bienestar se plantean como un factor de protección ante ciertas enfermedades. En cualquier caso, la búsqueda del bienestar implica tanto evitar las enfermedades como encontrar el sentido y la satisfacción de practicar actividad física. Lo que ya resulta más discutible es que el único sentido personal de practicar actividad física deba ser evitar las enfermedades.

REFERENCIAS

- Barbero, J.I. (1996). Cultura profesional y currículum (oculto) en Educación Física. Reflexiones sobre las imposibilidades de cambio en *Revista de Educación*, nº 311, 13-49.
- Blasco, T. (1994). *Actividad física y Salud*, Martínez Roca, Madrid.
- Boone, T. (1994). El ejercicio obsesivo, algunas reflexiones en *Revista de Educación Física*, león, 8, pp. 12-16.
- Bouchard, C., Shepard, R.J. Stephens, T., Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (1990). "Exercise, fitness and health: the consensus statement", en Bouchard, C., Shepard, R.J. Stephens, T., Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (Eds) *Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge*, Human Kinetics, Champaign, pp.3-28.
- Carson, J & Shield, F. (1994): "Towards a new definition of health within the paradigm of health promotion", *Health values*, 35, 4, 17-32
- Colquhoun, D. (1990). Images of Healthism in H.B.P.E., en Kirk, D. y Tinning, R. (Eds) *Physical Education, Curriculum and Culture*, Londres: Falmer Press.
- Crawford, R. (1980). Healthism and medicalization of everyday UFE *International Journal of Health Services*, 10, 3, pp 365-388.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*, Nueva York: Harper & Row.
- Delgado Fernández, M. y Tercedor Sánchez, P. (1998). Actividad física y salud: reflexiones y perspectivas, en Ruiz Juan, F., García

López, A. y Casimiro Andujar, A. (Eds) *Nuevos horizontes en la educación física y el deporte escolar*, Málaga: I.A.D., pp. 35-44.

Devís, J. (1998). La salud en la educación física escolar: materiales curriculares para el alumnado de educación primaria, en Villamón, M. (Dir.) *la educación física en el currículum de primaria*, Valencia: Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, , pp.367-387.

_____ (2000). *Actividad física, deporte y salud*, Barcelona: INDE.

Devís, J. & Peiró, C. (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física, la salud y los juegos modificados*, Barcelona: INDE.

_____ (2002). "La salud en la educación física escolar: ¿qué es lo realmente importante?" , *Tándem*, 9, 73-82

Devís, J. & Pérez-Samaniego, V (2002). la ética en la promoción de la actividad física relacionada con la salud en Devís, J (Dir) *Educación física, Deporte y Salud en el S.XX1*, Alcoy: Marfil, Downie, R.S.; Fyfe, C. y Tannahill, A. (1990). *Health Promotion. Models and values*. Oxford: Oxford University Press.

Dubos, H.M. (1994): "New paradigm of health" , *Health Values*, 35,4, pp. 188-201.
Evans, J.; Rich, E. & Davies, B. (2004). The Emperor's New Clothes: Fat, Thin ad Overweighth. The Social Fabrication of Risk and hl Health, *Journal of Teachin in Physical Education*, 23(4).

Fahlberg, I.I., Poulin, A., Girdano, D.A. y Dusek, D.E. (1991). Empowerment as an emerging aproach in health education, *Journal of health education*, 22(3), 185-193

Freund, P. & McGuire, M. (1991). *Health, illness and the social body*, Englewoodclifs, Nueva Jersey. García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte*, Madrid: Alianza,.

Gottlieb, B.H. (1994). The meaning and importance of social support, en Quinney, A., Gauvin, I. & Wall, A.E.T. (Eds.) *Towards active livin, Human Kinetics*, Champaign, pp. 213-218

Illich, I. (1975). *Nemesis médica*, Madrid: Urano. Kimiecik, J.C. y Harris, A.T. (1996). What is enjoyment? A conceptual/definitional analysis with implications for sport and exercise psychology, *Journal of sport & exercise psychology*, 18, 247-263

- Kirk, D. (1990). *Educación física y currículum*, Valencia: Universitat de Valencia.
- labonté, R. (1994). Community empowerment and fitness, en Quinney, A., Gauvin, I. & Wall, A.E.T. (Eds.) *Towards active living*, Champaign: Human Kinetics, pp.219-226
- López Miñarro, P. (2000). *Ejercicios desaconsejados en la actividad física: detección y alternativas*, Barcelona: INDE.
- _____ (2002). *Mitos y falsas creencias en la práctica deportiva*, Barcelona: INDE.
- López Miñarro, P. y García Ibarra, A. (2001). Análisis de la prevalencia de mitos o creencias erróneas en secundaria, *Actas del XIX Congreso Nacional de Educación Física*, pp. 165-180.
- Lord, J. (1994). Personal empowerment and active living, en Quinney, A., Gauvin, I. y Wall, A.E.T. (Eds.) *Towards Active living*, Champaign: Human Kinetics, pp.213-218
- Márquez, S. y Meneu, R. (2003), la medicalización de la vida y sus protagonistas, *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(2), 47-53
- Nutbeam, D. (1986). *Glosario de promoción de la salud*, Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de salud.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Ottawa Charter for health promotion*, OMS-Ministerio de salud y bienestar de Canada, Ottawa.
- Pastor Pradillo, J.I. (2003). *Gimnástica. De la inopia conceptual a la utopía metodológica*, Madrid: Esteban Sanz.
- Pate, R. R., Blair, S.; Drustine, I., Eddy, D.O., Hanson, P., Painter, P., Smith, K. y Wolfe, I. (1991). *Guidelines for exercise testing and prescription*, Filadelfia: American College of Sports Medicine, Lea & Febiger.
- Peiró, C. (1991). Educación física y salud: realización correcta y segura de los ejercicios en *Perspectivas de la actividad física y el deporte*, 8, pp. 14-17.
- Pérez-Samaniego, V. (2000). *Actividad física, salud y actitudes*, Valencia: Edeñana Ediciones.
- Pérez-Samaniego, V. (2001). Referentes e indicadores subjetivos: un intento de delimitar el valor educativo del acondicionamiento físico *Tandem*, 2, 74-89.

- Pérez-Samaniego, & Devís, J (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. la perspectiva de proceso y de resultado, *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*, 10
- _____ (2004). Conceptuación y medida de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, *Revista de Psicología del Deporte*, 13(2), 157-173.
- Ruiz Pérez, I.M. (2000). Aprender a ser incompetente en educación física: un enfoque psicosocial, *Apunts*, 60, 20- 25
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*, Nueva York: Vintage.
- Sachs, M.I. & Pargman, D. (1984). Running addiction, en Sachs, M.I. Y Buffone, G. W. (Eds), *Running as a therapy, an integrated approach*, lincoln: Nebraska University Press, pp. 231 -252.
- Standford Alumni Association (1987). *The Stanford health and exercise handbook*. Champaign: leisure Press.
- Stathi, A., Fox, K. y McKenna, J. (2002). Physical Activity and dimensions of subjective well-being in older adults, *Journal of aging and physical activity*, 10, 76-92
- Tercedor, P. (2000). *Actividad física, condición física y salud*, Wanceullen, Sevilla
- Toro, V. (1996). *El cuerpo como delito*, Madrid: Ariel.
- Varela, J. & Álvarez-Uría, F. (1989). *Sujetos frágiles*, México: Fondo de cultura económica.
- Vicens, J. (1995). *El valor de la salud*, Madrid: Siglo XXI.
- Wallerstein, S. & Berstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education, *Health Education Quarterly*, 15 (4), 279-349
- Wankel, I. (1997). The social psychology of physical activity, en Curtis, J.E. y Russel, S.J. (Eds) *Physical activity in human experience, In terdisciplinar perspectives*, Champaign: Human Kinetics.
- Weinberg, R. & Gould, D. (1996). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*, Barcelona: Ariel.

