

**DEPORTE Y CALIDAD DE VIDA
EN LA POBLACIÓN ADULTA**

36

**Evaluación de los programas médico-deportivos
del patronato municipal de Deportes de Granada**



CSD

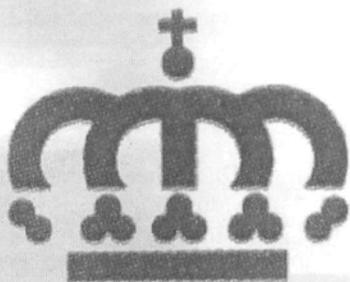
**CONSEJO SUPERIOR
DE DEPORTES**

**ESTUDIOS SOBRE
CIENCIAS DEL DEPORTE**

**DEPORTE Y CALIDAD DE VIDA
EN LA POBLACIÓN ADULTA**

**Evaluación de los programas médico-deportivos
del patronato municipal de Deportes de Granada**

36



CSD

**CONSEJO SUPERIOR
DE DEPORTES**

**ESTUDIOS SOBRE
CIENCIAS DEL DEPORTE**



Unidad editora:
Ministerio de Educación,
Cultura y Deporte
Consejo Superior de Deportes
© 2002

Director editorial:
José Luis Aguado Garnelo

Coordinación editorial:
Erika Schwarz

Consejo asesor:
Margarita Latiesa Rodríguez

Edición no venal.
NIPO: 663-09-011-2

Depósito Legal: M-14322-2009

Distribución e información:
Consejo Superior de Deportes.
Servicio de Documentación
C/ del Greco s/n Tl. 915.89.05.28
28040 Madrid Fax 915.89.05.30

Web: <http://www.csd.mec.es>
Email: csd.publicaciones@csd.mec.es

Venta:
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
Subdirección General de Información y Publicaciones
Ciudad Universitaria, s.n.
28040 Madrid
Tl. 914.53.98.00
Fax: 914.53.98.84
Buzón Internet:
publicaciones@cuniv.mec.es

Librería del B.O.E.
C/ Trafalgar, 29 Tl. 915.38.21.11
28071 Madrid Fax 91/538.21.21

NOTA: Los trabajos presentados expresan el criterio y valoraciones de sus autores sin que el Consejo Superior de Deportes comparta necesariamente las tesis y conceptos expuestos en ellos. Permitida la reproducción parcial citando la fuente.

ÍNDICE

DEPORTE Y CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA

Evaluación de los programas médico-deportivos del patronato municipal de Deportes de Granada

Grupo de Investigación dirigido por: Margarita Latiesa Rodríguez

	<u>Pág.</u>
PRESENTACIÓN	19
SECCIÓN PRIMERA: MARCOTEÓRICO	23
CAPÍTULO PRIMERO: DEPORTE Y SOCIOLOGÍA	25
<i>Martos Fernández, P.; Latiesa Rodríguez, M.</i>	
I.1. Sociología del deporte	25
I.2. Deporte: definición conceptual	27
I.3. El deporte en la Sociedad Contemporánea	33
I.4. El deporte en España	34
CAPÍTULO SEGUNDO: POBLACIÓN ADULTA Y CALIDAD DE VIDA	41
<i>López Doblas, J.; Latiesa Rodríguez, M.</i>	
II.1. El progresivo envejecimiento de la población española	41
II.2. Calidad de vida: economía y salud	45
II.3. Deporte y Salud	52

Icd - N° 36

Estudios sobre Ciencias del Deporte. Serie de Investigación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Consejo Superior de Deportes

**CAPÍTULO TERCERO: HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS
CON LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA 57**

Delgado Fernández, M.; Latiesa Rodríguez, M.

III.1. Deporte y hábitos de vida	57
III.2. Modelos teóricos explicativos de la práctica de actividad física	58
III.3. Estilo de vida y actividad física	61
III.4. Influencia de diversos aspectos sobre la práctica de actividad física	63
III.4.1. Aspectos personales	63
III.4.2. Aspectos sociales	64
III.4.3. Aspectos ambientales	65

CAPÍTULO CUARTO: SALUD Y ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS 67

Delgado Fernández, M.; Latiesa Rodríguez, M.

IV.1. Actividad física y salud: apunte histórico	67
IV.2. Actividad física deportiva y promoción de la salud	71
IV.3. Creencias erróneas sobre actividad física y salud	75
IV.4. Beneficios y riesgos de la actividad física para la salud	77

**CAPÍTULO QUINTO: RECOMENDACIONES PARA LA PUESTA
EN PRÁCTICA DE PROGRAMAS DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS
ORIENTADOS A LA SALUD 85**

Delgado Fernández, M.; Gallo Vallejo, M. A.

V.1. Principios metodológicos en la promoción de la actividad física orientada a la salud	85
--	----

Icd - N° 36

Estudios sobre Ciencias del Deporte. Serie de Investigación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Consejo Superior de Deportes

V.2. Recomendaciones para el desarrollo de la condición física orientada a la salud: guía para la programación del ejercicio físico en adultos	89
V.3. Modelos de condición física: salud versus rendimiento	92
V.3.1. Prescripción versus recomendación	92
V.3.2. Evolución desde la prescripción del ejercicio físico a la actividad física para toda la vida	94
V.3.3. Recomendaciones de práctica de actividad física orientada a la condición física- salud	95
V.4. Propuesta de contenidos a desarrollar en los programas de actividad física orientada a la salud y calidad de vida	102

SECCIÓN SEGUNDA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO SEXTO: PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Y METODOLOGÍA	107
---------------------	-----

Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.; Martos Fernández, P.; Puertas Cañaverall, I.

VI.1. Programa de actividades médico deportivas del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada	107
VI.2. Descripción de las actividades médico-deportivas	109
VI.3. Objeto de estudio	111
VI.3.1. Población y muestra	111
VI.3.2. Fiabilidad de la respuesta	112
VI.4. Características sociodemográficas de los encuestados	113

Icd - N° 36

Estudios sobre Ciencias del Deporte. Serie de Investigación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Consejo Superior de Deportes

CAPÍTULO SÉPTIMO: ESTADO DE SALUD	117
--	------------

Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M.A.; López Doblas, J.;

Paniza Prados, J. L.

VII.1. Asistencia médica	117
--------------------------------	-----

VII.2. Tipología del dolor y las molestias	122
--	-----

VII.3. Caracterización de las enfermedades	127
--	-----

**CAPÍTULO OCTAVO: LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA
DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS DEL PATRONATO
MUNICIPAL DE DEPORTES**

135

Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.; Paniza Prados, J. L.;

López Doblas, J.

VIII.1. Antecedentes en la práctica físico-deportiva	135
--	-----

VIII.2. Motivaciones para inscribirse	139
---	-----

VIII.3. Conocimiento del programa	144
---	-----

VIII.4. Medios de transporte utilizados para dirigirse a las instalaciones	145
--	-----

VIII.5. Actividades realizadas en el programa de actividades médico-deportivas y asistencia	146
--	-----

VIII.6. Actividades complementarias	150
---	-----

VIII.7. Realización de ejercicio físico por parte de las personas de su edad	151
--	-----

Icd - N° 36

Estudios sobre Ciencias del Deporte. Serie de Investigación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Consejo Superior de Deportes

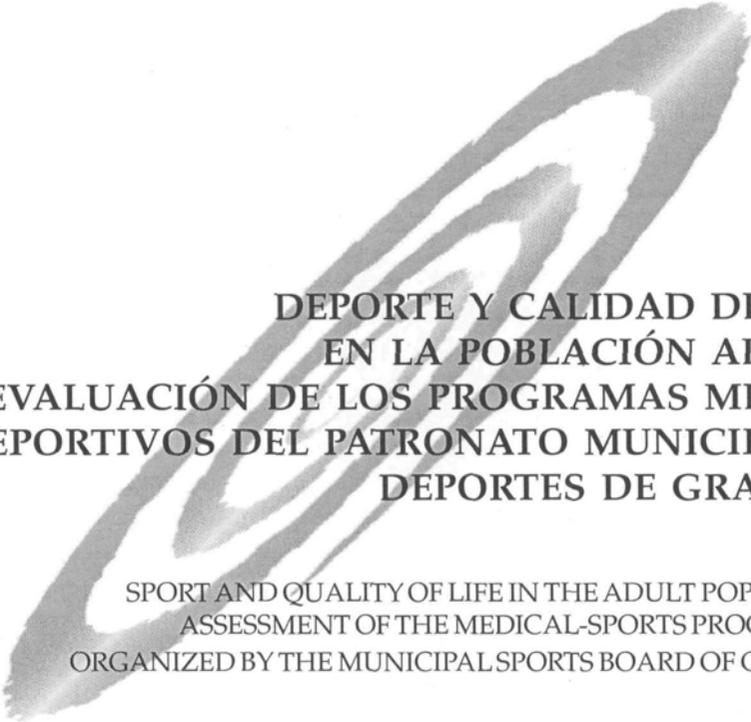
CAPÍTULO NOVENO: EVALUACIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES	157
<i>Latiesa Rodríguez, M.; Paniza Prados, J. L.; Puertas Cañaverl, I.; López Doblas, J.; Martos Fernández. P.</i>	
IX.1. Valoración general	157
IX.2. Valoraciones específicas	158
IX.3. Razones para la continuidad en el programa	168
IX.4. Influencia del programa de actividades médico-deportivas sobre la vida de los participantes	172
IX.5. Evaluación del estado de salud antes y después del programa de actividades médico-deportivas	176
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	181
<i>Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.</i>	
1. Marco teórico	181
2. La investigación empírica	187
BIBLIOGRAFÍA	193
ANEXO: CUESTIONARIO	215

Icd - N° 36

Estudios sobre Ciencias del Deporte. Serie de Investigación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Consejo Superior de Deportes



**DEPORTE Y CALIDAD DE VIDA
EN LA POBLACIÓN ADULTA.
EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS MÉDICO-
DEPORTIVOS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE
DEPORTES DE GRANADA**

SPORT AND QUALITY OF LIFE IN THE ADULT POPULATION.
ASSESSMENT OF THE MEDICAL-SPORTS PROGRAMMES
ORGANIZED BY THE MUNICIPAL SPORTS BOARD OF GRANADA

*Latiesa Rodríguez, M.
Gallo Vallejo, M. Á.
Delgado Fernández, M.
López Doblas, J.
Martos Fernández, P.
Paniza Prados, J. L.
Puertas Cañaverl, I.*

Dirección para correspondencia:

Margarita Latiesa
Universidad de Granada
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
c/Rector López Argueta, 4
18001-GRANADA
Tel.: 958-243079
Fax: 958-244191
E-mail: latiesa@ugr.es



Margarita Latiesa Rodríguez

Catedrática de Sociología (Estadística, Métodos y Técnicas de Investigación Social) de la Universidad de Granada. Desempeña su actividad docente en el Departamento de Sociología y es directora del grupo de investigación «Metodología y Ciencias Sociales» de la Junta de Andalucía. Ha sido Vicedecana de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de Granada y Directora del Departamento de Sociología en esta Universidad. Ha publicado diversos libros sobre educación, metodología, así como numerosos artículos en revistas y capítulos de libros. Es experta en la línea de investigación *Turismo, Ocio y Deporte*, sobre cuya temática ha dirigido investigaciones y tesis doctorales y publicado numerosas obras.

Miguel Ángel Gallo Vallejo

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Especialista en Medicina del Deporte por la Universidad de Londres (Inglaterra). Es Diplomado en Nutrición (Universidad de Granada) y Médico de la Real Federación Española de Tenis de Mesa. En la actualidad es Director del Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada.



Manuel Delgado Fernández

Doctor en Educación Física y Deportiva y Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Educación Física y Deportiva de la Universidad de Granada. Es Miembro del Grupo de investigación de la Junta de Andalucía Análisis del movimiento Humano y del Grupo Avena (Análisis y valoración del estado nutricional de adolescentes) del FIS. Instituto Carlos III. Es coordinador y director de tesis doctorales y proyectos de investigación en Promoción de Actividad Física y Salud, tanto en el ámbito escolar como a nivel comunitario.



Juan López Doblas

Doctor en Sociología por la Universidad de Granada. Experto en Sociología de la Población, Sociología de la Vejez y Metodología de la Investigación Social. Ha participado en diversos proyectos a nivel nacional e internacional sobre los aspectos sociales del envejecimiento demográfico. Actualmente es profesor del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada. Es autor de diversos trabajos publicados en libros y artículos.





Pilar Martos Fernández

Doctora en Sociología por la Universidad de Granada. Master en Gestión y Dirección del Deporte, FEMP - CSD - INEF Cataluña. Diplomada en Formación Jurídica y Económica de las Profesiones del Deporte por la Universidad de Limoges (Francia). En la actualidad es profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada, centrandó su actividad docente e investigadora en el marco del deporte.

Jose Luis Paniza Prados

Profesor asociado del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada. Su actividad docente se centra en los Métodos y en las Técnicas de Investigación social. Las investigaciones y publicaciones principales en las que ha participado, versan fundamentalmente sobre las temáticas del deporte y el turismo y de la interconexión que existe entre ambas disciplinas en la sociedad actual.



Inmaculada Puertas Cañaverál

Profesora ayudante del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada. Las publicaciones principales en las que ha colaborado versan sobre turismo deportivo y marketing deportivo. Ha participado en diversas investigaciones sobre el desarrollo del deporte y el turismo en la sociedad contemporánea, y las conexiones entre ambas materias.

Resumen

El objetivo de este texto es doble: *En primer lugar*, exponer la problemática teórica que se plantea en las sociedades occidentales acerca del incremento de la población adulta, así como de las actividades físicas y deportivas que se realizan, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida. Esta tendencia hace que cada vez más ciudadanos participen y demanden programas concretos médico-deportivos de los organismos públicos. A su vez, éstos incrementan y diversifican la oferta notablemente, con el fin de atender a una demanda creciente. Dentro de este marco general, se exponen los modelos teóricos explicativos de la práctica de actividad física, la relación que guardan con los estilos de vida y con la promoción de la salud; asimismo, se evalúan los beneficios y riesgos de la actividad física y se facilitan una serie de recomendaciones concretas para la puesta en práctica de programas médico-deportivos. *En segundo lugar*, otro de los objetivos es presentar los resultados empíricos obtenidos en la encuesta subvencio-

nada por el Consejo Superior de Deportes. La investigación se centra en las personas inscritas en los programas de actividades médico-deportivas ofertados por el Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada. Las actividades específicas objeto de estudio han sido: gimnasia terapéutica, natación terapéutica y rehabilitadora, ejercicio físico para mayores, ejercicio físico para hipertensión arterial, gimnasia en el agua, actividades deportivas para minusválidos. Nadie mejor que los usuarios para poder confirmar o refutar las hipótesis planteadas a nivel teórico y evaluar los aspectos planteados sobre la motivación, la salud y la calidad de vida, así como los riesgos implícitos.

Palabras clave

Sociología del deporte, calidad de vida, actividad física y salud, población adulta, evaluación de programas, programas médico-deportivos.

Abstract

This study has a dual aim: *In the first place*, to set out the theoretical problems which western societies face with regard to the increase in the adult population, and to the physical and sports activities which are carried out with the objective of improving health and quality of life. This tendency has meant that more and more citizens participate in and request concrete medical-sports programmes from public bodies. They in turn considerably increase and diversify their provision in order to satisfy the increasing demand. Within this general framework, we present explicative theoretical models of the practice of physical activities, their relationship with life style and health promotion; and we also assess the benefits and risks of physical activity with a series of concrete recommendations of how to implement medical-sports programmes. *In the second place*, our other objective is to present the empirical results of the survey sponsored by the Higher Sports Council. The research centred on people registered in the medical-sports activity programmes provided by the Sports Medicine Centre run by the Municipal Sports Board of the Granada City Council. The specific activities analysed in the study were: therapeutic gymnastics, therapeutic and rehabilitative swimming, physical exercise for the elderly, physical exercise for people with high blood pressure, water gymnastics, and sports activities for the disabled. No one better than the users can confirm or refute the hypotheses presented at the theoretical level and assess aspects such as motivation, health and quality of life as well as the risks involved.

Keywords

Sports sociology, quality of life, physical activity and health, adult population, programme assessment, medical-sports programmes.

El libro que aquí se presenta expone el marco teórico, la metodología y los principales resultados obtenidos en la investigación realizada durante los años 1999 y 2000, titulada "*Factores motivacionales y sociológicos influyentes en la participación de la mujer y las personas mayores en la actividad físico-deportiva para la salud bio-psico-social*"¹. Este trabajo, ha sido subvencionado por el Consejo Superior de Deportes, Ministerio de Educación Cultura y Deportes, por medio de las convocatorias que a tal fin se abren periódicamente.

En este estudio se pone de relieve la tendencia observada en las poblaciones occidentales de una importante conquista de años a la vida, si bien actualmente se persigue una segunda conquista que es añadir vida a esos años ganados. En otros términos, el objetivo es aumentar la calidad de vida; de esta forma los años se dotan de mayor riqueza personal y social para que los ciudadanos puedan disfrutarlos de la mejor manera posible. En esta aspiración, uno de los elementos que más puede contribuir -y que de hecho ya está contribuyendo- a la mejora de la calidad de vida, es la participación en actividades diversas de ocio y tiempo libre, entre las cuales cabe destacar las relacionadas con el ámbito físico-deportivo. Podemos afirmar que el deporte se ha convertido en uno de los principales fenómenos sociales, en sus diferentes manifestaciones: deporte-práctica, deporte-salud, deporte-espectáculo, etc. Lo que antes estaba reservado a ciertos grupos sociales se ha extendido al resto de la sociedad convirtiéndose en un fenómeno de carácter cada vez más universal.

Este proceso democratizador y diversificador, que arranca en la década de los setenta, surge con el movimiento denominado "Deporte para todos" a instancias del Consejo de Europa con el dictado de la Carta Europea, e impulsado por los diferentes organismos nacionales responsables del deporte. De este modo, el objetivo principal es influenciar en la política deportiva de los diferentes países miembros del Consejo y favorecer una nueva tendencia en el deporte, que relaciona la salud con la práctica físico-deportiva. El deporte cobra importancia como elemento integrador de desigualdades sociales, y como un factor generador de bienestar general en el ser humano, tanto físico como psíquico. En España, el Consejo Superior de Deportes es el pionero e inicia esta labor con campañas de promoción deportiva como la de "Contamos contigo".

¹ El grupo de investigación que dirijo, con referencia SEJ131 de la Junta de Andalucía, especializado en la línea de Turismo, Ocio y deporte, -con la colaboración del Centro de Medicina Deportiva del patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada y el Departamento de Educación Física y Deportiva de la Universidad de Granada-, se presentó a la convocatoria del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, obteniendo la aprobación correspondiente, con el número de proyecto 24/UNI10/98.

En todo el proceso de cambio al que nos hemos referido anteriormente, determinadas capas sociales, históricamente alejados de la práctica físico-deportiva, se han ido acercando a la misma paulatina pero progresivamente. Nos referimos a dos grupos que constituyen el objeto central de este trabajo: la mujer y las personas mayores.

Esta tendencia que se observa en las sociedades occidentales también se cumple en Granada. Así, numerosas personas adultas participan en actividades deportivas con fines de ocio y salud. Cada vez más ciudadanos participan y demandan programas concretos, y obligan de esta manera a que los organismos públicos incrementen la oferta en cantidad, y también en diversificación y calidad. Las actividades médico-deportivas específicas que lleva a cabo desde hace varios años el Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada cubren estas necesidades y son las siguientes: Gimnasia Terapéutica, Natación Terapéutica y Rehabilitadora, Ejercicio Físico para Mayores, Ejercicio Físico y Acuático para Mayores, Ejercicio Físico y Taichi para Mayores, Ejercicio Físico para la Hipertensión Arterial, Gimnasia en el Agua, y Actividades Deportivas para personas con discapacidad. Todas ellas permiten a la población adulta conseguir una mejora sistemática de su salud, calidad de vida, estado de ánimo, relaciones sociales y una mejor actitud frente a sus dolencias. Pues bien, la evaluación de estos programas permite identificar los aspectos positivos y negativos, con el fin de efectuar las modificaciones necesarias para mejorar el modelo de gestión de los servicios ofertados en términos de la satisfacción de los usuarios.

El objetivo general es evaluar el programa de actividades que oferta el Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada. Los objetivos específicos son: identificar las características sociodemográficas de los participantes; conocer el tipo de actividades físico-deportivas que se realizan; analizar las motivaciones que inducen a la práctica de la actividad; estudiar la evolución del estado de salud; verificar el impacto que tienen los programas de actividad física y deportiva en la calidad de vida de las personas; y, finalmente, conocer el grado de satisfacción con los programas.

La investigación ha dado sus frutos debido a la estrecha colaboración que han mantenido el *Departamento de Sociología* de la Universidad de Granada y el *Centro de Medicina Deportiva* del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada. Respecto a este último centro, quisiera destacar la excelente acogida que hemos tenido de su director D. Miguel Angel Gallo Vallejo, que ha sobrepasado con creces su dedicación a este proyecto, por lo que agradezco su disponibilidad y apoyo, producto, sin lugar a dudas, de una vocación inquebrantable y de un trabajo experto. En lo que se refiere al Departamento de Sociología, es necesario citar el excelente trabajo realizado por los profesores pertenecientes al grupo de investigación que dirijo: diseño de la investigación, obtención, análisis de los datos y redacción. Todos ellos están especializados en las líneas de *Turismo, Ocio y Deporte* y son los siguientes: D. Juan López Doblás, D^a. Pilar Martos Fernández, D. José Luis Paniza Prados y D^a. Inmaculada Puertas Cañaverl. También he de mencionar la valiosa aportación de

D. Manuel Delgado Fernández del Departamento de Educación Física y Deportiva de la Universidad de Granada, especialista en los aspectos relacionados con la actividad física y la salud y que ha colaborado muy eficientemente en la conceptualización teórica del proyecto².

Por último, quisiera expresar mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado contestando los cuestionarios, por su paciencia y por ofrecernos una información valiosa, que puede ayudar en la toma de decisiones, en la gestión y en la planificación y programación de los próximos años. Nadie mejor que los participantes en los programas pueden conocer y, por tanto, evaluar los puntos fuertes y débiles de su experiencia y determinar la contribución que los mismos tienen de cara a su bienestar. Es por ello, que para el Patronato Municipal de Deportes de Granada esta información privilegiada permitirá de cara al futuro corregir posibles errores, mejorar posibles deficiencias y afianzar los aciertos.

Asimismo, consideramos que este libro puede ser de interés para todas aquellas personas que desde el campo de las ciencias sociales se dedican al estudio de calidad de vida, bien desde la vertiente del *deporte* y la relación que guarda con el bienestar, o bien desde la vertiente de la problemática creada en torno a la *población adulta*, que como es sabido de todos por los últimos informes que se han publicado, representará un contingente mayoritario de cara al siglo XXI. Asimismo, los estudiantes de las carreras de *Ciencias de la Actividad Física y Deporte* y *Ciencias Políticas y Sociología*, podrán encontrar un informe de interés académico y como referencia desde los puntos de vista metodológico y sustantivo.

El libro se estructura en nueve capítulos que versan sobre los aspectos teóricos y empíricos de la investigación. El capítulo primero, titulado *Sociología y deporte*, presenta la relación que se establece entre estos dos términos, los aspectos conceptuales, y el impacto del deporte en la sociedad contemporánea española. El capítulo segundo, *Población adulta y calidad de vida*, se ocupa del creciente envejecimiento demográfico y de la importancia que están cobrando aspectos como la economía, la salud, o el tiempo libre en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. El capítulo tercero, titulado *Hábitos de vida y actividades físico-deportivas*, expone los modelos teóricos explicativos de la práctica de ejercicio, su relación con el estilo de vida y la influencia de los aspectos personales, sociales y ambientales. El capítulo cuarto, *Salud y actividades físico-deportivas*, presenta una breve reseña histórica de la relación que se establece entre actividad física y salud, los aspectos que influyen en la promoción de la salud, así como los beneficios y riesgos asociados. El capítulo quinto, *Recomendaciones para la puesta en práctica de actividades médico-deportivas*, se centra en la exposición de los principios metodológicos que orientan la actividad física y la salud, una guía para la programación del ejercicio y una propuesta de contenidos a desarrollar en los progra-

² La investigación de campo la llevaron a cabo las siguientes personas, cuyo trabajo agradecemos: Antonio Martínez López, José Antonio Garzón Rosales, Silvia Ortiz Martínez, David Moscoso Sánchez, Ana Eugenia Martínez Bastida, Sergio Murillo Crespo, María del Carmen Gómez Illán, María de Mar Gracia Ortega.

mas de actividades médico deportivas. El capítulo sexto es el primero de los cuatro capítulos que se dedican a la investigación empírica realizada en Granada, se titula *Presentación de la investigación y metodología*, donde se expone la población y muestra, la fiabilidad de la respuesta, el centro y los programas de actividades médico deportivas que serán objeto de evaluación y las características sociodemográficas de los encuestados. El capítulo séptimo, *Estado de salud y antecedentes de actividad física*, refleja la relación que los entrevistados tienen y han tenido con la actividad física, así como su estado actual de salud: diversas tipologías del dolor, las molestias y las enfermedades, el tipo de asistencia médica que reciben y el tratamiento de sus principales enfermedades y dolencias. El capítulo octavo, titulado *La inscripción en el programa del Patronato Municipal de Deportes*, se centra en los programas físico-deportivos ofertados: antecedentes, motivaciones, actividades y asistencia. El capítulo noveno, *Evaluación y satisfacción con el programa del Patronato Municipal de Deportes*, expone las valoraciones generales y específicas respecto a diversos aspectos y servicios, así como los niveles de satisfacción que expresan los usuarios con los programas que realizan. Por último, se presenta el resumen y las conclusiones, así como el anexo con el cuestionario que ha sido confeccionado para esta investigación, con el fin de que aquellos investigadores que en el futuro deseen utilizar algunas de sus preguntas puedan hacerlo, así como las comparaciones pertinentes.

MARGARITA LATIESA RODRÍGUEZ



SECCIÓN PRIMERA: MARCO TEÓRICO

DEPORTE Y SOCIOLOGÍA

Martos Fernández, P.; Latiesa Rodríguez, M.



I.1. SOCIOLOGÍA DEL DEPORTE

Sin duda alguna, la creciente importancia del deporte en nuestra sociedad, las nuevas formas de práctica que nacen, la ampliación del deporte a diversos sectores poblacionales, así como la complejidad de las fórmulas organizativas en el deporte hacen que la sociología tenga un vasto campo de conceptualización teórica y de investigación empírica del mismo. Podemos afirmar que hoy en día la simbiosis entre deporte y sociedad es manifiesta, y el llamado 'complejo de isla' que en el pasado atenazaba al deporte se diluye¹.

La aparición formal de la sociología del deporte como rama aplicada de la sociología general, ocurre a mediados de los años sesenta, con la creación del Consejo Internacional de Sociología del Deporte dependiente de la Unesco, y la aparición de la *International Review of Sport Sociology (IRSS)* con un ejemplar anual.

En España, el desarrollo de la Sociología del Deporte es algo más tardío y se puede decir que es a partir de 1989 cuando en el III Congreso Español de Sociología, se constituye un área de trabajo alrededor del estudio sociológico del deporte, bajo el impulso de Manuel García Ferrando, máximo exponente de esta disciplina en nuestro país. Tampoco podemos olvidar la decisiva contribución del desaparecido José María Cagigal, con obras como «El deporte en la Sociedad Actual» o «Deporte pulso de nuestro tiempo»².

¹En este sentido, Cazorla Prieto (1979), refiriéndose a ello y al mito del apoliticismo deportivo, comenta como con dicho complejo de isla, el fenómeno deportivo, que se rige por sus propias reglas, se convierte en algo ajeno al resto de las actividades de la sociedad. Pero, muy al contrario, en un sistema democrático, como cualquier otra manifestación social, el deporte ha de basarse en los principios democráticos que inspiran la convivencia.

²Las obras de José María Cagigal han sido recogidas por Jesús Mora Vicente, como coordinador en tres volúmenes, bajo el título *José María Cagigal. Obras selectas*. (1994) Editores: Comité Olímpico Español; Ente de Promoción Deportiva "José María Cagigal"; Asociación Española de Deporte para Todos. Colaboradores: Fundación de Fútbol Profesional; Consejo Superior de Deportes.

La constitución en 1991 de la Asociación Española de Investigación Social aplicada al Deporte (AEISAD)³, y un año más tarde la celebración del Primer Congreso sobre Ciencias Sociales y Deporte en Burriana (Castellón), permiten asentar las bases de esta disciplina.

Si bien hay que reconocer que hasta hace relativamente poco tiempo, "el deporte" no formaba parte del "currículum científico" de la sociología, hoy en día, sin embargo, esta situación ha cambiado. Así, podemos observar, que la producción científica es abundante y se refleja en una vasta bibliografía al respecto, además, la sociología del deporte está incluida en los planes de estudios de los INEF, Facultades del Deporte, y Facultades de Ciencias de la Educación; y finalmente la investigación social sobre el deporte constituye una línea de investigación prioritaria dentro del Plan Nacional de Investigación⁴.

La creciente valoración e importancia que la sociedad concede a la actividad física y al deporte ha originado la consolidación de algunas tendencias sociales, como son el reconocimiento en los Sistemas Educativos de la Educación Física como parte integral de la educación del individuo, la práctica generalizada de la actividad física y el deporte entre la población, o el auge del deporte de competición, ya sea en su práctica como en su faceta de deporte espectáculo. Actualmente, resulta cada vez más difícil escapar a la influencia del deporte a nivel social y a la importancia que la actividad física marca a nivel individual.

En cuanto a los objetivos propios de una sociología del deporte, Lüschen y Weis indican los siguientes: "desarrollar teorías que deberán explicar la acción y el comportamiento observables en este campo, así como la estructura de esa institución, y permitir su predicción" (1979:11). Estos objetivos se deben encuadrar en los siguientes contextos:

1. El análisis que el deporte desempeña en la sociedad como sistema.
2. El análisis de las interacciones sociales entre varias personas con el deporte.

³ La Asociación Española de Investigación Social Aplicada al Deporte (AEISAD), desde entonces, celebra cada dos años un Congreso, teniendo lugar el último en su séptima edición en Gijón, durante los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2002 con las siguientes áreas: Deporte, Sociedad y postmodernidad; Gestión deportiva y postmodernidad; Educación Física y postmodernidad; y Ocio, turismo y postmodernidad.

⁴ Ver al respecto *Libro Blanco. I+D en el deporte*. En el prólogo de este libro se dice: "El ámbito de la actividad física y el deporte, además del fenómeno sociológico que representa, tanto por la importancia alcanzada por el deporte de alta competición como por la relevancia que la práctica masiva de muchos millones de españoles adquiere en términos de ocio y salud, constituye un campo abonado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico (I+D) que, sin embargo, no ha recibido una especial atención en nuestro país" (1998:5).

3. La posibilidad de ejemplificar la teoría y los diferentes métodos sociológicos; permitiendo con ello la obtención de nuevos conocimientos acerca del deporte y de la sociedad en la que se desarrolla.
4. El desarrollo de nuevos conocimientos gracias al deporte, como, por ejemplo, en el caso de la teoría y el estudio del comportamiento colectivo, del conflicto social, de la organización formal y de la socialización.
5. Como contribuir a la práctica social del deporte, tanto en lo que se refiere al deporte mismo, como a su práctica en sociedad y en aquellas instituciones encargadas de ocuparse del deporte o de tomar decisiones sociopolíticas que afecten al deporte.
6. Aportar propuestas sobre el proceso de planificación y la política deportiva.

Existen no obstante diferentes manifestaciones del deporte que conviene señalar (Lüschen y Weis, 1979):

1. Deporte organizado formalmente en el seno de clubes y federaciones.
2. Deporte practicado en grupos espontáneos, como en el caso de los juegos infantiles o el deporte que es practicado por un grupo de amigos en su tiempo libre.
3. Deporte 'institucional' es aquel que se practica en el seno de una organización o institución, y que por tanto, recibirá las influencias de las mismas y de su estructura normativa. En este lugar puede encuadrarse el deporte practicado en el marco de la educación y enseñanza (deporte escolar), en el contexto militar, en el de la economía (deporte de empresas), en el seno de organizaciones juveniles, o dentro del régimen penitenciario, etc.
4. Deporte 'comunicativo', que forma parte del esparcimiento diario, de los medios de información o como espectáculo.

Los temas objeto de estudio de la sociología del deporte, depende del momento histórico que consideremos. Centrándonos en el periodo de transición política española se observa una estrecha relación entre los temas tratados y la realidad social de donde surgen; de este modo, se estudian temas como los equipamientos deportivos, la oferta institucional y la participación en el deporte. Sin embargo en la actualidad existe una mayor diversificación en los trabajos de investigación, agrupándolos Puig (1996) en tres grandes áreas: evolución y significado del deporte, organización del deporte y actitudes sociales frente al deporte.

I. 2. DEPORTE: DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Antes de cuestionarnos qué es deporte, conviene distinguir el deporte moderno del antiguo, y para ello siguiendo a Allen Guttman, recogido por García Ferrando en 1990, vamos a exponer siete características del primero que lo diferencian del segundo:

- *Secularización.* En la sociedad actual, el deporte se encuentra totalmente integrado en la sociedad secular, desvinculándose de la religión.

- *Igualdad y democratización.* Cada persona debe tener al menos una oportunidad para competir, y las condiciones de la competición deben ser las mismas para todos los competidores.
- *Especialización.* En el sentido de que el deporte moderno cada vez más se encuentra dominado por el 'especialista'.
- *Racionalización.* Se refiere a la tendencia de la utilización de métodos para mejorar el rendimiento del deportista.
- *Burocratización.* Para atender a las distintas formas expresivas del deporte surgen nuevas y complejas estructuras deportivas. Por una parte, los grandes acontecimientos deportivos requieren complejas organizaciones (FIFA, UEFA, COI); por otra, y para atender la creciente demanda deportiva del practicante surgen nuevas formas (patronatos, fundaciones, etc...); los clubes y federaciones se profesionalizan, etc.
- *Cuantificación.* El deporte moderno se caracteriza por querer transformar cada acción deportiva en una medida cuantificada.
- *La búsqueda del récord.* La combinación de la tendencia a la cuantificación y el deseo de ganar, de alcanzar la excelencia, de ser el mejor, conduce al concepto de récord.

A estas características del deporte moderno se pueden añadir las indicadas por Acuña (1994):

- ▶ El esquema piramidal de funcionamiento. El sistema deportivo -competición- posee una jerarquía vertical de funcionamiento, tanto a nivel personal como institucional. Por ejemplo en las federaciones deportivas existe un gradiente de poder de acuerdo con el ámbito territorial de competencia -de provincial a internacional-. En cuanto a los deportistas, existe una gran base en el sistema deportivo constituida por la gran masa de practicantes, y una pequeña cima en donde sólo tienen cabida los que hayan conseguido mayores logros.
- ▶ La jerarquía paralela. La jerarquía interna que se da en el sistema, fruto de la competición y del mérito propio, funciona en paralelo con la jerarquía social de la vida cotidiana, lo que lleva a que un buen número de personas escojan la vida deportiva como carrera para subir de estatus social.
- ▶ Las contradicciones. Así, el deporte de competición basado en el rendimiento presenta caracteres muy diferentes al deporte de ocio, basado en el placer.
- ▶ El desligamiento de la naturaleza. El desligamiento paulatino de muchas modalidades deportivas de su contexto natural, del entorno paisajístico que lo rodea, creando un microcosmos que lo aísla del exterior (pabellones, estadios) y sustituyendo los elementos naturales por otros artificiales (nylon, plástico...). Quizás el objetivo es crear un ambiente más controlado y conocido, utilizando materiales más eficaces que favorecen el rendimiento. Por otra parte, también existe una tendencia de vuelta a la naturaleza para practicar actividades físico-deportivas.
- ▶ Instrumento ideológico del poder. El deporte constituye en la actualidad un medio de expresión y comunicación aprovechado por quienes ostentan el poder.

El deporte es uno de los fenómenos más destacados de las actuales sociedades de masas, que se presenta como un concepto simple y fácilmente comprensible, si bien oculta una gran complejidad social y cultural: "su aparente simplicidad surge del hecho de que el lenguaje y el simbolismo deportivos, basados en el cuerpo humano en movimiento a la búsqueda de resultados destacables, son asequibles a todas las personas con independencia de su nivel social y cultural, lo que justifica su universalidad" (García Ferrando, 1990:27). Y es que cada vez es más importante la función del deporte en la sociedad actual. Ahora bien, de acuerdo con J.M. Brohm (1976) la primera dificultad que se presenta en el estudio sociológico del fenómeno deportivo se refiere a la delimitación misma del tema de estudio. ¿Qué es verdaderamente el deporte?

Según la Real Academia de la Lengua Española (1992), deporte se deriva de deportar: recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre. Por su parte deportar (e) significa divertirse, recrearse. Por tanto, el término de deporte se presenta en la actualidad como algo ambiguo, refiriéndose en un continuum que va desde la actividad de tiempo libre realizada para divertirse, hasta la actividad considerada como profesión del deportista de alto rendimiento, que se caracteriza por poseer una estricta reglamentación, competición y un sistema de preparación muy estructurado y rígido (Matveev, 1983).

Para García Ferrando (1990), "el juego entendido como hace A. Guttman, como 'cualquier actividad física e intelectual no utilitaria que se realiza por el simple gusto de hacerla' es una definición que engloba muchas actividades humanas y a la cual sin embargo no se ajusta exactamente el 'deporte-ejercicio físico' realizado con fines utilitarios o crematísticos" (1990:32). Pero, como nos recuerda este autor, la lengua inglesa distingue (caso que no es el del francés, alemán o español), entre jugar (play) y juegos (games), entre el juego espontáneo y el juego organizado ('to play game' sería en español una redundancia). Además, puntualiza que "las formas más profesionalizadas y elitistas del deporte moderno tienen poco de juego, en el sentido de actividad no utilitaria, ya que las fuertes cantidades de dinero que mueve dicha forma de deporte hacen de él cualquier cosa menos que sea no utilitario" (1990:34).

Sin duda, cada vez es más difícil definir el término deporte como concepto, porque es algo que cambia sin cesar ampliando continuamente su significado. Así pues, estamos de acuerdo con Gillet (1971) cuando afirma que no se ha podido llegar a un acuerdo y ninguna de las definiciones propuestas ha sido aprobada por todos. En el mismo sentido, Hernández Moreno expresa como: "definir qué es deporte y cuáles son los rasgos que hagan posible su caracterización estructural, es una tarea que ha sido emprendida por diversos autores y desde diversas perspectivas y áreas de conocimiento. Pese a lo cual no parece existir aún un acuerdo a la hora de delimitar cuales son estos rasgos caracterizadores" (1998:13).

También Cagigal anotaba la imposibilidad de ofrecer tan sólo un concepto de deporte: "todavía nadie ha podido definir con general aceptación en qué consiste el deporte: ni como realidad antropocultural, ni como realidad social. Y cada vez va a ser más difícil definirlo. Es un término que, aparte de cambiar, ha ampliado y sigue ampliando su significado, tanto al referirse a actitud y actividad humana como, sobre

todo, al englobar una realidad social, o conjunto de realidades o instituciones sociales" (1994:900). García Ferrando alude a este hecho debido a que "su carácter cambiante impide coincidir en una definición que sirva para acotar algo tan diverso" (1998:55).

La dificultad fundamental que se presenta en el estudio del fenómeno deportivo estriba en la propia delimitación del objeto de estudio, siendo partícipe la mayor parte de los autores de ofrecer una definición amplia. Los rasgos que nos permiten acercarnos al término deporte se sitúan en los siguientes aspectos (Cagigal, 1959; Gillet, 1971; Brohm, 1976; Lüschen y Weis, 1979; Acuña, 1994; Hernández Moreno, 1998):

- Situación motriz. Realización de una actividad en la que la acción o movimiento, no sólo mecánica, sino también comportamental, debe necesariamente estar presente y constituir parte insustituible de la tarea.
- Juego. Participación voluntaria, libre y con propósitos de recreación y con finalidad en sí misma.
- Competición. Deseo de superación de progreso, de rendimiento elevado, de vencerse a sí mismo en cuanto conseguir una meta superior con relación al tiempo, la distancia... o vencer al adversario.
- Reglas. Definición de las características de la actividad y de su desarrollo.
- Institucionalización. Reconocimiento y control por parte de una instancia o institución que rige su desarrollo y fija los reglamentos de juego (normalmente es la federación).

Como conclusión podemos indicar que "si se ha de dar una definición del deporte, habrá que hacerlo de forma amplia y flexible, destacando sus elementos esenciales, y tratando de que sea inclusiva en lugar de exclusiva" (García Ferrando, 1990:31). Para este autor, tres son los elementos esenciales de todo deporte que se encuentran presentes de forma variable en las diferentes formas deportivas: a) actividad física e intelectual humana; b) de naturaleza competitiva; c) gobernada por reglas institucionalizadas. Mediante ejemplos clarificadores al respecto, afirma que esta definición permite deslindar con relativa facilidad cuando una misma actividad es deportiva y cuando no lo es⁵.

⁵ García Ferrando (1990) expone algunos ejemplos: nadar puede ser un ejercicio físico realizado por recreo y placer; sin embargo si se realiza buscando un buen resultado en competencia con otros en el marco de un campeonato oficial, se convierte en actividad deportiva. O el caso de la navegación a vela o de la carrera a pie (jogging), que se pueden practicar por motivos puramente higiénicos y recreativos, o por el contrario practicarse como deportes cuando se participa en una regata o en un maratón. Citando a Snyder y Spreitzer (1983) y Mandell (1986) otros ejemplos son: "la pelea de gallos o las carreras de galgos son actividades competitivas gobernadas por reglas, pero no son deportes en tanto que no contienen actividad física humana. Por el contrario, las carreras de caballos o las competiciones de motocicletas y automóviles sí son deportes porque los jinetes y los conductores, respectivamente, ponen todo su esfuerzo físico y mental en lograr la victoria en competiciones gobernadas por reglas institucionalizadas" (1990:31-32).

La definición dada por el Comité para el Desarrollo del Deporte del Consejo de Europa (CDDS) implica una visión amplia y globalizadora del término deporte: "todo tipo de actividades que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles"⁶. Respecto a esta definición, compartimos con García Ferrando, la voluntad del legislador y del político de ampliar el significado restringido del deporte que hasta fechas recientes ha tenido, para "englobar bajo este término a toda la multiplicidad de actividades físicas y de recreo que junto con las actividades de competición, conforman el complejo, denso y profundo sistema deportivo contemporáneo" (1998:56).

Este carácter amplio del término deporte, también a nivel empírico se pone de manifiesto en la encuesta sobre Hábitos Deportivos de la Población Española de 1995. Con el propósito de conocer la opinión de los españoles acerca del carácter amplio o restringido del deporte, se incluyó una pregunta en esta encuesta. En cuanto a los resultados obtenidos, la mayor parte de los entrevistados se adhiere a un carácter amplio del deporte, en concreto el 76%, es decir tres de cada cuatro individuos, con independencia de que hagan o no deporte, considera que todas las actividades físicas son deporte; un 11% todavía se aferra a la definición de deporte competición, considerando que sólo cabe incluir las prácticas y actividades tradicionales de corte federativo; y por último, otro 11% reconoce no tener una opinión clara al respecto, no adhiriéndose ni al carácter amplio ni restringido del deporte.

En la encuesta del año 2000 al volver a formular esta pregunta, las respuestas mayoritarias han reforzado la concepción abierta del deporte que tienen los españoles con un 79%, lo que representa tres unidades porcentuales más que en 1995.

Ahora bien, esta apertura en la definición del deporte implica la cercanía con otros términos, que conviene conceptualizar porque los utilizaremos a lo largo del texto. Estos son: actividad física, ejercicio físico y actividades médico-deportivas.

Actividad física es cualquier movimiento del cuerpo producido por el músculo esquelético y que tiene como resultado un gasto energético (Blair y cols. 1992). Además, debe de considerarse que toda actividad física supone una experiencia o vivencia personal lo cual explica, en gran medida, la razón por la cual las personas eligen prácticas físicas diferenciadas. Al mismo tiempo supone una práctica socio-cultural de una importancia cada vez mayor, y para ello simplemente basta con fijarse en el fenómeno del fútbol en nuestro país.

⁶ CONSEJO SUPERIOR DE DEPORTES - CONSEJO DE EUROPA. Carta Europea del Deporte, sin fecha de publicación, pp.6, ss. Esta carta surgió con motivo de la Séptima Conferencia de Ministros responsables del Deporte, celebrada en Rodas en mayo de 1992. Recordemos que esta Carta sustituye a la Carta Europea del Deporte para todos del año 1975.

Este movimiento, experiencia personal o práctica sociocultural puede tener varias vertientes diferentes o finalidades:

- Utilitaria: actividades laborales y tareas domésticas.
- De tiempo libre (lúdica, recreativa): ejercicio físico, juego, deporte, entrenamiento (que puede llegar a ser entendido como trabajo profesional) y danza (Shephard, 1994).
- Educación Física (educativa).

Ejercicio físico es cualquier movimiento del cuerpo estructurado y repetitivo que tiene por objeto una mejora o mantenimiento de la condición física (Blair y cols. 1992) o también de las capacidades y habilidades motrices (aprendizaje motor). El ejercicio físico siempre presenta las características de intencionalidad y sistematización.

En este texto también nos vamos a referir a actividades médico-deportivas, y son aquellas que se desarrollan en el marco de los programas que se llevan a cabo en el Patronato Municipal de Deportes de Granada e implican ejercicios físicos que tienen por objeto mejorar la salud en general y determinadas patologías en particular.

Caspersen y cols. (1985), citados por García Ferrando (1990), distinguen entre *actividad física*, que puede tener una base recreativa u ocupacional, *ejercicio*, considerándose como una actividad física emprendida de forma voluntaria, y *forma física* (physical fitness), como un indicador de actividad física influyendo en la misma factores constitucionales además del ejercicio practicado. También García Ferrando (1990) recoge las aportaciones de Shepard (1989) al respecto, el cual distingue: *ejercicio en deporte*, como competición interpersonal y no siempre incrementa la forma física, *ejercicio en sentido estricto*, con el propósito de mejorar la forma física, la fuerza y la resistencia (y que suele ser considerado por la población sedentaria como demasiado exigente en esfuerzo), *la recreación activa*, la cual comporta una satisfacción social y generalizada, y *pasatiempos activos* tales como la jardinería.

Más que por su naturaleza o sus reglas, es por la intensidad del esfuerzo físico dispensado que se podrá apreciar si un ejercicio físico debe ser considerado como un deporte: "un mismo ejercicio puede tan pronto poseer como perder la intensidad necesaria, y otro, excluido hasta ahora de los deportes, puede adquirir sus caracteres. Es fácil comprender la diferencia que existe entre un paseo en canoa de un aficionado dominguero y un match Oxford-Cambridge; entre una partida familiar de tenis en un jardín público y un encuentro de la Copa Davis; entre el fin de semana mundano en una estación de deporte de invierno y el descenso de Kandahar" (Gillet, 1971:13).

I.3. EL DEPORTE EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

Partimos de una concepción amplia del deporte, que sólo puede comprenderse en toda su complejidad y profundidad enmarcando su análisis en el contexto social y cultural en el que se desarrolla (Durán, 1997). Hoy en día el fenómeno deportivo constituye "un campo privilegiado de conocimiento sobre nuestras sociedades" (1997:36). El autor analiza las aportaciones de Klaus Heinemann en este campo indicando como las profundas transformaciones sociales se reflejan en el área del deporte, pasando de ser un sistema cerrado a otro abierto, y asistiendo a una diversificación cada vez mayor de modelos deportivos.

Hasta hace muy poco, en el sistema de prácticas físico-deportivas prevalecía un modelo básico, el deportivo-competitivo-reglado, cuyos rasgos más característicos eran la competición, el rendimiento, el resultado y la obtención de logros. Para ello se requería una preparación continuada y disciplinada. Frente a este modelo de carácter cerrado, autónomo y homogéneo, el sistema de prácticas deportivas en nuestra sociedad actual se desarrolla hacia un modelo abierto, diversificado y complejo, con múltiples alternativas y en constante evolución, respondiendo a una nueva demanda mucho más amplia y heterogénea basada fundamentalmente en la idea de realización personal. De ahí la eclosión de toda una serie de modelos deportivos a los que estamos asistiendo (salud, ocio, recreación, relación social, culto al cuerpo, aventura...).

Frente a un modelo tradicional con un marcado carácter selectivo y jerárquico, encontramos un nuevo modelo que se caracteriza por su sentido integrador y democrático, y que permite un acceso masivo e indiferenciado de practicantes, muchos de ellos alejados históricamente de estas prácticas: adultos y tercera edad, mujeres, personas discapacitadas...; y la meta de estos nuevos grupos que se acercan al deporte ya no se dirige sólo y exclusivamente a mejorar el rendimiento, apareciendo así otras muchas motivaciones: salud, afición y diversión, relajación... (Heinemann, 1991). Estos nuevos grupos y sectores poblacionales van a demandar toda una amplia gama de prácticas que se puedan cubrir a sus diferentes necesidades, lo que está obligando a una adaptación de la oferta deportiva por parte de los agentes sociales implicados (Durán, 1997).

Además, en nuestro país algunos sectores de la población han visto deteriorada su calidad de vida en los últimos años como consecuencia de la expansión de hábitos nocivos para la salud, derivados del nuevo orden socio-económico (Marcos Becerro, 1989; Mendoza y cols, 1994). Entre estos hábitos se encuentran el empeoramiento de la alimentación, la disminución del grado de actividad física desarrollado por las personas en el trabajo, el aumento del estrés.

El sedentarismo se contrarresta con demandas concretas de actividades deportivas. En este punto hay que destacar la labor de los ayuntamientos, que comienzan a crear estructuras organizativas (a través de Servicios Deportivos, Fundaciones, Patronatos Municipales de Deportes...), para impulsar el deporte municipal, en definitiva el deporte

más cercano al ciudadano. Así, en la última Encuesta sobre Hábitos deportivos de los españoles del año 2000, más de la mitad de los entrevistados, el 56% se dirigiría a su Ayuntamiento para realizar cualquier gestión relacionada con el ámbito del deporte popular o de la educación física (García Ferrando, 2001). En palabras de Fernando de Andrés y Carlos Delgado (1995:35), los ayuntamientos adquieren un gran protagonismo en la década de los ochenta convirtiéndose en "células básicas del desarrollo deportivo", y materializándose este impulso en la construcción de nuevos equipamientos, amplia oferta de actividades y servicios, etc⁷. Esta oferta más amplia se materializa por medio de estos organismos e implica la incorporación de capas más amplias de la población, como son los mayores o las mujeres. Así pues, "el sistema de prácticas deportivas en nuestras sociedades avanzadas se desarrolla hacia un sistema abierto, diversificado y complejo, de múltiples alternativas y en constante evolución, ... De ahí la eclosión de toda una serie de modelos deportivos a los que estamos asistiendo (salud, ocio, recreación, relación social, culto al cuerpo, aventura...). Frente al carácter selectivo y jerárquico del modelo anterior, éste se caracteriza por su sentido integrador y democrático, permitiendo un acceso masivo e indiferenciado de practicantes, muchos de ellos alejados de estas prácticas: adultos y tercera edad; mujeres..." (Durán, 1997:1).

1.4. EL DEPORTE EN ESPAÑA

Según las encuestas realizadas por Manuel García Ferrando, el deporte en sus diversas modalidades (activa, pasiva) se encuentra entre las diez primeras actividades más realizadas por los españoles (cuadro 1).

CUADRO 1. ACTIVIDADES MÁS PRACTICADAS POR LOS ESPAÑOLES

2000	1990
Estar con la familia (76)	Estar con la familia (67)
Ver la televisión (69)	Ver la televisión (57)
Estar con amigos/as (56)	Estar con amigos/as (43)

>>

⁷Sobre las transformaciones de que ha sido objeto el deporte en relación con la sociedad actual Heinemann (1991), ofrece unas aportaciones muy interesantes, centrandó su atención en cómo el deporte ha pasado de ser un sistema cerrado a convertirse en un sistema abierto y heterogéneo hoy en día. En el mismo sentido Durán (1997) matiza esta idea planteada por Heinemann: " hasta hace muy poco en el sistema de prácticas físico - deportivas prevalecía un modelo básico el deportivo- competitivo-reglado, cuyos rasgos más característicos eran la competición, el rendimiento, el resultado, la obtención de logros..."

2000	1990
Leer libros y revistas (44)	Leer libros y revistas (36)
Escuchar música (44)	Oír la radio (31)
Oír la radio (37)	Hacer deporte (27)
Ir al cine (33)	Escuchar música (26)
Hacer deporte (31)	Ver deporte (22)
Salir al campo (30)	Salir al campo (21)
Ver deporte (29)	Ir al cine (21)

Fuente: García Ferrando, M. (2001).

Si comparamos los resultados de las encuestas del año 2000 con los del año 1990 (García Ferrando, 2001), se observa la creciente importancia como actividad de ocio del deporte en su doble dimensión de práctica activa personal y de espectáculo deportivo. Ahora bien, las prácticas de recreación en espacios naturales, salir al campo, e ir de excursión, es la actividad que registra un mayor incremento: el 30% en el 2000 frente a sólo el 21% en 1990. Esto se explica por la acentuación del carácter urbano en la última década de la sociedad española, "lo que favorece que se desarrolle como actividad compensatoria de tiempo libre la vuelta, aunque sea por unas pocas horas semanales, a los espacios abiertos naturales" (2001:40).

En nuestro país, las dos primeras encuestas sobre participación en el deporte datan de 1968 y 1974 del Instituto Nacional de Estadística; más tarde, las de 1982, 1985, 1990, 1995 y 2000 han sido dirigidas por el profesor García Ferrando. Ello posibilita la extracción de datos comparativos muy interesantes sobre la evolución del deporte en España, y nos va a permitir conocer mejor los comportamientos deportivos de la población, sus actitudes y valores sobre el deporte en general, y todo ello en el marco del intenso proceso de cambio social producido en la sociedad española con la llegada de la democracia, - con los Ayuntamientos como principales impulsores del desarrollo deportivo -, y con su incorporación a la Unión Europea.

Se presenta en la tabla 1 la evolución de la práctica deportiva de los españoles. El porcentaje de los que practican un deporte en el 2000 ha descendido ligeramente en referencia a 1995, manteniéndose la cifra de los que practican varios deportes y aumentando ligeramente la de los que no practican ningún deporte. En este último caso, España todavía, y a pesar del progreso y avance en la difusión de la práctica deportiva, no alcanza los niveles de países con mayor tradición deportiva como son los escandinavos y centroeuropeos, cuyos niveles de práctica deportiva superan todos ellos el 40% (García Ferrando, 2001).

**TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DE LOS ESPAÑOLES
(En %). 2000-1975**

PARTICIPACIÓN DEPORTIVA	2000	1995	1990	1985	1980	1975
Practica un deporte	22	23	18	17	16	15
Practica varios deportes	16	16	17	17	9	7
No practica ningún deporte	62	61	65	66	75	78
	(5.160)	(4.271)	(4.625)	(2.008)	(4.493)	(2.000)

Fuente: *García Ferrando, M. (2001).*

En el contexto de las competencias profesionales propias del ámbito de la actividad física y del deporte, no podemos pasar por alto el análisis más gusta del deporte", las respuestas obtenidas de los aspectos más atractivos del deporte para los españoles. Así, en la pregunta "lo que en el estudio de 1995 fueron las siguientes:

1. Permite adquirir una buena forma física (62%).
2. El ambiente de diversión y entretenimiento (25%).
3. Permite estar con amigos (24%).
4. Sirve para relajarse (22%).
5. Es una forma de educación (11%).
6. El espectáculo que ofrece (8%).
7. Permite experimentar con la naturaleza (7%).
8. La competición (3%).
9. Nada (3%).

Si comparamos las encuestas de 1990 y del 2000 en cuanto a las motivaciones específicas de la práctica deportiva, los resultados que se indican son: por hacer ejercicio físico (58% en 1990 y en el 2000); por diversión y pasar el tiempo (46% en 1990, 44% en el 2000); porque le gusta el deporte (40%, y 34% respectivamente); por encontrarse con amigos (28% y 24%); por mantener y/o mejorar la salud (26%, y 27%); por mantener la línea (15%, y 13%); por evasión, escaparse de lo habitual (8% y 8%); porque le gusta competir (4%, y 4%). Como puede observarse las diferencias no son notorias.

Respecto a los deportes más practicados por los españoles, estos son la natación en sentido amplio (39%), el fútbol (36%), el ciclismo, tanto de competición como sobre todo recreativo, pasando del 15% de practicantes en 1990 al 22% en el año 2000. Conviene destacar también el caso del montañismo/senderismo, que ha pasado de un 4% en 1990 a un 13% en el año 2000, y finalmente hay que resaltar también el ascenso del aeróbic, rítmica y danza, que han pasado de representar el 5% en 1990 al 12% en 2000 (García Ferrando, 2001).

En cuanto a la forma de hacer deporte los españoles, podemos ver en la tabla 2 la evolución de la misma a través de las encuestas dirigidas por el profesor García Ferrando.

De este modo, observamos el número de practicantes que hacen deporte "por su cuenta", esto es, por iniciativa propia y con medios personales fuera de toda regulación asociativa, incrementándose ligeramente la proporción de los que hacen deporte en un marco asociativo, crecimiento que se ha logrado quizás debido a haber disminuido su presencia el deporte escolar.

TABLA 2. FORMA DE HACER DEPORTE DE LOS PRACTICANTES, 2000-1985

CÓMO HACE DEPORTE	2000	1995	1990	1985
Por su cuenta	66	69	63	68
Como actividad centro enseñanza	7	7	10	9
Como actividad de club, asociación	25	22	21	17
Otra	2	2	1	2
		(1666)	(1580)	(680)

Fuente: *García Ferrando, M. (1997), García Ferrando, M. (2001).*

Comparando la práctica deportiva según la edad y el género de los entrevistados, se pone de relieve en la última encuesta de García Ferrando, por una parte que se reducen de forma significativa las diferencias según la edad, y por otra que se mantienen las fuertes diferencias en la práctica deportiva realizada por hombres y mujeres.

La reducción de las diferencias por la edad se debe a un doble motivo: el estancamiento de la práctica deportiva entre los jóvenes y el claro incremento entre la población mayor. García Ferrando expresa acertadamente este proceso: "con el panorama demográfico que se ha consolidado a finales del siglo XX, esto es, población estacionaria con mucha gente mayor, un número cada vez menor de jóvenes y niños, y buena parte de todos ellos viviendo en núcleos urbanos y, por tanto, con una tendencia a llevar una vida sedentaria, se puede anticipar una disminución de la presencia del deporte federado de competición -que es practicado principalmente por los jóvenes-, un aumento de las ejercitaciones físico-deportivas con un fuerte componente de salud y recreación, y un aumento también de las actividades físicas y deportivas en la naturaleza" (2001:31).

Los resultados cuantitativos ofrecidos por las encuestas que estamos exponiendo son los siguientes: en el año 2000 hay que destacar la elevada tasa de práctica de los que son más jóvenes, el 70% entre los comprendidos entre 15 y 17 años, y con un fuerte descenso hasta un 52% entre los que tienen 18 y 24 años. Por otra parte, y respecto a la encuesta del año 1990, se observa un fuerte incremento de la práctica de los mayores, sólo el 9% en los comienzos de la década frente al 22% al finalizar la década en el año 2000.

En cuanto al estudio de la variable género en el deporte, podemos corroborar que en los últimos años se ha producido un acercamiento muy importante de las mujeres españolas a la práctica físico-deportiva de tiempo libre. Y esta incorporación y partici-

pación de la población femenina en el deporte ha sido objeto de diferentes estudios y seminarios, tratando de construir un marco teórico en el que se tengan en cuenta las características específicas de socialización de la mujer (Puig, 1997). Estos trabajos se han llevado a cabo tanto en el ámbito internacional (especialmente en el Consejo de Europa), como en el nacional: Vázquez (1992), Durán (1987), Pajarón (1987), Buñuel (1992), García Bonafé (1992), Puig (1986), García Montes (1997).

Podemos afirmar que la actividad físico-deportiva, permite a la mujer en diferentes grupos de edad mantener un buen estado de salud, tanto física como psíquica, como así lo han corroborado diversos estudios científicos. Ahora bien, la proporción de mujeres que muestra mucho o bastante interés por el deporte (53%) es menor que los varones (73%).

Sin embargo, la práctica deportiva de los dos géneros se mantiene a gran distancia durante esta última década, como constata el autor de las encuestas: "en efecto, la diferencia en el nivel de práctica de hombres y mujeres que existía en 1990, 47% de practicantes entre los varones y sólo el 29% entre las mujeres, esto es, 18 unidades porcentuales entre unos y otras, se mantiene incluso ligeramente incrementada en 2000, ya que entre el 46% de practicantes varones y el 27% de practicantes mujeres existe una diferencia de 19 unidades porcentuales. Se podría avanzar la hipótesis en esta fase del análisis, de que la creciente presencia de las mujeres españolas en el sistema educativo medio y superior y su mayor incorporación al mundo laboral extradoméstico que ha tenido lugar a lo largo de la década de los 90, no ha favorecido precisamente hasta ahora la práctica deportiva femenina" (García Ferrando, 2001:57-58).

Hay que indicar, no obstante, que la participación de la población femenina en el deporte ha evolucionado de forma considerable en los últimos años; de esta forma, desde el 6,8% de mujeres que declaraba practicar algún deporte en 1968, el porcentaje ha ido creciendo progresivamente al 12,8% en 1974, el 17% en 1980, el 23% en 1985, el 26% en 1990, el 30% en 1995, y el 29% en el 2000 (García Ferrando 1990, 1996a).

Según la última encuesta llevada a cabo por el profesor García Ferrando, se consolidan dos formas culturales de practicar deporte, una que se encuentra más orientada a la competición y a la relación social, y otra que está más centrada en los valores estético-corporales. La primera forma se encuadraría en el sector masculino, y la segunda tendría más que ver con los hábitos desarrollados por un amplio segmento de población femenina. Y esta visión enlaza con la tesis de la profesora Puig (1997), por la que entender la sociedad como la coexistencia articulada de una cultura masculina y una femenina le parece la primera clave teórica para interpretar el modo como los hombres, primero y las mujeres, después, han hecho suyo el mundo del deporte en España.

En el debate en el que radica la cuestión nos podemos hacer una pregunta: ¿existen deportes masculinos y deportes femeninos?. Balagué (1989), observa como la distinción entre deportes masculinos, femeninos o neutros se basan en un razonamiento circular, dado que con frecuencia el criterio utilizado para definirlo se basa en las

personas que los practican. De este modo, por ejemplo, la pesca se suele clasificar como deporte masculino, porque la mayor parte de quienes la practican son hombres. Y, en consecuencia, las mujeres no se deciden a hacerlo porque "es un deporte masculino", con lo que el círculo se cierra.

Históricamente, como señala Vázquez, el deporte "ha sido configurado como un espacio de realización masculina del que la mujer ha sido excluida. Las causas han sido diversas: unas en relación con la posición de la mujer en la sociedad y el rol que ésta le asigna y otras relativas a la propia naturaleza de la actividad deportiva" (1991:4). La mujer va accediendo tímidamente a un mundo tradicionalmente reservado para el hombre, y lo deportivo va adquiriendo nuevas dimensiones en el mundo femenino; así García Bonafé, refiere como el deporte "fue un elemento más que contribuyó a que las mujeres se liberaran del 'corsé', de las restricciones sociales que, confinándolas en el estrecho ámbito doméstico, les limitaba el uso y disfrute del propio cuerpo" (1992:44).

Actualmente, se observan todavía diferencias notables en el comportamiento de hombres y mujeres respecto al deporte. No obstante, los estereotipos asociados al género van evolucionando, de tal manera que los comportamientos de hombres y mujeres respecto al deporte se acercan. Se da el caso de mujeres que 'abrazan con pasión' el deporte de alto nivel y hombres que rechazan esta forma tan dura de relación con el propio cuerpo y también con 'pasión' se dedican al yoga, las gimnasias suaves, la contemplación, etc. (Buñuel, 1992).

Para Benilde Vázquez (1992), los estereotipos en torno a la mujer han sido muchos en lo que al deporte se refiere, pero esta situación está cambiando⁸. Así en la investigación realizada por la autora, se aportan datos sobre la práctica deportiva de la población femenina muy interesantes, que "desmontan en buena parte algunos de estos prejuicios, lo que indicaría un proceso de igualación en la cultura deportiva por parte de hombres y mujeres" (1992:14).

José I. Ruiz Olabuénaga (1996) ofrece los siguientes resultados para dos grupos de edad: las mujeres entre 17 y 25 años practican el 56% gimnasia, el 42% footing, el 65% excursiones y un 66% natación. Sin embargo, las mujeres mayores de 60 años realizan las siguientes prácticas deportivas: 6% gimnasia, 2% footing, 19% excursiones y 7% natación.

M^a Angeles Durán (1987), en una investigación sociológica realizada sobre la práctica del ejercicio físico del ama de casa española, constata que en un colectivo tan numeroso (más de diez millones de personas), el deporte no es una práctica habitual.

8 Vázquez define los estereotipos como "configuraciones sociales más o menos persistentes que no responden a la realidad pero que condicionan a veces muy decisivamente el comportamiento" (1992:14).

Así, «87 de cada 100 amas de casa dicen que nunca hacen gimnasia o deporte, y sólo 11 de cada 100 practican gimnasia o deporte al menos una vez a la semana» (1987:94). Estos mismos resultados se confirman en el estudio llevado a cabo por Vázquez (1992), ya que el 78% de las amas de casa no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Si comparamos las encuestas del profesor García Ferrando de 1990 y la del 2000 en cuanto a las motivaciones específicas, los resultados son que para el 61% de las mujeres entrevistadas el deporte tiene un significado de actividad deportiva saludable y los motivos concretos que se indican son: por hacer ejercicio físico (53% en 1990, 61% en el 2000); por diversión y pasar el tiempo (35% en 1990, 36% en el 2000); porque le gusta el deporte (27% y 28%, respectivamente); por mantener y/o mejorar la salud (37% en ambos); por mantener la línea (23% y 20%). Mejorar la salud y la línea es para una gran mayoría de las mujeres españolas los motivos preferentes para practicar deporte.

Otro aspecto importante es el lugar dónde se lleva a cabo la práctica deportiva. Pues bien, según Vázquez (1993), algo más de la mitad de las mujeres suelen practicar deporte al aire libre (55%), el resto en lugares cerrados (26%), y en los dos (16%). Respecto a las instalaciones las más utilizadas por las mujeres son: públicas (34%), al aire libre (32%), privadas (24%), escolares (10%), la propia casa (9%), el club deportivo (4%) y otras (2%). Por último, en esta encuesta se obtiene que el 72% realiza dicha actividad cerca de casa, el 19% en otro lugar y el 4% cerca del trabajo.

Finalmente en el mismo estudio, se pone de manifiesto que el 78% de las mujeres hacen deporte acompañadas y tan sólo el 18% lo practican solas. Ahora bien, este porcentaje sube hasta un 24% en las mujeres en edades comprendidas entre 50 y 64 años. La mayor parte lo hacen con amigos/as (86%), y en el caso de las mujeres la práctica en pareja es mucho más habitual (24%) que en el caso de los hombres, quienes sólo lo hacen en un 5%.

POBLACIÓN ADULTA Y CALIDAD DE VIDA

López Doblas, J.; Latiesa Rodríguez, M.



II.1. EL PROGRESIVO ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Uno de los fenómenos con más trascendencia actualmente dentro de las sociedades occidentales lo constituye el envejecimiento de la población. Como tal, es el resultado final de una compleja evolución demográfica que ha venido produciéndose durante los dos últimos siglos y que ha consistido en un cambio sustancial en la pirámide de edades de las poblaciones. Es un proceso que se ha dado en llamar «*transición demográfica*» y que básicamente ha consistido en una disminución de las tasas tanto de natalidad como de mortalidad desde los elevados valores del pasado hasta los mínimos en que las conocemos hoy día. Vamos a exponer seguidamente la manera en que la misma ha ido desarrollándose en España, dado que se sitúa en la base de lo que representa el envejecimiento de la población.

La mortalidad del pasado se caracterizaba por sus valores muy elevados. La tasa bruta española solía sobrepasar el 30 por mil anual en el tercio final del siglo XIX, situándose muy por encima de la registrada en la gran mayoría de los países europeos occidentales (Arango, 1987). Dicha tasa se vio influida por las continuas crisis de subsistencias que no dejaron de azotar a la Península a lo largo de toda la centuria, especialmente en su último tercio (Rodríguez Osuna, 1985). A ello había que sumar el alza de la cifra de defunciones que solía producirse por culpa de las epidemias, sea por ejemplo la de cólera de 1885, así como de los conflictos armados que de cuando en cuando se desencadenaban. Con todo ello, la tasa bruta de mortalidad promediada en la España de 1900 superaba todavía el 28 por mil.

El mantenimiento de una mortalidad en tan elevadas cotas motivaba que también la natalidad registrase valores sumamente altos, a modo compensatorio. La tasa bruta se elevó por encima del 35 por mil en toda la segunda mitad del siglo XIX, y sólo en los albores del XX comenzó a descender algo. También en este caso nos encontramos con un valor superior al que se estaba registrando en aquel entonces en todas las naciones de Europa Occidental. Entre las razones que sostenían tan cuantiosa natalidad cabe destacar una sociedad profundamente rural, agraria y católica (Bielza, 1989). Fue así que la tasa bruta de mortalidad de 1900 conservaba aún el 34 por mil.

A consecuencia de los dos factores demográficos que acabamos de señalar, una mortalidad anclada en niveles desorbitados y una natalidad que permanecía asimismo estancada en tasas altísimas, la estructura de edades de la población española dibujaba allá por entonces una forma piramidal, con una base muy ensanchada y una cúspide por el contrario bastante reducida (López Doblas, 2003). En estas condiciones, el crecimiento natural se colocaba en las últimas posiciones del continente europeo, como se aprecia en la tabla 3. Un dato resulta claramente revelador: las generaciones perdían la quinta parte de sus efectivos antes de cumplir el año de edad, y solamente la mitad lograban sobrevivir hasta los treinta años. La vejez era así pues una etapa de la vida que muy poca gente llegaba a conocer.

TABLA 3. TASA DE CRECIMIENTO NATURAL EN DIVERSOS PAÍSES EUROPEOS EN EL AÑO 1900

	TCN		TCN		TCN
BULGARIA	19,7	HUNGRÍA	12,4	AUSTRIA	9,8
SERBIA	18,9	ESCOCIA	11,1	BÉLGICA	9,6
RUSIA	18,2	FINLANDIA	10,7	SUIZA	9,3
RUMANÍA	14,6	INGLATERRA	10,5	ITALIA	9,2
NORUEGA	13,9	PORTUGAL	10,2	ESPAÑA	4,9
HOLANDA	13,7	SUECIA	10,2	IRLANDA	3,1
ALEMANIA	13,5	DINAMARCA	9,9	FRANCIA	- 0,6

Fuente: Mitchell, B.R., *European Historical Statistics 1750-1970*, en Arango (1987).

Nada más entrar el siglo XX, sin embargo, la población española comienza a dar señales de cambio. Primero la mortalidad catastrófica y más tarde la ordinaria disminuyen. La mejora de las condiciones de vida de los habitantes, sobre todo en lo que respecta a la salud y la alimentación, influyeron de manera decisiva en este hecho (Nadal, 1988). Fue así que la tasa bruta fue situándose por debajo del 25 por mil desde principios del siglo XX, del 20 por mil desde los primeros años veinte y del 15 por mil nada más acabar la Guerra Civil; en apenas un tercio de siglo, en efecto, había logrado reducirse hasta la mitad.

También fue descendiendo la natalidad. La cifra de nacimientos producidos en España fue cayendo hasta menos de los 35 por cada mil habitantes al poco de comenzar el siglo XX, de los 30 desde principios de los años diez e incluso de los 25 poco antes de estallar la Guerra Civil. Decididamente, nuestro país se hallaba experimentando, al fin, su propio proceso de transición demográfica, recortando las tasas de natalidad y de mortalidad tal y como llevaban haciendo bastantes decenios antes buena parte de las naciones europeas occidentales.

El conflicto bélico, eso sí, vino a significar un importante paréntesis en esta impecable evolución habida cuenta de que provocó, aunque fuese de un modo coyuntural, un notable aumento de la mortalidad así como, mucho más todavía, una reducción de la natalidad.

Pero una vez superada la Guerra Civil, los dos factores demográficos que venimos refiriendo prosiguieron con su trayectoria descendente. La población española, dicho de otro modo, retomó más decididamente que nunca el camino hacia su modernización.

En la segunda mitad del siglo XX se han conocido las tasas tanto de mortalidad como de natalidad más reducidas de la historia de nuestro país, sobre todo en sus dos últimas décadas. En cuanto a la primera, cae por debajo del 10 por mil al poco de estrenarse los años cincuenta, para seguir disminuyendo acto seguido hasta marcar un valor mínimo por debajo del 8 por mil a principios de los ochenta¹. En lo que se refiere a la segunda, tras el paréntesis de recuperación que supuso el baby boom de los años sesenta, desciende primeramente a un ritmo moderado hasta aproximarse al 18 por mil hacia mediados de los años setenta, para precipitarse con fuerza a la baja en el cuarto final del siglo XX (se dan tasas inferiores al 10 por mil en el transcurso de los años noventa).

Dado que en la ejecución de este proceso la mortalidad ha ido reduciéndose más verticalmente que la natalidad (ésta última experimentaría incluso algunos momentos puntuales de recuperación como los sucedidos en los primeros años veinte así como, sobre todo, en los sesenta, mientras que la primera evolucionaría a la baja con más solidez), España ha podido disfrutar a lo largo de las décadas de un importantísimo crecimiento poblacional. Tanto es así que al cabo del siglo XX el número de habitantes censados en nuestro país se ha más que duplicado (tabla 4). Y eso descontando el ralentizamiento que está sufriendo el crecimiento demográfico durante los dos últimos decenios como consecuencia de los escasísimos valores que registra el índice sintético de fecundidad.

TABLA 4. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL SIGLO XX

	POBLACIÓN DE DERECHO	INCREMENTO INTERCENSAL	INCREMENTO RESPECTO A 1900
1900	18.830.649	-	-
1910	20.393.687	8,30	8,30
1920	21.959.086	7,68	16,61
1930	23.907.145	8,87	26,96
1940	26.251.188	9,80	39,41
1950	28.172.268	7,32	49,61
1960	31.071.747	10,29	65,01
1970	34.117.623	9,80	81,18
1981	37.682.355	10,45	100,11
1991	38.872.268	3,16	106,43
2000	40.499.791	4,19	115,08

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del INE.

¹ Hay que significar que desde entonces y hasta la actualidad la tasa bruta de mortalidad ha repuntado algo. Ello es debido no a que hayan empeorado las condiciones de mortalidad en España sino al mayor grado de envejecimiento que posee la población de nuestro país: al haber cada vez más ancianos, la cifra de fallecimientos tiende a elevarse consecuentemente.

La fase final de la transición demográfica, tras el incremento de población obtenido, ha puesto de manifiesto una tendencia cada vez más intensa hacia el envejecimiento de la estructura de edades. Ello es así por la relativa similitud que vienen mostrando las tasas de mortalidad y de natalidad en las últimas décadas. Es escaso el número de personas que fallece hoy por enfermedades que arrasaban en el pasado, casi tan escaso como el de los niños que vienen al mundo. De este panorama se deduce que la española es una población estacionaria, que evoluciona a una velocidad creciente hacia el envejecimiento. Cada vez es más corriente la presencia de ancianos en nuestra sociedad, y las previsiones demográficas no apuntan sino a la continuidad del auge de este grupo de población, al menos en lo que al corto plazo se refiere.

Los datos que están contenidos en la tabla 5 dan muestra de esta evolución. Bien es cierto que la tendencia hacia el envejecimiento demográfico se nota en España prácticamente desde los albores del siglo XX. En aquel entonces solamente un español de cada veinte contaba con más de 65 años de edad, siendo un colectivo que en términos absolutos no sumaba siquiera el millón de habitantes. Más adelante, a comienzos de la década de 1930 la cifra de ciudadanos con dichas edades se aproximaba al millón y medio, representando más del 6% del conjunto de la población española. Prosiguiendo con el transcurso del siglo, en el censo de 1950 las personas con 65 o más años de edad superaban los dos millones, alcanzando a ser el 7,23% de los españoles.

A pesar de todo, ha sido en la segunda mitad del siglo XX cuando el proceso de envejecimiento demográfico ha avanzado verdaderamente en España. En el censo de 1970 se llegaban a contabilizar ya cerca de los tres millones trescientos mil habitantes de 65 o más años de edad, o lo que es lo mismo el 9,67% del conjunto de la población. Tan sólo un decenio después, el crecimiento del fenómeno tanto en su concepción absoluta como relativa es más que importante: cuatro millones doscientas cincuenta mil personas mayores, es decir, el 11,24% de todos los ciudadanos de nuestro país. Llegado el censo de 1991, la cantidad de ancianos se elevaba hasta rozar los cinco millones y medio, mientras que en términos porcentuales significaban ya casi el 14% de la población española. A finales del siglo XX el número de habitantes con más de 65 años de edad, asciende a más de seis millones y medio, acercándose al 17%.

TABLA 5. EVOLUCIÓN EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS DURANTE EL SIGLO XX

CENSO	TOTAL HABITANTES (en miles)	MAYORES DE 65 AÑOS (en miles)	MAYORES DE 65 AÑOS (en %)
1900	18.618,1	967,8	5,20
1910	19.995,7	1.105,6	5,53
1920	21.389,9	1.216,6	5,69
1930	23.677,8	1.440,7	6,09
1940	25.878,0	1.690,4	6,53
1950	27.976,8	2.022,5	7,23
1960	30.528,5	2.505,3	8,21
1970	34.040,7	3.290,6	9,67
1981	37.683,3	4.236,7	11,24
1991	38.872,3	5.370,3	13,82
1998	39.852,7	6.503,8	16,32

Fuente: INE, varios años.

II.2. CALIDAD DE VIDA: ECONOMÍA Y SALUD

Esta visión evolutiva que hemos presentado sobre el proceso de envejecimiento demográfico durante el siglo XX, así como de las razones que lo han ido impulsando, nos permite realizar la siguiente afirmación: las personas mayores constituyen un grupo de población en continuo aumento; tanto que está creciendo hoy a una velocidad mucho mayor de la que se ha conocido en el pasado. Ahora bien, cabe cuestionarse en qué condiciones se está envejeciendo en nuestro país. Al preguntarnos por ello, estamos apuntando directamente a la calidad de vida. Dentro de un contexto vital como es la jubilación, donde el mercado de trabajo queda ya al margen, la economía y la salud son los dos grandes determinantes del bienestar de los mayores (López Doblas, 2000).

Ahora bien, el término calidad de vida (CV) no es fácil de definir ni de medir, ya que "para la mayoría de los investigadores incluye, en un sentido amplio, todos los aspectos de la vida humana y, por tanto, se acepta como de naturaleza multidimensional ya que abarca no sólo aspectos relacionados con enfermedades o tratamientos, sino también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes. Se podría decir que la CV supone cualquier cosa que uno pueda imaginar y que le pueda interesar. La igualdad, el amor, la libertad, las ideas políticas y religiosas, el mundo laboral, la autoestima, la seguridad ciudadana, los ingresos económicos, el hogar, la satisfac-

ción con los servicios públicos y los gobernantes, la contaminación atmosférica, el medio ambiente, etc., son cuestiones que tienen interés especial para los ciudadanos" (Ballina y otros, 1998:73).

La calidad de vida se basa en percepciones y expectativas individuales. Esto implica que este concepto "no es algo estático, sino dependiente del tiempo y que sufre cambios y refleja las experiencias de la vida. En el 'WHO/ILAR Taskforce Impaired Quality of Life', celebrado en León (Méjico), la CV ha sido definida como la percepción de los individuos sobre su propia posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, así como en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses" (Ballina y otros, 1998:73).

El alcance de una máxima calidad de vida a diversos niveles ha sido una constante en los últimos años entre los diferentes campos de investigación: filosofía, psicología, medicina, economía, y por supuesto la sociología. Concretamente en lo que se refiere al ámbito deportivo, en 1992 se celebró en Málaga un Congreso Mundial sobre Deporte y Calidad de Vida², en diferentes áreas del deporte: medicina, psicología, pedagogía, historia, arquitectura, sociología, etc...y de nuevo en el presente año, el V Congreso de la Asociación Española de Investigación Social aplicada al Deporte (A.E.I.S.A.D) tiene como lema "Deporte y Calidad de vida".

El interés por la evaluación de la calidad de vida en la edad adulta, y sobre todo su operacionalización empírica, ha motivado a algunos autores a buscar un instrumento para su medida. Fernández-Ballesteros y Zamarrón (INSERSO,1996) diseñan en este sentido el que denominan "Cuestionario Breve de Calidad de Vida", cuyo punto de partida es precisamente la multidimensionalidad que caracteriza a dicho concepto. Las áreas temáticas que recoge el cuestionario son las siguientes: salud, habilidades funcionales, integración social, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios. La influencia del estado de salud sobre la calidad de vida de las personas mayores ha sido un tema estudiado con detenimiento (INSERSO, 1990; INSERSO, 1995b). De hecho, la salud es el aspecto que más inquietud produce a las personas mayores (INSERSO, 1995a). Baste pensar que la pérdida de autonomía personal y la situación de dependencia respecto al desempeño de las tareas cotidianas o la accesibilidad al entorno físico, son ejemplos de las limitaciones que puede acarrear el deterioro de la salud, con la consiguiente merma que producen sobre la calidad de vida. Pues bien, la realización de actividades de tipo físico, junto con una adecuada dieta alimenticia son dos de los elementos de mayor importancia, tanto en la prevención como en la curación. Si éstos cuentan además con la pertinente supervisión médica, podrían favorecer el gran objetivo que

² Congreso Científico Olímpico (1992). Abstracts, Apuntes. N°208. Vol.1. Unisport, Málaga.

supone hoy la extensión del período de una vejez libre de discapacidades (Algado, 1997). De hecho, se ha demostrado científicamente que la actividad física, en unión con una dieta adecuada, es un método eficaz para retrasar la aparición de los problemas ligados al envejecimiento (Baietti y Tinti, 1990).

La Organización Mundial de la Salud ha dejado constancia de la necesidad para los mayores de ejercitar los músculos haciendo una actividad física moderada y regular con el objetivo de preservar al máximo sus capacidades funcionales. También, Ana Buñuel (1992), señala la importancia de la relación entre bienestar psico-social y la actividad físico-deportiva, tema además de gran actualidad para la reflexión sociológica.

Otra de las variables que condicionan la calidad de vida de las personas mayores es su posición económica, cuyo análisis pone de manifiesto la existencia en nuestro país de una gran disparidad entre unos mayores y otros (Pérez Ortiz, 1996). En términos generales, se da una estrecha relación entre los ingresos que se poseen, el tipo de trabajo que se desempeñó en la etapa activa y el nivel de instrucción. Ingresos, formación profesional y nivel educativo determinan, entre otros factores, la participación social de las personas mayores, así como la ocupación del tiempo libre y el disfrute del ocio

Las pensiones representan, indiscutiblemente, la principal fuente de ingresos de que disponen hoy día las personas mayores en España. Por eso, la posición económica de cada una de ellas viene determinada en gran medida por el tipo de pensión que reciben, así como por la suma de dinero que ésta llega a reportarles. Ambos factores definitorios de las pensiones, su clase y su cuantía, son el resultado final de la situación que cada cual haya ocupado en el mercado de trabajo a lo largo de su vida. En este esquema hay que tener en cuenta que un porcentaje muy elevado de las mujeres mayores, dadas las circunstancias históricas y generacionales que les ha tocado vivir, nunca han formado parte del mercado laboral, o si lo han hecho ha sido de modo precario y marginal. Al no haber cotizado nunca, o haberlo hecho muy modestamente, dichas mujeres han de conformarse en la vejez con las pensiones más escasas de la Seguridad Social, destacando su presencia entre las no contributivas y las de viudedad. Por eso el fuerte desequilibrio por género sigue definiendo hoy día la economía de la vejez (tabla 6).

**TABLA 6. IMPORTE MENSUAL DE LOS INGRESOS,
POR GÉNERO Y GRUPOS DE EDAD
(en porcentajes verticales)**

	TOTAL	VARON	MUJER	65-69	70-74	75-79	80 y +
Menos 25.000 ptas.	1,9	0,5	2,9	0,6	1,5	1,9	4,4
De 25 a 35000 ptas	5,4	2,3	7,7	4,1	3,4	4,9	10,5
De 35 a 45000 ptas	10,0	5,0	13,5	4,7	8,9	12,8	17,4
De 45 a 55000 ptas	29,0	24,9	31,8	23,8	28,6	31,7	35,5
De 55 a 65000 ptas	14,1	17,9	11,4	15,6	14,2	15,2	10,4
De 65 a 75000 ptas	6,4	8,0	5,3	6,2	8,5	6,8	4,0
De 75 a 85000 ptas	7,3	9,3	5,8	8,8	8,9	6,4	3,7
De 85 a 100000 ptas	8,7	9,6	8,1	14,1	9,3	4,7	2,7
Más de 100000 ptas	9,6	14,6	6,0	15,4	8,3	7,5	3,7
N.C.....	7,6	7,8	7,5	6,6	8,5	8,1	7,7

Fuente: INSERSO (1995a).

En lo que se refiere a la posibilidad alternativa de permanecer todavía insertos en el mercado de trabajo, hay que indicar que en la actualidad la tasa de actividad de los individuos de 65 o más años de edad es en España casi insignificante, tal como queda probado a través de los datos trimestrales que publica la EPA. En mucha mayor magnitud sucede lo contrario, o sea, personas que se jubilan a unas edades más tempranas: los motivos de salud o las estrategias empresariales son dos de las circunstancias más comunes que originan tal hecho, que viene siendo también bastante frecuente en Europa (Díaz Conde, 2002). Respecto a quienes aún no se han jubilado a los 65 años, se trata sobre todo de varones trabajadores por cuenta propia. Pero, en lo que ahora más nos interesa destacar, los ingresos procedentes del trabajo tienen un carácter -cada vez más- residual como fuente de renta, considerando el conjunto de la población mayor (Ayala, 1998).

Otras posibles fuentes de ingresos suelen adquirir para los individuos un carácter complementario a la pensión pública que periódicamente reciben. Nos referimos a la obtención de rentas procedentes del alquiler de inmuebles, del arrendamiento de tierras, de los intereses y/o dividendos de las inversiones financieras, etc. En este apartado, Bazo y Maiztegui (1999) consideran que el rendimiento del ahorro conseguido en el transcurso de la vida, sea en forma de activos financieros y/o de valores mobiliarios, constituye una importante vía de ingresos para muchos jubilados.

Un nuevo factor económico a considerar, dada la enorme trascendencia que llega a alcanzar, es la vivienda propia. Hay que significar que en un porcentaje muy elevado de casos las personas mayores tienen en propiedad la vivienda en la que residen, con la doble ventaja que ello le supone: de una parte porque, al estar pagada, no representa un gasto cotidiano -ya sea en forma de hipoteca o de alquiler-; de otra, porque constituye un

bien patrimonial muy apreciado como recurso para asegurarse llegado el momento una vejez digna, pensando en un posible estado de dependencia (Rodríguez, 1994).

Como resultado de todo lo que estamos exponiendo, durante las últimas décadas se ha ido produciendo una manifiesta mejora en la situación económica de las personas mayores. Por ejemplo, tan sólo una minoría de ellas se ven afectadas al jubilarse o cumplir los 65 años por restricciones especiales del gasto al que estaban habituadas. En concreto, según una encuesta publicada por el INSERSO (1995a), un 19,6% tuvo entonces que disminuir los gastos de alimentación y vestuario, así como un 11,2% se vio obligado a prescindir de algo que antes consideraba necesario. La mejora económica y de bienestar material de nuestros mayores es patente si contrastamos tales datos con los de una encuesta anterior publicada por el CIS (1990), tal y como se recoge en la tabla 7.

TABLA 7. MEDIDAS ADOPTADAS AL JUBILARSE O AL CUMPLIR 65 AÑOS

	CIS	INSERSO
Disminuir los gastos de alimentación y vestuario	31	19,6
Cambiar de domicilio porque el que tenía era muy caro	5	2,9
No pagar alguna letra o plazopendiente	4	1,5
Prescindir de algo verdaderamente necesario	25	11,2
Pedir dinero a familiares o amigos	13	4,2
Dejar de hacer algún viaje o ir de vacaciones	34	7,1

Fuente: CIS (1990) e INSERSO (1995a).

En correspondencia con esta serie de logros sociales, tanto la inseguridad económica como el riesgo de pobreza a que están expuestas las personas mayores se han reducido bastante en España durante las últimas décadas, en línea con lo que también ha sucedido en el resto de los países de la Unión Europea (Ayala y Renes, 1998). Como decimos, ello ha sido posible fundamentalmente gracias a la extensión de los sistemas de garantías de rentas, sobre todo de las pensiones -tanto de naturaleza contributiva como asistencial-, que ha motivado que la tasa de pobreza de los hogares cuyo sustentador principal es una persona mayor de 65 años se haya reducido de forma muy considerable.

Si bien el factor económico es importantísimo al considerar los aspectos relacionados con la calidad de vida de la población adulta, también es necesario referirnos en este apartado a otro factor como es la salud, que constituye el segundo gran pilar sobre el cual descansa el bienestar de las personas mayores.

La salud es, con gran diferencia sobre el siguiente, el aspecto que más preocupa a los mayores en nuestro tiempo. Los datos de otra encuesta realizada en España en los últimos años, esta vez por parte del CIRES, así lo pone de manifiesto: casi las tres cuartas partes de las personas entrevistadas por encima de los 65 años citan la salud como la principal preocupación que tienen en sus vidas cotidianas, porcentaje que desciende

hasta el 52% en el caso de los adultos y hasta el 37% en el de los jóvenes menores de 30 años. Centra el interés de las personas mayores en mucha menor medida asuntos como las relaciones familiares, al dinero o la vida afectiva, según queda recogido en la tabla 8.

TABLA 8. ASPECTO DE LA VIDA QUE MÁS LE PREOCUPA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	Jóvenes	Adultos	Mayores	TOTAL
Su vida afectiva	13.5	8.9	4.1	9.2
El dinero	20.8	13.7	4.1	13.8
Armonía relaciones familiares	28.7	25.1	18.4	24.8
Su salud	37.0	52.3	73.7	52.2

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta del CIRES (1995).

En línea con estos resultados, las personas mayores entienden que el mantener unas buenas condiciones de salud es el factor más influyente a la hora de determinar la calidad de vida: cuatro de cada cinco coinciden con esta afirmación. Dado el gran protagonismo que sigue acaparando la salud, las restantes opciones de respuesta son señaladas en porcentajes muchísimo menores. Se da, no obstante, la circunstancia de que le sucede en importancia relativa (12,1%), otro aspecto que tiene que ver con las condiciones físicas: la independencia funcional, esto es, la capacidad de la persona para poder valerse por sí misma. En cambio, la posición económica posee una relevancia minúscula, ya que sólo el 3,6% de los mayores señalan que disponer de una buena pensión o renta es el aspecto más decisivo de la calidad de vida. Las relaciones sociales y familiares, siendo importantes, también ocupan un lugar secundario respecto a la salud (tabla 9).

TABLA 9. ASPECTO QUE MÁS INFLUYE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

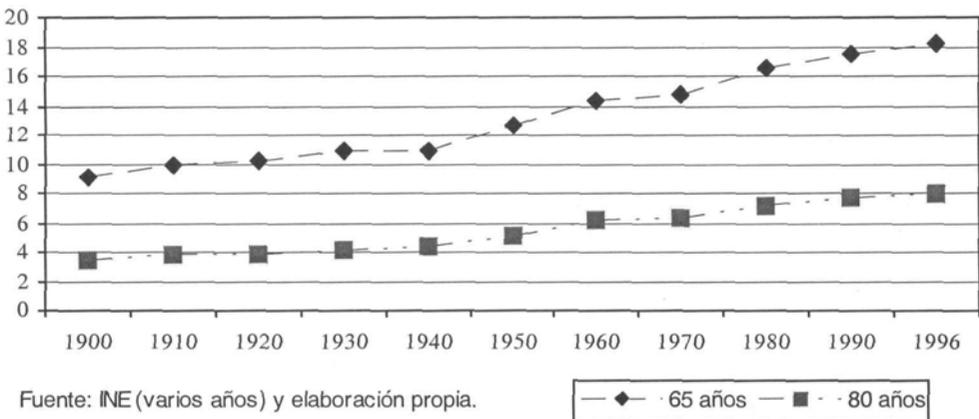
	Jóvenes	Adultos	Mayores	TOTAL
Tener buena salud	65,2	66,9	79,5	68,8
Poder valerse por sí mismo	16,3	16,0	12,1	15,4
Mantenerse activo	2,8	2,7	1,8	2,6
Buenos servicios sociales y sanitarios	4,4	2,9	0,4	2,8
Buenas relaciones familiares y sociales	4,1	3,1	2,2	3,2
Tener una buena pensión o renta	2,2	2,6	3,6	2,7
Otros aspectos	5,0	5,8	0,4	4,5
TOTAL	(319)	(655)	(224)	(1198)

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta del CIRES (1995).

Pues bien, aun con esta preocupación mayoritaria hacia la salud que declaran las personas de edad, tanto que llega a ser considerada como acabamos de ver el aspecto decisivo para establecer la calidad de vida en la vejez, no puede decirse desde un punto de vista real u objetivo que nuestros mayores padezcan serios problemas en este terreno. El mejor indicador para evaluar las condiciones de salud de cualquier población es la esperanza de vida que disfrutan sus habitantes a cualquier edad que sea considerada. Pues bien, desde hace algunas décadas, pero sobre todo en la actualidad, España se caracteriza por ser uno de los países del mundo en el que más tiempo siguen viviendo los individuos una vez que traspasan el umbral de la jubilación.

La etapa del retiro, en efecto, es cada vez más dilatada en el tiempo, aunque hemos de advertir que la misma resulta significativamente más alta entre las mujeres que entre los hombres. Si a principios del siglo XX la esperanza de vida a los 65 años apenas superaba en España los 9 años, en la actualidad su valor se ha duplicado llegando a sobrepasar con creces los 18. La misma tendencia ha seguido la esperanza de vida de las personas más ancianas, ya que al cumplir la edad de los 80 años los ciudadanos de nuestro país todavía pueden albergar unas expectativas de vida que están por encima de los 8 años; este valor jamás se ha conocido en la España del pasado, y baste decir que de principios del siglo XX era de unos reducidísimos 3,82 años (gráfico 1).

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS Y A LOS 80 AÑOS EN ESPAÑA DURANTE EL SIGLO XX



La importancia del entorno familiar sobre el bienestar físico y emocional de las personas mayores ha sido enfatizada en numerosos estudios (Iglesias de Ussel, 1994; Rodríguez, 1994; Bazo y Domínguez-Alcón, 1996). La abundancia de los contactos familiares y, sobre todo, la satisfacción que procuran a los mayores, influyen en una magnitud elevada sobre su bienestar personal y su calidad de vida. De hecho, la familia constituye, según lo entienden las propias personas mayores, el primero de los recursos con los que se cuenta a la hora de dar respuesta a las necesidades tanto de tipo material como afectivo. Es por ello que percibir que se posee el suficiente respaldo y

apoyo por parte de hijos, nietos o hermanos otorga a los mayores una enorme dosis de motivación y satisfacción con la vida. La debilidad o, peor aún, la inexistencia de este apoyo, acarrea en cambio intensos episodios de desilusión, tristeza, aislamiento y soledad. Bazo (1990) destaca como el sentimiento de soledad es uno de los factores que más llegan a limitar la salud y el bienestar de las personas, su felicidad y, en suma, su calidad de vida.

La participación social, asimismo, es otro de los factores que más influencia ejercen sobre la calidad de vida de los mayores (IMSERSO, 1997). La implicación en actividades sociales proporciona numerosos beneficios a las personas mayores. Por un lado contribuyen a que la persona posea un elemento de interés, entretenimiento o diversión muy importante. Al tratarse además de actividades elegidas libremente, pueden llegar a significar una elevada fuente de satisfacción y bienestar en la vejez. Por otro lado, además, constituyen un lugar de encuentro social donde hacer posible el intercambio de información y apoyo social. La participación en este tipo de actividades abre muchas posibilidades para la ganancia de amistades y el refuerzo de la estructura de relaciones interpersonales, elementos de igual forma determinantes a la hora de evaluar la calidad de vida de la personas mayores (Requena, 1994).

II.3. DEPORTE Y SALUD

Los diferentes estudios sociológicos de las conductas de los españoles, siendo pioneros los trabajos de García Ferrando, han sido llevados a cabo tanto desde una perspectiva orientada directamente hacia la práctica deportiva como bajo una perspectiva de salud. Es decir, se enfoca la actividad física o el deporte como una conducta más que presenta relación con la salud de los individuos. Esta segunda orientación ha cobrado importancia conforme se han llevado a cabo investigaciones que justifican la relación de la actividad física con la salud; en esta línea destacamos los estudios llevados a cabo a nivel nacional por Mendoza y colaboradores (1994), Hernán y cols (2002) y el grupo Avena (2003), aún en vías de finalización; o bien a nivel local como los de Sánchez Bañuelos (1996), Tercedor (1998), y Casimiro (1999).

Centrando nuestra atención en los beneficios que aporta la actividad física y deportiva, y particularmente en la salud, más del 60% de la población española considera que la noción de deporte-salud es la que mejor se aproxima a lo que se entiende como deporte, esto es, "como una actividad que permite adquirir, mantener o mejorar la forma o condición física" (García Ferrando, 2001:89). En efecto, en las cuatro últimas encuestas sobre Hábitos deportivos de la población española llevadas a cabo en nuestro país, y dirigidas por el profesor García Ferrando, se efectúan varias propuestas acerca del deporte obteniéndose como resultado que la noción de "Deporte salud. El deporte permite estar en forma", es el significado más aceptado por la población española, con un 58% en 1985, un 58% en 1990, un 60% en 1995, y un 66% en 2000 (1996, 2001).

Asimismo, tras los resultados de la última encuesta, en general son las mujeres las que citan en mayor proporción que los varones los motivos de hacer ejercicio físico, de mantener y/o mejorar la salud y de mantener la línea. Por contra, los varones señalan en mayor medida que las mujeres el elemento lúdico de diversión y pasar el tiempo, de la afición y gusto por el deporte, el elemento de relación social de encontrarse con amigos y la inclinación a competir (García Ferrando, 2002).

En lo que se refiere a la vejez se empieza a observar un fenómeno relativamente nuevo, que implica una estrecha relación entre la actividad deportiva y la salud en esta etapa de la vida. Hasta hace pocas décadas, cuando las personas envejecían, o bien reducían su ritmo de trabajo o bien buscaban otras ocupaciones más fáciles. En cualquier caso, el retiro de la actividad profesional tendía a valorarse como una de las conquistas más importantes del Estado de Bienestar: después de una larga etapa de trabajo, la posibilidad de retirarse de una actividad productiva o de reducir el ritmo en otras de diversa índole -cuidado de los hijos, tareas del hogar, etc.-, se considera normalmente como una liberación. De alguna manera se genera un sentido de reposo y de descanso durante las horas que antes se dedicaban a otro tipo de actividad.

Sin embargo, después de un determinado periodo de disfrute del tiempo liberado del trabajo, todas estas horas libres que quedan a iniciativa personal del jubilado pueden convertirse en interminables, sobre todo, cuando predomina el aburrimiento por encima del sentimiento gratificante del no tener que hacer nada (Subirats, 1992). Por ello, surge la necesidad de estar ocupados, es decir, las personas mayores precisan llevar a cabo algunas actividades útiles bien sea para ellos, para la familia o para la sociedad. En este sentido, estamos asistiendo a la aparición de una «nueva edad», la que le sigue al final de las constricciones productivas y que antecede a la decadencia física, psíquica y social (Gaullier, 1988). Es una etapa en la vida que, como acabamos de ver en el apartado precedente, cada vez es más extensa.

Con esta nueva visión, no nos queda sino rechazar abiertamente la teoría de la desvinculación que sólo entiende la vejez como retiro de los compromisos físicos, psicológicos y sociales de las personas que han cumplido ya una cierta edad. La capacidad de mantenerse activos y útiles nos parece, en cambio, mucho más adecuada para contribuir a la sensación de bienestar del colectivo de las personas mayores favoreciendo sus condiciones vitales. Dicho esto, hay que significar que uno de los destinos de participación social más demandados por los mayores en los últimos años viene siendo el deporte. Ello es así por varias razones.

Por un lado, porque es un hecho demostrado que la realización de programas de preparación física de una manera sistemática mejora la capacidad para realizar tareas que impliquen motricidad, coordinación, fuerza y resistencia. En concreto, la actividad física diaria en los adultos mayores, como en la generalidad de las personas, produce los siguientes efectos: reducción de peso, disminución de la presión sanguínea, regula el pulso, disminuye la tensión neuro-muscular, mejora la fuerza y la flexibilidad, desa-

rolla la capacidad respiratoria, eleva la reserva adrenocortical y la resistencia a la fatiga, mejora la estabilidad emocional y eleva la potencia cardiaca y, en general, retarda el envejecimiento (Mazzeo y otros, 1998). En una palabra, permite que se disfrute de la jubilación con un estado de salud mejor.

Por otra parte, si bien es poco lo que se ha investigado sobre la relación entre la práctica de actividades físicas regulares y los aspectos psicológicos como la autoestima en personas de edad (ya que los trabajos más numerosos se encuentran en edades más jóvenes y en atletas), se puede inferir que si se controlan o se retardan las condiciones físicas, que son aparentemente las causas de la baja autoestima, ésta debería mejorar. Spirduso (1998) cita un estudio de Hilger y Mitchell, quienes observaron una mejoría de la autoestima con diez semanas de entrenamiento acompañadas de información instruccional sobre los efectos del ejercicio. Otro estudio llevado a cabo en un periodo de veinte años en el Condado de Alameda, realizó evaluaciones intermedias y encontró relación entre el entrenamiento diario de caminar y los síntomas depresivos, es decir, se halló que los que realizaron el programa presentaron menos riesgos depresivos que los que no lo hicieron³ (Mazzeo y otros, 1995).

Otra área relacionada y estudiada en este sentido es el efecto que la preparación física tiene sobre los aspectos cognitivos (memoria, razonamiento abstracto, habilidad espacial, etc.), los cuales junto con la atención y la velocidad de procesamiento de la información permiten a los individuos considerarse inteligentes. Se hipotetiza que la ejecución física beneficia el área cognitiva porque: a) mejora la integridad cerebro vascular y funcional, b) mejora la eficiencia y el balance de la actividad neurotransmisora, c) mejora el sistema neuroendocrino (Spiduso, 1995).

En el nivel más abstracto de los beneficios que reporta la participación en los programas de actividades físico-deportivas, hay que destacar la contribución de Hernández Moreno (1997), quien recoge la clasificación elaborada por Jewet y colaboradores, y propone un modelo de finalidades de la actividad física combinando tres dimensiones existenciales básicas del ser humano:

- El hombre dueño de sí mismo. Es decir, el hombre se mueve para mantener y mejorar sus capacidades funcionales (eficiencia cardiorrespiratoria, mecánica, y neuromuscular) y para conseguir una integración personal (conocimiento de sí mismo).

³ El problema de estos estudios es la interpretación de los resultados favorables y la carencias de uniformidad, de acuerdo en las determinaciones del tiempo necesario para obtener resultados y la intensidad de los ejercicios; si tenemos en cuenta que la expectativa de vida de los activos en relación a los no activos es de uno a dos años más a favor de los primeros, todo esto nos lleva a la necesidad de aumentar y ajustar el campo de investigación (Heyden, Schneider y Schneider, 1991).

- El hombre en el espacio. Adaptarse y controlar el ambiente físico que le rodea, mediante la consciencia para desplazarse y proyectarse en relación con cosas y personas que le rodean.
- Comunicarse, es decir, compartir ideas y sentimientos, expresarse, clarificar. Ello implica que exista una integración grupal mediante el trabajo en equipo y las relaciones de competición y liderazgo, conllevando a su vez al conocimiento e integración en la cultura en la que se encuentra inserto.

En esta línea Zambrana (1986) indica tres finalidades para realizar actividad físico-deportiva: a) la mejora del funcionamiento fisiológico del organismo; b) favorece el concepto de contacto social; c) el aprendizaje de nuevas destrezas o su mejora permiten un sentimiento de satisfacción.

La práctica de un programa de entrenamiento físico adecuado mejora tanto el área física como la psíquica. El propósito de la actividad física en los adultos mayores se puede resumir siguiendo a estos autores en los siguientes puntos:

1. Bienestar físico.
2. Autoconfianza.
3. Sensación de autoevaluación.
4. Mayor seguridad y confianza en las tareas cotidianas, por un mejor dominio del cuerpo.
5. Aumento de la movilidad.
6. Mejor respuesta a las propuestas de actividades (prontitud).
7. Aumento de la movilidad articular.
8. Aumento del tono muscular.
9. Mejoría en la amplitud y economía de la respiración.
10. Mejoría en la circulación, especialmente a nivel de las extremidades.
11. Aumento de la resistencia orgánica.
12. Mejoría de las habilidades y de la capacidad de reacción y de coordinación.
13. Mejora las respuestas frente a la depresión, el miedo, las decepciones, los temores y las angustias.
14. Fortalece psicológicamente frente al aburrimiento, el tedio, el cansancio y la soledad.

En cuanto a los tipos de deportistas se pueden distinguir tres categorías entre los practicantes de deporte en el colectivo de personas mayores:

- Los deportistas de toda la vida: son personas que no han abandonado nunca el deporte y que de un modo consciente y responsable han ido adaptándose a su merma de facultades. Estas personas tienen una esperanza de vida superior a la media.
- Antiguos deportistas, pero "inconscientes": son deportistas que, o bien abandonaron el deporte y posteriormente lo reanudan dispuestos a revivir su pasado sin previa consulta médica, o bien son deportistas que pese a seguir su entrena-

miento durante años, han rebasado los límites de sus capacidades, creyéndose capaces de grandes hazañas. Suelen aparecer lesiones musculares, síncope, infartos de miocardio.

- Nuevos deportistas: son personas que no han sido deportistas de jóvenes y que, al ver declinar sus facultades físicas, intentan permanecer activos y conseguir una segunda juventud mediante la práctica deportiva. En estos casos es aconsejable el asesoramiento médico, pues en la mayoría de los casos no son aptos para la práctica deportiva, que incluso puede perjudicarles.

También es necesario señalar la importancia que tiene realizar un tipo de programas que mezcle actividad física con actividades socioculturales y recreativas, ya que las personas mayores sienten la necesidad de compartir, dialogar, relacionarse, jugar, etc.

HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA

Delgado Fernández, M.; Latiesa Rodríguez, M.



III.1. DEPORTE Y HÁBITOS DE VIDA

En la actualidad, nadie duda en considerar la práctica de actividad física como uno de los hábitos de vida de mayor importancia para conseguir una vida sana y una óptima calidad de vida. Son muchos los estudios que han corroborado que la misma mejora la salud de la persona y ayuda al tratamiento de enfermedades como la obesidad, la aterosclerosis, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, algunas enfermedades respiratorias, la diabetes no insulino dependiente, el cáncer, las enfermedades reumatóides y otras (Bouchard y cols, 1990; 1994; D'Amours, 1988; Gallo Vallejo, 1989, 2000). Todo ello siempre y cuando dicha actividad cumpla unos criterios de tipo, duración, intensidad, frecuencia y progresión (American College of Sports Medicine, 1998a; Heyward, 1996), y esté adaptada a las posibilidades del individuo. Pero, más que este sentido terapéutico que se puede dar a la actividad física para el tratamiento de enfermedades, muy ubicado en el modelo biomédico de salud estática, interesa analizar el posible efecto preventivo que la actividad física puede condicionar en el estado de bienestar y calidad de vida, siguiendo los presupuestos del modelo dinámico de salud.

En este sentido, se hace necesario analizar las investigaciones longitudinales de larga duración, donde habiéndose llevado a cabo un estudio del nivel de práctica de actividad físico-deportiva y de índices de salud, y controlando el gran número de factores que puedan afectar a la misma, se haya podido contrastar dicho efecto preventivo. Han sido hasta la actualidad muy escasos los estudios que han realizado este tipo de investigación, mereciendo ser destacados los trabajos de Paffenbarger y cols. (1981, 1986), que, por una parte, tras un seguimiento de veintidós años sobre un total de 3.686 trabajadores encargados de labores de descarga en el Puerto de San Francisco, observaron que los fallecimientos eran aproximadamente entre dos y tres veces superiores en aquellos trabajadores que realizaban menor actividad física, independientemente de diversos factores que pueden afectar a la tasa de mortalidad como son raza, edad, consumo de tabaco, tensión arterial, presencia inicial de enfermedad coronaria, índice de masa corporal y tolerancia a la glucosa. Por otra parte, mostraron que entre los alumnos de la Universidad de Harvard, la mortalidad era mayor entre los sujetos que

en su vida adulta habían dejado de realizar actividad física, estableciendo una reducción del 26% del riesgo de ataque cardíaco. Esta misma relación la establecieron para un total de 16.936 personas pero de diferentes edades, sexo y nivel socioeconómico. Estos resultados también han sido corroborados en otras partes del mundo, pero sin diseños longitudinales de investigación, según afirman Powell y Dysinger (1987) en al menos dos tercios de un total de 43 trabajos de investigación revisados.

Establecido este posible efecto preventivo que puede tener la actividad física, al menos en la principal causa de mortalidad de los países desarrollados - las enfermedades cardio-vasculares -, resulta muy importante conocer, desde el punto de vista de la promoción de salud, el momento en que deben ser adquiridos los hábitos de vida y, en particular, el de practicar actividad física, para poder actuar con la mayor eficacia posible y crear las bases para la adquisición de un estilo de vida físicamente activo.

La infancia ha sido descrita como el período evolutivo ideal para la adquisición de un estilo de vida saludable (Kelder y cols, 1994), dado que se adquiere porque el niño/a lo repite como comportamiento habitual, sin plantearse la conveniencia o no del mismo, forma esta última realizada principalmente por el adulto. En la adolescencia dichos hábitos sufren claras modificaciones, al convertirse el comportamiento del individuo en algo más racional y meditado, así como opuesto al modelo que desea imponer el adulto (Mendoza y cols., 1994). Es por ello, que en esta etapa, el adolescente por múltiples razones comienza a abandonar la práctica de actividad física (Casimiro, 1999; Durand, 1988; García Montes, 1997; Hernán y cols, 2002; Heyward, 1996; Mendoza y cols., 1994; Seefeldt y cols, 1993). Las biografías personales, como indica García Ferrando (1996a, 2001) para la población en general y García Montes (1997) en el caso particular de la mujer, van a condicionar, por supuesto, la mayor o menor adherencia al comportamiento de práctica de actividad físico-deportiva.

Consideramos que es importante conocer en primer lugar los mecanismos que actúan en la generación del hábito (las actitudes, motivaciones), para después estudiar la conducta como punto de partida del hábito. Esta cuestión es fundamental para que el profesional pueda, por un lado, deducir cuáles serán las conductas más esperadas de los individuos y, por otro lado, ofrecer una actividad física acorde con los intereses y motivaciones de éstos hacia la misma. Además, al tener un referente sobre las conductas de la población, el profesional podrá establecer las estrategias de investigación necesarias para profundizar en el conocimiento de las conductas y actitudes de los usuarios (Delgado y Tercedor, 2002).

III.2. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Se han propuesto diversos modelos para determinar los factores que pueden influir en la práctica de actividad física en población adulta. Ahora bien, los estudios que han intentado analizar estos factores se han centrado en un grupo reducido de variables

(Sallis, 1994, 2000). Así, no podemos considerar que un modelo explique mejor que otro las causas que influyen en la práctica de actividad física. De este modo, se presentan en este apartado diversos modelos, y podremos comprobar como unos ponen mayor énfasis en la influencia psicológica, mientras que otros consideran tanto la influencia psicológica como la influencia del medio exterior. Estos últimos se encuentran dentro de la categoría de los denominados modelos cognitivo sociales (Sánchez Bañuelos, 1996; Delgado y Tercedor, 2002).

Modelo de creencias sobre la salud.

Becker y Maiman (1975) son los primeros en explicar la práctica de actividad física basándose en la creencia de que tomar una medida relacionada con la salud está influenciada por la valoración que hace el propio individuo sobre su implicación en la actividad física; sopesando la relación costo-beneficio respecto a realizarla o no, y por el riesgo percibido de contraer una enfermedad específica que podría provocar la inactividad física. La sensación percibida sobre el potencial de las enfermedades está relacionada a su vez con la gravedad que el individuo percibe de cada enfermedad y el grado de susceptibilidad que presenta.

Teoría de la motivación por protección.

Es similar a la anterior y según Sánchez Bañuelos (1996) propone que la intención de autoprotegerse depende de cuatro factores: 1) la pretendida severidad de la amenaza; 2) la probabilidad percibida de ocurrencia; 3) la eficacia de la conducta preventiva prescrita; 4) la autoeficacia percibida para realizar las conductas prescritas (1996:124). En este modelo, por tanto, se considera que la persona realiza actividad física para protegerse del daño que podría producirse si no la llevase a cabo. Se trata pues de priorizar uno de los aspectos que se desprende de la teoría descrita en el punto anterior.

Teoría de la acción razonada.

Según la teoría de Ajzen y Fishbein de 1977 la intención es el primer factor que determina un comportamiento voluntario, tal y como es el caso de la actividad física realizada en el tiempo libre. A su vez, la intención está influenciada por dos factores: el primero es la actitud, la cual está basada en las consecuencias percibidas de un comportamiento; el segundo factor son las normas subjetivas, las cuales están basadas en la percepción sobre las influencias sociales del comportamiento. Siguiendo este modelo, muy recientemente se ha demostrado que los estudiantes de la diplomatura de maestro especialista en educación física, valoran más las actitudes hacia el proceso que hacia el producto. Entre las primeras hay que destacar las dimensiones de gratificación y continuidad en mayor medida que las de seguridad y autonomía; mientras que entre las segundas se destaca la necesidad de trabajar, para disminuirlas, las dimensiones de apariencia y obsesión (Pérez Samaniego, 1999).

Modelo de la actividad física.

Según el modelo de Sonstroem (citado por Sánchez Bañuelos, 1996), la atracción hacia la práctica de actividad se puede reforzar mediante el incremento de la autoestima. Ésta a su vez está mediada por el aumento de la habilidad y de la condición física percibidas, las cuales están determinadas por la propia práctica de actividad física. Es decir, se trata de una espiral de refuerzos mutuos.

Teoría cognitivo-social

Todos los modelos anteriores pueden servir para explicar las motivaciones que inducen hacia un comportamiento determinado, aunque evidentemente las decisiones personales pueden verse influidas por otros aspectos. Así, surgen otros modelos explicativos que consideran la existencia de unos factores externos al individuo que tienen una gran fuerza en cada comportamiento, cuestión que influiría también sobre la práctica de actividad física. Entre estos modelos nos vamos a referir al cognitivo-social (Gottlieb y Baker, 1986), que enfatiza los factores sociales como generadores de un comportamiento. Muchas de las actitudes están justificadas por el papel que la sociedad les atribuye. Esta teoría sugiere que existe una presión social que induce a las personas a ser activas o a ser inactivas. Bajo esta teoría se podrían explicar ciertas conductas en auge en nuestra sociedad. Nos referimos al cuidado del cuerpo que en ocasiones se convierte en enfermizo: obsesión por el peso, por el desarrollo muscular, por los alimentos light, etc. En cualquier caso, son también importantes tanto la creencia sobre las consecuencias de un comportamiento como la propia confianza para llevarlo a cabo. Este modelo, aunque incluye variables psicológicas, pone especial énfasis en la influencia de los aspectos culturales y sociales: las normas, los comportamientos de cada sexo, las leyes y las medidas políticas.

Los cinco modelos expuestos nos muestran la variedad de factores que pueden afectar a la práctica de actividad física de los adultos. Así, las actitudes hacia la práctica son importantes: actúan como preámbulo de la conducta. Estas actitudes son aprendidas de todo aquello que rodea al individuo durante su biografía personal. Además, cada día se toman decisiones sobre las actividades que se realizarán o las que no se realizarán. A su vez, estas decisiones se verán influenciadas por las facilidades que se tengan para concretarlas en la práctica, según la promoción por parte de las diversas instituciones (programas de actividad física, espacios adecuados para la práctica, etc.) y personas (profesores, entrenadores, monitores, familiares, médicos,...).

En relación con las diversas opciones en la promoción de la actividad física en personas adultas, no podemos considerar solamente las actitudes de éstos hacia la práctica, o bien el conocimiento que tengan sobre los posibles beneficios de la misma. Evidentemente, habría que considerar también qué posibilidades reales tienen de llevar a cabo un estilo de vida activo y si podrían o no participar en programas de actividad física.

III.3. ESTILO DE VIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA

Considerando la revisión realizada por Tercedor (1998) para su tesis doctoral, vamos a encuadrar dentro de este apartado cómo debe ser entendida la actividad física como un estilo de vida saludable. Así pues, comenzamos definiendo el *estilo de vida* como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo (Mendoza, 1990). Sin embargo, el *estilo de vida saludable* no es definible, ya que un estilo de vida considerado en su globalidad como saludable puede contener elementos que no favorezcan la salud; y además hay que considerar que existen múltiples estilos de vida saludables. Ahora bien, en la práctica podemos reconocer el estilo de vida saludable como aquel 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). No obstante, y a pesar de esta multiplicidad de estilos de vida saludables, sí que existe un consenso, avalado por la investigación científica y la riqueza cultural, mediante el cual podemos identificar una conducta como saludable (p.e. la práctica de actividad física moderada) o no saludable (p.e. el consumo de sustancias tóxicas). Bien es cierto que existen ciertas conductas menos radicales bajo la perspectiva de la salud, y cuya incidencia sobre ésta dependerá del punto de vista del observador o de circunstancias concretas.

Siguiendo a Mendoza y colaboradores (1994) en el gráfico 2 se caracterizan los cuatro grandes tipos de factores que determinan el estilo de vida de una persona y que son los siguientes:

1. Las características individuales, genéticas o adquiridas.
2. Las características del entorno microsocial en que se desenvuelve el individuo (vivienda, familia, escuela, etc.).
3. Los factores macrosociales, que influyen directamente sobre los anteriores: el sistema social, la cultura predominante, los medios de comunicación, etc.
4. El medio físico geográfico.

GRÁFICO 2. FACTORES QUE DETERMINAN EL ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS



Fuente: Adaptado de Mendoza y Cols. (1994)

La actividad física habitual es una de las conductas que el propio individuo puede controlar (Bouchard y cols., 1994) y que incide sobre las características individuales adquiridas; y esto a pesar de que exista una determinación genética, tanto en el rendimiento cardiovascular (Bouchard y cols, 1986), como en el nivel de práctica de actividad física (Perusse y cols, 1989).

La participación en actividades físicas durante el tiempo libre está influenciada por factores como temperatura, humedad, calidad del aire ambiental, altitud y cambios climáticos. Éstos influyen no sólo sobre la habilidad en la práctica, sino también sobre la respuesta fisiológica (Bouchard y cols., 1994) y sobre la vinculación de la práctica de actividades físicas al aire libre con periodos estacionales.

Bouchard y cols. (1994) consideran el medio social como la combinación de los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos que influyen sobre la participación en actividades físicas, sobre la condición física relacionada con la salud, y sobre el estado de salud. Así, los propios amigos, los miembros de la familia, las asociaciones deportivas, los clubes sociales, etc., van a influir sobre el estilo de vida individual (Pate y cols, 1995).

Una política llevada a cabo bajo unos principios de promoción de salud y calidad de vida, también será determinante del estilo de vida. Tal es el caso del impulso del transporte en bicicleta (creación de carriles-bici), de la promoción del transporte alternativo al coche (programa "mejor sin coche" del Ayuntamiento de Granada), o de los programas de fomento de la práctica deportiva llevados a cabo por Patronatos municipales y Diputaciones provinciales.

Es necesario considerar estos cuatro grupos de factores que determinan los estilos de vida, con una gran interdependencia entre ellos, y bajo una perspectiva global, que nos haga comprender e interpretar las consecuencias de la modificación de alguno de ellos. Así, el crecimiento desmesurado de las ciudades, con la consiguiente pérdida de espacios de esparcimiento, ha supuesto que los niños abandonen la calle como lugar de juego y opten por conductas de carácter más sedentario, como son los juegos con poca o ninguna implicación motriz, o el consumo desmesurado de televisión. El propio medio físico geográfico, así como los factores macrosociales van a ser determinantes en la tendencia hacia la práctica de unas actividades físicas u otras.

A continuación vamos a analizar en mayor profundidad cada uno de estos aspectos descritos que pueden influir sobre la práctica de actividad física (Tercedor, 1998; Delgado y Tercedor, 2002).

III.4. INFLUENCIA DE DIVERSOS ASPECTOS SOBRE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA

III.4.1. ASPECTOS PERSONALES

El nivel de práctica de actividad física que llevan a cabo las personas, está influenciado por factores de tipo biológico y de tipo psicológico. A continuación nos vamos a referir a cada uno de estos factores separadamente.

Factores biológicos.

Dentro de este grupo de factores, el sexo muestra una gran influencia sobre la práctica de actividad física (Brustad, 1993; García Ferrando, 2001; Sallis, 1994, 2000; Duran, 1995), siendo mayor el nivel de práctica en los niños que en las niñas. Desde el periodo preescolar hasta la adolescencia los niños son más activos que las niñas, hecho que queda demostrado con los estudios de Tell y Vellar (1988), Kraft (1989) y Sallis y cols (1993b). Esta diferencia debe ser producto de una influencia sociocultural más que de los propios aspectos biológicos, ya que los niños y niñas no presentan diferencias biológicas importantes hasta que se inicia la pubertad (Malina y Bouchard, 1991). De igual manera, estas diferencias se presentan en población adulta (García Ferrando, 2001).

En este grupo de factores, la edad y la obesidad influyen sobre el nivel de práctica de actividad física. Así, y bajo una visión global, la práctica disminuye con la edad (Gilliam y cols., 1981; Sallis, 2000), siendo la etapa infantil la más activa. Además, existe una disminución de la respuesta fisiológica al ejercicio físico con la edad (Elia, 1991).

En referencia a la obesidad parece ser que las personas obesas prefieren actividades de baja intensidad (Sallis, 1994), aunque existen hallazgos contradictorios. La relación entre la práctica de actividad física y la obesidad se puede entender en los dos sentidos posibles, es decir, la falta de actividad física puede inducir a un incremento de grasa corporal, además de que los individuos obesos son menos activos que los no obesos (Epstein y cols, 1989).

La genética presenta también su influencia en cuanto al nivel de práctica de actividad física. Así parece afirmarlo el estudio llevado a cabo por Perusse y cols (1991). Según éste, un 29% de la variabilidad en la práctica de actividad física es debida a factores genéticos, mientras que el 71% restante es producto de la propia interacción de cada individuo con los elementos del medio exterior.

Factores psicológicos.

Considerando todas las variables psicológicas previamente referidas respecto a actitudes y motivaciones hacia la práctica física, algunos estudios han mostrado los siguientes hallazgos: Desmond y cols (1990) manifiestan que el *cómo* ser físicamente activo es probablemente más importante que el conocimiento referente al *porqué* ser activo; otros estudios que analizan la percepción de la actividad física en relación con el riesgo de obesidad, indican que la práctica de actividad física no presenta relación con las creencias sobre la propia salud (O'Connell y cols, 1985).

Sallis (1994, 2000) muestra algunas de las razones que podrían presentar relación con el nivel de actividad física. Éstas son: el conocimiento práctico referente a la realización del ejercicio físico, dificultades hacia la práctica de actividad física, intención de practicar y capacidad percibida por el propio sujeto para llevar a cabo la actividad.

III.4.2. ASPECTOS SOCIALES

Casi todos los estudios muestran la influencia de los elementos sociales hacia la práctica de actividad física de una forma indirecta, ya que ciertos datos de carácter social normalmente se obtienen al rellenar el protocolo de medidas de la actividad física. Sin embargo, los factores sociales son el núcleo en los estudios llevados a cabo bajo la teoría cognitivo-social, así como en el modelo sociocultural. Ambos justifican la práctica de actividad física bajo la perspectiva de que vivimos en sociedad, interaccionando con las personas y transmitiéndonos de forma recíproca valores, actitudes y comportamientos considerados correctos en la cultura en la que vivimos. Reflexionando sobre esta cuestión aplicada al ámbito de la práctica de actividad física,

podemos considerar que existe una influencia hacia la realización o no de ésta por parte de todas y cada una de las personas que rodean la vida de una persona. Sallis (1994) considera que existe relación entre el modelo de *padre* y su consecuente imitación, y probablemente el modelo a imitar de otras personas, desconociéndose la influencia que pueda ejercer el propio *profesor* como modelo a imitar. García Ferrando (1993) considera la práctica de actividad física por parte de la *madre* como una de las variables predictoras con mayor incidencia sobre la práctica de actividad física de los hijos. Además, al realizarse muchas de las actividades físicas en grupo, el niño se verá influenciado por aquello que realizan sus *amigos*. No conocemos ningún estudio que demuestre esta relación entre los niños, sin embargo, con adultos se ha demostrado que la práctica de ejercicio físico presenta relación con el número de amigos practicantes (Sallis y cols. 1989).

Existen estudios que han analizado la influencia de la *familia* sobre la práctica de actividad física de los niños, demostrando que los padres pueden actuar como modelo a imitar por sus hijos (Wold y Anderssen, 1992; Brustad, 1993; García Ferrando, 2001).

III.4.3. ASPECTOS AMBIENTALES

Dentro de los aspectos ambientales con posible incidencia sobre la práctica de actividad física destacamos el lugar de práctica (recinto o aire libre), las condiciones climáticas (frío, calor, lluvia), factores ligados al tiempo (día de semana, fin de semana, vacaciones), los programas organizados de actividad física y la facilidad para acceder a las instalaciones deportivas.

SALUD Y ACTIVIDADES FÍSICO DEPORTIVAS

Delgado Fernández, M.; Latiesa Rodríguez, M.



IV.1. ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD: APUNTE HISTÓRICO

De forma muy esquemática se expone a continuación la evolución conceptual de los términos actividad física y salud, así como la relación entre ambas, basándonos en los trabajos de Rodríguez García (1998) y Delgado y Tercedor (2002).

La consideración más extendida de *salud* en casi todos los tiempos, incluido la primera mitad del siglo XX, ha sido la de ausencia de enfermedad física, por lo que el personal médico era el único responsable y su intervención consistía en eliminar la patología existente. El enfermo tenía, por tanto, un papel totalmente pasivo siguiendo la forma de entender la medicina según Galeno - Época Romana -, aunque previamente según los principios hipocráticos - Época Griega - para curar la enfermedad el paciente debía de tener un papel totalmente activo.

Posteriormente, a este concepto de ausencia de enfermedad física se le añade, el componente psíquico, lo cual queda recogido en el área de la psiquiatría médica y, mucho más recientemente, en la psicología de la salud. Ahora bien, en el último tercio del siglo se añade la dimensión social al concepto de salud, entendida en dos vertientes diferentes:

- ▶ Cultural, dado que el concepto de salud difiere de unas culturas a otras, así como porque factores de índole sociocultural influyen notablemente en ella. Además, la falta de una intervención en conjunto de la sociedad hace imposible estar en disposición de un estado correcto de salud colectiva y, por tanto, individual.
- ▶ Ambiental, en cuanto que los factores medioambientales determinan notablemente la salud colectiva social y, por ende, la del individuo.

Como consecuencia de este entendimiento actual de la salud como algo multidimensional, el tratamiento de la misma ha dejado de ser tema exclusivo del ámbito médico y se ha convertido en un elemento de atención multidisciplinar. De este

modo, tienen cabida diversos profesionales: psicólogos, sociólogos, epidemiólogos, enfermeros, veterinarios, educadores, profesionales en ciencias de la actividad física y el deporte, etc. Esta atención compartida por diversas disciplinas ha condicionado que la salud sea enfocada en dos sentidos diferentes, aunque íntimamente conexiones:

- ▶ Tratamiento de la enfermedad existente.
- ▶ Promoción de la salud, enfocada fundamentalmente en el aspecto preventivo de la misma, pero también hacia el bienestar y la calidad de vida.

Esta promoción de la salud debe estar compartida por tres ámbitos: sanitario, educativo y familiar. La falta de labor de alguno de ellos conlleva la inutilidad en la promoción de salud del individuo y de la colectividad. En este enfoque el papel del enfermo, en caso de haberlo, es totalmente activo, dado que la enfermedad en gran medida es responsabilidad suya.

Por su parte, la *actividad física* ha evolucionado atendiendo a las necesidades del ser humano respecto al ambiente físico y cultural en el que se ha ido desarrollando. Si en los primeros tiempos se puede hablar de un ejercicio físico encaminado al desarrollo de las potencialidades físicas necesarias para la subsistencia de la especie humana; posteriormente, abolida esta necesidad y con la aparición del tiempo libre o de ocio, surgirá el juego aunque, al igual que la danza, su aparición pudo ser más temprana por motivos religiosos, aún no del todo aclarados. En cualquier caso, tanto el juego como la danza, siempre hacían y hacen alusión a actividades físicas básicas de nuestros antepasados más remotos. Por último, el deporte surge como consecución de la aparición de las urbes, que conlleva a una sofisticación del propio juego y, en casos extremos, a una profesionalización en el mismo.

La actividad física que desempeñan las personas se pueden inscribir en cuatro orientaciones básicas (Hernández Moreno, 1997:59): educación física, deporte competición, actividades de ocio y recreo y actividades para mantener y mejorar la salud. Como es obvio, la población adulta y mayor se orienta hacia las dos últimas de las indicadas, con el fin de satisfacer las demandas de ejercicio físico.

Analizados, ambos elementos por separado, veamos la evolución histórica de la interacción entre *actividad física y salud* (ver cuadros 2 y 3) en aquellas épocas más destacables:

- CHINA. Se realizan ejercicios y danzas para procurar salud. Recogidas algunas de ellas en el libro Kong Fu, perteneciente a la época de la Dinastía Chou (1027 a 256 a. de C.).
- GRECIA. Aparece la Gimnástica (hacia el 440 a. de C.), la cual muestra un gran paralelismo con el sentido de promoción previamente referido. En ésta se distinguen dos funciones totalmente diferentes: como arte del gimnasta, entendi-

do el mismo como médico deportivo o entrenador, y como Paidotribia, entendido como maestro de gimnasia. El primero es el que posee el conocimiento del efecto de los ejercicios físicos en la salud y diagnóstica, orienta y prescribe la actividad física necesaria; el segundo, se encarga de la aplicación práctica de dichos ejercicios. Con el paso del tiempo las funciones de ambos se van entremezclando y confundiendo. Hacia el año cero, Erasistrato desarrolla el concepto de Hygieine, como parte de dicha gimnástica, que se ha conservado hasta la actualidad.

- **RENACIMIENTO** (fin del siglo XII, pero sobre todo a partir del XIV). Se recupera el helenismo perdido durante el Imperio romano y la Edad Media, y aparecen obras fundamentales en el devenir histórico del ejercicio físico entendido como salud: *Libro del ejercicio y de sus prouechos* de Cristobal Méndez y *Del Arte Gimnástico* de Mercurialis. En esta última obra aparece un concepto importante, relacionado con las funciones en la labor de promoción de salud: el ejercicio como medicina conservativa (de la que se encargaba el gimnasta) frente a la curativa (de la que se encargaba el médico). Dentro de la 'gimnástica' distingue tres manifestaciones: la militar, la verdadera o médica, y la viciosa o atlética. Durante esta época no queda lugar a dudas de la gran importancia que se otorga a la actividad física como promotora de salud.
- **NEOHUMANISMO** (siglo XVIII). Aparece el concepto de Gimnasia Educativa, donde se da la unificación de la salud y la educación, incluida la emergente Educación Física. Alemania es pionera en este hecho histórico, creando las Escuelas Filantropinas, con GutsMuths como representante fundamental. Simultáneamente Amorós está realizando una labor similar en España y en Francia. Posteriormente en Suecia, con de Per Henrik Ling surge el enfoque hacia la educación de la postura y el estudio pormenorizado de la correcta ejecución de los ejercicios. Por su parte, la escuela inglesa se está encargando de expandir el deporte, mientras que en Francia se está desarrollando el enfoque más educativo de todos dentro del ámbito escolar.

CUADRO 2. EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS A LO LARGO DE LA HISTORIA

ÉPOCA	UTILIZACIÓN
Prehistoria	Ejercicios para actividades de supervivencia (caza, recolección, pesca, traslado, construcción, etc.).
Antigüedad en Oriente	Ejercicios con fines religiosos, curativos y guerreros
Antigüedad en el Período clásico	Grecia: En Atenas: el ciudadano integral; En Esparta: fines guerreros. Roma: fines guerreros para las legiones y profesionales para el circo
Edad Media	Ejercicio realizado por los caballeros como preparación para la guerra y para los torneos.
Renacimiento	Humanismo: readopción de los ideales clásicos. Se entiende el ejercicio como agente educativo.
Escuela Inglesa	Surgirán los deportes como se conciben en la actualidad, así como el entrenamiento sistematizado para ganar las competiciones.
Escuela Alemana	Surgimiento de la gimnasia (educativa) alemana que dará lugar a la actual gimnasia deportiva. Gimnasia natural austríaca. Movimiento rítmico que da lugar a la gimnasia rítmica.
Escuela Sueca	Surge la gimnasia sueca y neosueca (gimnasia de posiciones).
Escuela Francesa	Surge la Educación Física moderna y la Psicomotricidad.

Fuente: Moreno y Rodríguez, 1994.

CUADRO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

ÁREA	ORIGEN	TIPO DE PRÁCTICA	UTILIDAD SOCIAL	FORMA DE EXPRESIÓN
Educación Física	Siglo XVIII. Pedagogos ilustrados	Diversificación de la actividad. Eclecticismo	Factor educativo	Actividades orientadas a la formación integral
Gimnasia	400 a. de C.	Diversas tendencias	Salud e integración social	Ejercicios corporales muy definidos
Deporte	Siglo XI. Origen provenzal	Juego con normas regladas	Aglutinador de masas	Actividad poco definida. Improvisación.
Juego	Todos los tiempos	Espontánea	Recreación	Actividades globales poco definidas.
Actividad física	Todos los tiempos	Espontánea. No reglada.	Alta.	Caza, pesca, danza. Agricultura, defensa, etc.

Fuente: Moreno y Rodríguez (1994).

Durante el siglo XX deben ser destacadas diferentes corrientes que tienen que ver con la relación entre actividad física y salud. En primer lugar, un *movimiento higienista*, que abarca desde finales del XIX hasta principios del XX. Se debe a la falta de salubri-

dad de las grandes urbes desencadenada por la revolución industrial, y que hace surgir una gran preocupación social por la higiene ambiental. En segundo lugar, hay que destacar el *movimiento fitness* (mediados del XX hasta años 70). De carácter anglosajón, se caracteriza por una marcada finalidad de conseguir un aumento de la condición física de los escolares estadounidenses (ante su posible inferioridad mostrada por test de condición física frente a niños y jóvenes de países del Este). Hay una primacía de lo cuantitativo, de la búsqueda de rendimiento. A partir de esta década se comienza a producir una reorientación del movimiento fitness hacia la salud. Esta tendencia es en la actualidad la más instaurada, de la cual se ha hecho partícipe España hace relativamente pocos años. El *movimiento social hacia la salud*, se produce a partir de la década de los 80, como consecuencia de una concienciación social sobre los aspectos que mejoran la salud. Aparecen fenómenos como la gimnasia de mantenimiento, el auge de la dietética y las bebidas light, el aumento desmesurado de practicantes de actividad física improvisados, etc., muchos de ellos todavía en boga y en expansión. Finalmente, en la década de los 90 se observa un *movimiento educativo hacia la salud*. La escuela, haciéndose eco de lo social, incluye la salud como contenido curricular trascendental, y así Kirk (1990) llega a decir: "los exámenes, la salud y la confección del currículum forman la base para una pedagogía crítica de la Educación Física, al identificarse como los tres temas cruciales de discusión y debate". Pero, por otra parte, también hay que considerar que no es necesario embargar toda la Educación Física al servicio de la salud, ya que en el currículum hay otras asignaturas que deben ocuparse de ello (Colquhoun y Kirk, 1987).

El proceso que se observa en las sociedades desarrolladas del incremento del sedentarismo, está llevando en la actualidad al estudio pormenorizado de la relación entre actividad física y salud, y de ambos con la calidad de vida (Delgado y Tercedor, 2002). Además, se observan determinados hábitos que no son positivos para la población, como consecuencia del mayor desarrollo socio-económico (Marcos Becerro, 1989a; Mendoza y cols, 1994). Entre estos hábitos se encuentran el empeoramiento de la alimentación, la disminución del grado de actividad física desarrollado por las personas (como se acaba de comentar), el aumento del consumo de tabaco y alcohol, el estrés de la vida moderna, el aislamiento individual dentro de una sociedad masificada, etc.

IV.2. ACTIVIDAD FÍSICA DEPORTIVA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se hace necesario actualizar la forma de abordar el concepto de promoción de salud, en un marco que aboga por el bienestar y la calidad de vida de las personas y la comunidad, así como por el respeto al medio ambiente, más que por la preocupación exclusiva en la ausencia de enfermedad. Para ello, vamos a seguir las indicaciones establecidas en el Glosario de Promoción de Salud recientemente revisado (O.M.S., 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Partiendo de la definición establecida por la Organización Mundial para la Salud (1948) en su constitución, que entiende este término como *el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, en ausencia de enfermedad*, la forma de entender este término ha sido enriquecida. La promoción de la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Así, en la Carta de Ottawa de 1986, la salud fue considerada como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Para su consecución se hace necesario una serie de requisitos previos que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos requisitos previos, pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Todo ello pone en evidencia el carácter holístico de la salud, que abarca factores sociales, culturales, físicos, económicos y ambientales.

Establecido este marco referencial, se pueden definir diferentes grupos de factores que afectan de forma evidente al estado de salud de la persona (D' Amours, 1988; Mendoza y cols, 1994):

- Medio Ambiente: Físico, social y económico.
- Biología humana: Edad, sexo y patrimonio genético.
- Hábitos de vida: *Grado de actividad física*, incorrecta alimentación, consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y no legales, nivel de estrés, inadecuadas relaciones personales, comportamiento agresivo, inadecuada utilización de los servicios de asistencia sanitaria, incumplimiento de las prescripciones médicas y automedicación, conducción peligrosa y falta de respeto al medio ambiente.
- Enfermedades, tanto agudas como crónicas.

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. Es por tanto en el grupo de hábitos de vida donde debe centrarse la promoción de salud, en general, y la educación para la salud, en particular, con el fin de evitar el daño sobre la misma. La actividad física, con sus interrelaciones con otras facetas del comportamiento humano, puede aportar un pilar fundamental en este proceso formativo de la persona.

Atendiendo a los datos del informe Lalonde, esta recomendación no se ha llevado, ni se está llevando a cabo, como se puede apreciar en los porcentajes estimados de cómo afectan diferentes factores a la salud y de la distribución de recursos hacia ellos. Así, se calculó que el estilo de vida es responsable de la salud en un 42%, la biología en

un 26%, el entorno medio ambiental en un 20% y los sistemas de atención a la salud en un 12%. Frente a ello, el porcentaje de distribución de los recursos económicos a los mismos son del 87% a los sistemas de atención a la salud, 9% a la biología humana y un 4% a los estilos de vida y el medio ambiente. En este sentido, es incomprensible la desorbitada distribución existente entre la necesidad de promocionar estilos de vida y los recursos dedicados, así como la relativamente baja importancia de los sistemas de atención sanitaria y el altísimo coste que la misma supone.

Otra forma de abordar el análisis de los factores que afectan a la salud del ser humano, siguiendo estos datos previamente referidos, se realiza atendiendo al estudio de los factores que afectan al estilo de vida de las personas, temática que ha sido desarrollada con profundidad en el capítulo anterior y que se sintetiza D'Amours (1988):

- Factores de la estructura social de producción.
 - ▶ Relaciones de producción.
 - ▶ Tipo de desarrollo producción-consumo.
 - ▶ Estratificación social.

- Factores ecológicos.
 - ▶ Nivel de degradación del ambiente ecológico, natural y social.
 - ▶ Grado de producción industrial y de contaminación del ambiente.
 - ▶ Grado de protección del ambiente ecológico.

- Factores socio-económicos.
 - ▶ Existencia de desigualdades sociales.
 - ▶ Calidad de vida: alimento, vivienda, situación del trabajo y empleo, seguridad social y educación.
 - ▶ Modos de vida y bienestar social.

- Factores geográficos.
 - ▶ Recursos naturales, productividad de la tierra, fuentes de energía, materias primas.
 - ▶ Condiciones climáticas.
 - ▶ Comunicaciones.

- Factores demográficos.
 - ▶ Estructura dinámica de la población, ritmo de crecimiento, densidad urbana y rural, migración externa e interna.
 - ▶ Factores genéticos.
 - ▶ Existencia de una política nacional de planificación familiar.

- Factores socio-psicoculturales.
 - ▶ Nivel de alfabetismo, escolaridad y educación sanitaria.
 - ▶ Niveles de educación superior y técnica.

- ▶ Hábitos y creencias.
- ▶ Comportamientos en relación con la salud.

- Factores político-económicos.
 - ▶ Nivel de desarrollo socio-económico: renta per cápita y su distribución en la población.
 - ▶ Existencia de planes y programas de desarrollo.
 - ▶ Existencia de planes de salud.

- Factores médico-sanitarios.
 - ▶ Nivel de conocimientos sanitarios, médicos, epidemiológicos, nutricionales,...
 - ▶ Nivel de aplicación de estos conocimientos.
 - ▶ Cobertura y calidad de los recursos de salud.
 - ▶ Grado de participación de la colectividad.

Dentro de esta multiplicidad de factores que afectan a la salud, o al estilo de vida saludable, la relación entre actividad física y salud debe ser entendida desde dos prismas de análisis. El primero de ellos se centra en la importancia de la práctica de la actividad física en la conformación de un estilo de vida saludable, y el segundo, en la aportación que desde el área de la Educación Física se puede hacer en la Educación para la Salud. Antes de analizar el primero de dichos prismas, objeto principal del presente trabajo, veamos el concepto de promoción de salud.

Promoción de salud es definida en el Glosario de Promoción de Salud, siguiendo los criterios establecidos en la Carta de Ottawa, como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Es por tanto una *acción* que no sólo está orientada a 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. Por ello, ya en 1986 la Carta de Ottawa recogía cinco áreas prioritarias de acción en promoción de salud:

- Establecer una política saludable.
- Crear entornos que apoyen la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios.

Once años más tarde, en julio de 1997, la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de salud hacia el siglo XXI, confirma que las estrategias y áreas de acción definidas previamente son esenciales para todos los países y además indica la evidencia de que los enfoques globales son los más eficaces y que la *participación* es esencial para sostener los esfuerzos. Respecto a esta última evidencia, se indica en el Glosario que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una

participación efectiva. Atendiendo a estas necesidades, la Declaración de Yakarta de 1997 identifica cinco prioridades de cara a la promoción de salud del siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el control de los individuos sobre las decisiones y acciones.
- Garantizar la infraestructura para la promoción de salud.

Como se puede observar, la formación de la persona y de la comunidad constituye un elemento clave en la promoción de salud y, para ello, dispone de una herramienta muy importante: la educación para la salud (EPS). En el Glosario se define como "las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad" (1998:15). De esta definición se desprende que la EPS no aborda solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La realización de programas de actividad física en cualquier etapa de la vida del ser humano podría considerarse, de acuerdo con Delgado y Tercedor (2002), como un elemento de EPS para desarrollar una adecuada promoción de salud. Las corporaciones locales constituyen las entidades con más posibilidades de desarrollar estos programas (García Ferrando, 2001), si bien esto no anula la labor que ha de desarrollarse en la escuela.

IV.3. CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

En esta situación actual, habiéndose ya recogido la salud como contenido educativo en los currículos, se aprecia todavía una carencia grave de objetivos concretos derivados al ámbito escolar en la práctica (Almond, 1983, 1992), y además se sigue apreciando un enfoque de la Educación Física hacia lo cuantitativo, hacia el rendimiento. Algo similar ocurre en determinadas actividades de la práctica físico-deportiva en los programas de promoción de actividad física para diferentes colectivos, entre los que se encuentran las personas adultas.

Por ello, y siguiendo a Pascual (1994) y Devís y Peiró (1992), debemos hacer algunas reflexiones sobre ciertas creencias erróneas que siguen existiendo:

- 1ª. Toda actividad física es beneficiosa para la salud. Ahora bien, el deporte de alto rendimiento, a veces, atenta contra ella, aunque debería de ser un requi-

sito indispensable en tales deportistas disponer de un nivel adecuado de salud.

- 2ª. El individuo es el único responsable de su salud. Sin embargo, existen además factores económicos, políticos, socio-culturales, etc.
- 3ª. Asociación directa entre ejercicio físico, apariencia física y salud. Se trata de un hecho equívoco como por ejemplo se muestra en que cuando existe un excesivo culto al cuerpo, aparecen enfermedades tan graves como la anorexia o la bulimia, así como la vigorexia, entre otras.
- 4ª. La salud puede comprarse: mercantilismo, basado en utilizar la salud como producto de consumo. Así, por ejemplo los actuales clubes de salud, en muchas ocasiones están realizando actividades físicas que no son las más saludables y que no operan para la adquisición de hábitos de vida saludables.
- 5ª. Creencia en la información sobre la salud que emiten los medios de comunicación. Por el contrario, se debe tener mucho cuidado porque la influencia de los medios de comunicación es bastante negativa, dado que operan a favor del mercantilismo previamente referido en gran número de casos.
- 6ª. Relación automática entre condición física y salud. Sin embargo, se puede llegar a la salud sin modificaciones en la condición física, además no todos los niveles de condición física son saludables, como por ejemplo en el alto rendimiento referido anteriormente.
- 7ª. Primacía del uso de tests en el ámbito escolar y fuera del mismo. Esto implica la preponderancia del rendimiento físico-deportivo y la enseñanza de las habilidades motrices específicas sobre otros contenidos más saludables.
- 8ª. Cualquier tipo y cantidad de actividad física son adecuados para la salud. Este axioma generalizador es equivocado teniendo en cuenta las indicaciones previamente referidas.

Por todo ello, y en conclusión a este apartado, se pueden recoger los aspectos que Sánchez Bañuelos (1996) alude como indispensables en el concepto de salud, los cuales deben ser aplicados en el ámbito de la actividad física y el deporte si se desea promocionar la salud:

- ▶ Papel responsable y autónomo del sujeto (alumno-a).
- ▶ Responsabilidad multidisciplinar. La salud no debe ser entendida sólo como curación, sino que se debe buscar comportamientos personales y grupales (además de modificaciones ambientales) saludables, en la cual han de intervenir al menos entidades sanitarias, educativas y la familia.
- ▶ Concepción dinámica de la salud, dado que los problemas de salud varían de un lugar a otro, y de un momento a otro.
- ▶ Salud como calidad de vida (Bouchard y cols. 1990), entendida como sensación de bienestar, capacidad de disfrute, tolerancia a retos que plantea el entorno y óptimo nivel de estrés.

IV.4. BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD

En el análisis de las relaciones que se presentan entre actividad física y salud, casi siempre se ha destacado los beneficios que la misma produce, dejándose en un segundo plano los posibles efectos negativos, perjuicios o riesgos que podría ocasionar. Ahora bien, se ha de tener en cuenta que aunque la actividad física actúa como uno de los elementos del estilo de vida más importante para disfrutar de salud y conseguir una adecuada calidad de vida, no debe considerarse a la misma como la panacea que todo lo previene, cura o rehabilita, máxime cuando estos efectos solo se consiguen cuando la práctica tiene una serie de características muy delimitadas (Delgado y Tercedor, 2002). Y es que como acertadamente indica Pérez Samaniego: “en general, los acercamientos teóricos y prácticos a la práctica física y la salud tienden a minimizar los riesgos y a destacar los beneficios. Basándose en una perspectiva eminentemente biologicista, la práctica física se plantea como una actividad prácticamente inocua, que en caso de ser suministrada o consumida en dosis correctas resulta intrínsecamente saludable e inexcusable. En un reciente y completo estudio sobre las relaciones entre actividad física y salud, Weinberg y Gould (1996) se refieren a las razones para hacer ejercicio y a las excusas para no hacerlo. ¿Qué ocurriría si invirtiéramos los términos?. Este lapsus linguae parece sugerir que no hay motivos que justifiquen la falta de adhesión a la práctica física” (1999:136).

La relación entre actividad física y salud, ha sido estudiada atendiendo a diferentes modelos de análisis. El primero, y posiblemente el más extendido, indaga los beneficios que la actividad física condiciona en la salud bio-psico-social, aunque fundamentalmente en la primera, analizando las adaptaciones morfológicas y funcionales que se producen en el organismo humano. El segundo, analiza los riesgos que tiene sobre la persona la falta de actividad física, es decir el sedentarismo, bien a corto plazo como a medio y largo plazo. En este modelo se encuentran, entre otros, los estudios de personas hospitalizadas, con astronautas, con personas que han sufrido una lesión deportiva, o bien los estudios epidemiológicos y/o longitudinales, donde se hace una comparación y/o seguimiento de poblaciones que realizan o no actividad física. Por último, un tercer modelo, aún menos desarrollado, estudia la relación entre beneficios y perjuicios que puede condicionar una práctica física realizada inadecuadamente.

En cualquier caso, como indica Pérez Samaniego (1999), existe una gran dificultad para delimitar cuando se pasa de los beneficios a los riesgos (puntos de conexión y de diferencias), cuáles son las causas y las consecuencias sobre la salud al realizar actividad física, o qué efectos son de índole biológica o psico-social cuando una persona realiza ejercicio físico.

Siguiendo a este autor, se presenta el cuadro 4 que resume los posibles beneficios y riesgos que tiene la práctica de actividad física en la salud, que va a servir de guión para desarrollar este apartado.

CUADRO 4. PRINCIPALES EFECTOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

EFECTOS	BENEFICIOS	RIESGOS
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora el funcionamiento de distintos sistemas corporales. -Prevención y tratamiento de enfermedades degenerativas o crónicas. -Regulación de diferentes funciones corporales (sueño, apetito, sexual) 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos leves. - Afecciones cardio-respiratorias. - Lesiones músculo-esqueléticas. - Síndrome de sobreentrenamiento. - Muerte súbita por ejercicio.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas. -Estado psicológico de bienestar. -Sensación de competencia. -Relajación. -Distracción, evasión y forma de expresión de las emociones. -Medio para aumentar el autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesión por el ejercicio. - Adicción o dependencia del ejercicio. - Agotamiento (síndrome de burn out). - Anorexia inducida por el ejercicio.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento académico. - Movilidad social. - Construcción del carácter. 	

Fuente: Pérez Samaniego (1999)

Como se acaba de mencionar, los beneficios y en menor grado los riesgos físicos o biológicos, han sido los más estudiados en la investigación hasta nuestros días (Bouchard y cols. 1990; 1994; D'Amours, 1988; Heyward, 1996; Ortega y cols., 1992; Serra y cols. 1996). Así, por ejemplo D'Amours en 1988 en una aproximación a las contribuciones posibles de la actividad física en materia de salud, propone el siguiente esquema (cuadro 5). En el mismo, se señala con interrogantes aquellas patologías y enfermedades en las cuales el nivel de conocimiento científico no está aún del todo consolidado, en cuanto a las contribuciones de la actividad física a susodichas enfermedades.

CUADRO 5 . CONTRIBUCIONES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MATERIA DE SALUD PSICOBIOLOGICA

PROMOCIÓN DE SALUD	Tabaquismo Consumo de medicamentos
PREVENCIÓN	Enfermedades cardio-vasculares Sobrepeso y obesidad Hiperlipidemias Diabetes tipo 2 Cáncer
TERAPIA	Contribuciones directas:
	Osteoporosis Hiperlipidemias Diabetes tipo 2 Dolores lumbares Hipertensión ligera o moderada Obesidad moderada Insuficiencia arterial periférica Estrés Depresión y ansiedad ligeras o moderadas
	Contribuciones indirectas (atenuación del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida):
READAPTACIÓN – REHABILITACIÓN	Artritis y reumatismos Diabetes tipo 1 Enfermedades respiratorias. Post-infarto Post-quirúrgico

Fuente: D'Amours (1988:185)

Estas posibles contribuciones pueden explicarse gracias a las adaptaciones morfológicas y funciones que se producen en el organismo como consecuencia de la práctica regular de actividad física, entre las que podemos destacar por sistemas de funciones las siguientes (American Collegue of Sports Medicine, 1998a; Bar 'Or, 1983; Bouchard y cols., 1990, 1994; D'Amours, 1988; Lamb, 1985; Platonov, 1991; Sánchez Bañuelos, 1996):

Aparato locomotor:

- Huesos: Estimulación de la osteoblastosis; mejor nutrición del cartílago de crecimiento; condensación y ordenación de las trabéculas óseas; incremento de la mineralización y densidad ósea.
- Articulaciones: Mejora de la lubricación articular; incremento de la movilidad articular.

- Músculos y ligamentos: Aumento de la síntesis y ordenación de las fibras de colágeno; incremento de la resistencia tendinosa y ligamentosa; hipertrofia muscular general o selectiva (fibras lentas o rápidas); mejora metabólica (aeróbica y anaeróbica).

Sistema cardio-vascular:

- Corazón: Aumento del tamaño (fundamentalmente del ventrículo izquierdo) y de las paredes del músculo cardíaco.
- Vasos sanguíneos: Mayor densidad alveolo-capilar; mejora de la elasticidad y resistencia de las paredes arteriales. Ambos elementos condicionan una disminución de la resistencia periférica total.
- Volumen sanguíneo o gasto cardíaco: Incremento durante la práctica de actividad física, con ligero incremento de la hemoglobina total transportada en sangre.
- Frecuencia cardíaca: Disminución en situación basal y de reposo; disminución durante trabajos submáximos y, en menor medida, en trabajos máximos.
- Volumen sistólico: Incremento durante trabajos máximos y submáximos.
- Presión arterial: Disminución en situación basal y de reposo, en mayor medida la tensión arterial sistólica que la diastólica; posibilidad de incremento de la sistólica ante trabajos máximos (aumentando la tensión arterial diferencial), favoreciendo la asimilación del esfuerzo físico de alta intensidad.

Sistema respiratorio:

- Pulmones: Incremento de las cavidades pulmonares, por incremento de la elasticidad de los músculos respiratorios y ligamentos.
- Vías respiratorias: Incremento de la superficie de contacto entre alveolos pulmonares y capilares sanguíneos; mejora de la difusión pulmonar.
- Musculatura respiratoria (diafragma, abdominales e intercostales): Incremento de la fuerza y elasticidad muscular.
- Capacidad vital: Aumento, condicionado por las mejoras en ventilación y frecuencia respiratoria (ventilatoria).
- Ventilación total y frecuencia ventilatoria: Disminución en esfuerzos submáximos e incrementos en esfuerzos máximos.
- Volumen corriente: Incremento en esfuerzos máximos.

Metabolismo:

- Incremento del consumo de oxígeno (máximo): mejora de los procesos fisiológicos de ventilación, difusión, perfusión, transporte de gases en sangre, inter-

cambio de gases con el músculo y utilización del oxígeno por el mismo (mejora la diferencia arterio-venosa de oxígeno).

- Metabolismo aeróbico muscular: aumento del tamaño y número de mitocondrias; reserva y utilización de triglicéridos; contenido de mioglobina; y actividad enzimática oxidativa (succinato deshidrogenasa, citocromo oxidasa, palmitil CoA sintetasa).
- Metabolismo anaerobio muscular: incremento de: contenido y utilización de ATP y fosfocreatina muscular; utilización del glucógeno; producción de ácido láctico ante trabajos submáximos y máximos; y actividad enzimática aneróbica (fosfofructokinasa, ATPasa, creatinkinasa, mioquinasa, lactatodeshidrogenasa).
- Lipoproteínas. Incremento de la lipoproteína de alta densidad (HDL) para transportar el colesterol; disminución de la lipoproteína de baja densidad (LDL) para transportar el colesterol.

Sistemas de dirección: sistema nervioso y sistema endocrino:

- Sistema nervioso de relación: Mejora de los procesos de recepción, elaboración y transmisión de información sensitiva y motora desde el aparato locomotor a sistema nervioso y viceversa; mejora de las coordinaciones intra e intermuscular.
- Sistema nervioso vegetativo o autónomo: Regulación del funcionamiento corporal por adecuación de la actuación del eje hipotálamo - hipófisis - glándulas dianas, condicionando, por una parte, un mejor ajuste a situaciones de alerta y estrés (mejora del sistema nervioso simpático) y, por otra parte, una economía en las funciones vitales (mejora del sistema nervioso parasimpático).

En este mismo ámbito de análisis de los efectos biológicos de la actividad física, se encuentran los estudios sobre las repercusiones del sedentarismo, entre las que se pueden citar las siguientes (Francis, 1999):

- Degeneración hipocinética.
- Alteraciones en los procesos de crecimiento, maduración y desarrollo.
- Envejecimiento inadecuado.

Igualmente, pero analizando los *riesgos biológicos de la práctica de actividad física*, se pueden establecer, entre otros, los siguientes perjuicios: lesiones (por traumatismo agudo o por sobrecarga), afecciones cardiorrespiratorias, síndrome de sobreentrenamiento y como último nivel, la muerte súbita inducida por el ejercicio. En este sentido habría que hablar además de los problemas que condiciona el dopaje y la especialización deportiva precoz (riesgos físicos-motores, psicológicos y sociales).

Las *patologías relacionadas con el aparato locomotor* (A.P.) pueden ser divididas en dos grandes grupos: enfermedades del A.P. (que en muchos casos no tienen ningún tipo de tratamiento para ser mejoradas con fines de una mejor calidad de la práctica físico -

deportiva), y traumatismos del A.P. (que pueden y deben ser tratados adecuadamente para que el individuo se incorpore adecuadamente a dicha práctica). Analicemos ambas.

1. Enfermedades del aparato locomotor:
 - 1.1. Enfermedades de los huesos: Osteítis; osteoporosis; tumores óseos.
 - 1.2. Enfermedades de los músculos: Miositis; mioma.
 - 1.3. Enfermedades de las articulaciones: Artritis; artritis traumática; reuma.
2. Traumatismos del aparato locomotor:
 - 2.1. Lesiones óseas.
 - Periostitis. Son lesiones del periostio producidas por una contusión. Evitar golpes repetidos y sobrecarga. Más frecuentes: tibia, meollos y costillas.
 - Fracturas. Interrupción de la continuidad del hueso, afectando a los tejidos de alrededor (músculos, vasos, etc.). Tipos: abiertas / cerradas; incompletas (fisuras) / completas. Más frecuentes: Diáfisis del húmero, supracondilea del húmero, huesos mano, tibia, peroné.
 - 2.2. Lesiones articulares:
 - Luxación. Las superficies óseas se separan permanentemente, parcial (incompleta) o totalmente (completa). Más frecuentes: Acromioclavicular, hombro y codo.
 - Meniscos. Roturas totales o parciales.
 - 2.3. Lesiones de los ligamentos.
 - Esguince. Elongación ligamentosa (primer grado), rotura parcial (2º grado) o total de ligamentos (3º grado).
 - 2.4. Lesiones musculares.
 - a) Patologías extrínsecas o trauma directo.
 - Contusiones. Golpe que provoca un hematoma doloroso.
 - Heridas. Abiertas o cerradas (ver previamente).
 - Desgarro muscular. Elongación máxima muscular por causa externa.
 - b) Patologías internas o trauma indirecto.
 - Elongación y/o distensión.
 - Tirón. Elongación de gran recorrido, con dolor localizado.
 - Desgarro. Elongación máxima y dolor muy intenso.
 - Ruptura, parcial o total, generalmente producida en los músculos antagonistas al movimiento. Prevención: evitar ejercicio con dolor previo, falta de calentamiento y fatiga.
 - Calambres. Contracturas dolorosas súbitas y pasajeras, causadas generalmente por fatiga muscular o deshidratación.
 - Hernia muscular. Orificio abierto en el músculo. Más frecuentes: bíceps braquial, cuádriceps, aductor mediano y tibial anterior.
 - Tendinitis. Inflamación del tendón. Causas: suelos duros, calzado desgastado, pie plano o cavo.
 - Tenosinovitis. Inflamación de las vainas sinoviales. Causa: contusión. Más frecuentes: flexo-extensores de manos y pies.

En cuanto a las *afecciones cardiotorrespiratorias* deben ser destacados los trastornos en el ritmo cardíaco y respiratorio, que se presentan en forma de soplos coronarios, hipertensión, palpitaciones, cefaleas (Marcos Becerro, 1989b), así como el cuadro de asma inducido por la práctica de actividad física.

El *síndrome de sobreentrenamiento* (burn out o surmenage), por su parte, condiciona en la persona un estado de astenia, apatía, irritabilidad, desgana, aversión al trabajo físico, trastornos del sueño y anorexia. Este cuadro se suele producir, en multitud de ocasiones por la adicción al trabajo físico (cuyas causas son incontables, abarcando desde condicionantes económicos a meramente personales) y en otras por la utilización de *sustancias dopantes*.

Mucho más distante del conocimiento científico se encuentra el estudio de la relación de la actividad física con la esfera psicosocial de la salud. Aunque en multitud de ocasiones se han señalado los posibles beneficios de la práctica física en la salud psicosocial, pocas veces han sido contrastados los mismos desde el punto de vista de la investigación. Así, por ejemplo, siguiendo la revisión realizadas por De Vargas en su tesis doctoral en 1995, la práctica regular de actividad física permitiría en los aspectos psicológicos y sociales de la persona los siguientes hechos, muchos de ellos aún no contrastados:

- ▶ Mejora: Rendimiento académico. Personalidad. Confianza. Estabilidad emocional. Memoria. Independencia. Percepción. Imagen positiva del propio cuerpo. Satisfacción sexual. Bienestar. Eficiencia en el trabajo. Popularidad.
- ▶ Disminuye: Absentismo laboral. Confusión. Cólera. Depresión. Cefalalgia. Fobias. Conducta psicótica. Tensión emocional. Errores laborales.

Por su parte, Pérez Samaniego (1999) en una revisión más actualizada, siguiendo a autores como Blasco (1994), Boone (1994), Plasencia y Bolívar (1989), Pate y cols., (1991), Sánchez Bañuelos (1996), Toro (1996) y Weinberg y Gould (1996), establece, como se indicaba anteriormente en la tabla, los siguientes beneficios, considerando que la mayoría de ellos han sido obtenidos mediante investigación correlacional:

a. Beneficios psicológicos:

- Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas.
- Estado psicológico de bienestar.
- Sensación de competencia.
- Relajación.
- Distracción, evasión y forma de expresión de las emociones.
- Medio para aumentar el autocontrol.

En su conjunto se ha comprobado que estos efectos tienen especial relevancia para reducir la ansiedad y el estrés (Weinberg y Gould, 1996), tanto aguda como crónicamente.

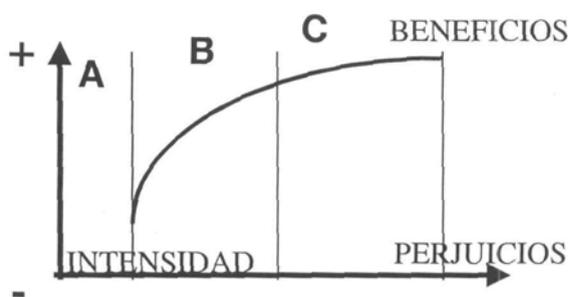
b. Consecuencias sociales (aún menos estudiadas en profundidad, pudiendo en algunos casos más que ser consecuencias o beneficios positivos, ser de carácter negativo (Sánchez Bañuelos, 1996):

- ▶ Rendimiento académico.
- ▶ Movilidad social.
- ▶ Construcción del carácter.

Si este tipo de conocimiento es actualmente escaso, menos se sabe aún sobre los efectos perjudiciales, de los cuales se pueden destacar los siguientes posibles riesgos sobre la salud psicológica: obsesión por el ejercicio; adicción o dependencia del ejercicio (Sachs y Pargman, 1984; Weinberg y Gould, 1996); agotamiento (síndrome de burn out) (Blasco, 1994; Boone, 1994); y anorexia inducida por el ejercicio (Toro, 1996; Gallo Vallejo, 2003).

Por lo expuesto, se puede concluir diciendo que los beneficios y riesgos de la actividad física sobre la salud bio-psico-social, se encuentran aún en un estado de confirmación y análisis profundo, para lo cual se requieren sobre todo de estudios longitudinales donde se analicen los diferentes hábitos de vida de las personas y su estado de salud en diferentes momentos evolutivos. Asimismo, no se ha de olvidar que la gran parte de los beneficios nombrados se dan cuando se supone que la actividad física realizada cumple una serie de criterios que la hacen saludable (de intensidad moderada, frecuente y duradera). Así, el incremento del esfuerzo realizado, fundamentalmente debido al incremento de intensidad, suele propiciar un incremento mayor de los riesgos que de los beneficios que aporta la actividad física, tal y como establecieron Powell y Paffenbarger (1985) y se expone en el gráfico 3. En éste se aprecia que a intensidades elevadas (zona C), aunque los beneficios siguen aumentando algo, los riesgos se incrementan notabilísimamente, comparándolo con las zonas A, en la cual la baja intensidad no produce ni beneficios ni riesgos y la zona B, de moderada intensidad, donde se incrementan mucho los beneficios y muy poco los riesgos. Así pues es, en esta zona B donde debería de ubicarse los programas de actividad física para personas adultas y mayores si se desea conseguir mejora de la salud y la calidad de vida.

GRÁFICO 3. RELACIÓN ENTRE INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y BENEFICIOS Y RIESGOS SOBRE LA SALUD



Fuente: Powell y Panfenbarger (1985).

RECOMENDACIONES PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE PROGRAMAS DE ACTIVIDADES MÉDICO DEPORTIVAS ORIENTADOS A LA SALUD

Delgado Fernández, M.; Gallo Vallejo, M. A.



V.1. PRINCIPIOS METODOLÓGICOS EN LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA A LA SALUD

En este apartado se va a analizar una serie de principios metodológicos que establecen Delgado y Tercedor (2002) que deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar una actividad física orientada a la salud, que condicione la adherencia a la propia práctica y a la vez que sea saludable en su realización. De forma esquemática establecen los siguientes principios:

- ▶ Consideración de la importancia de la actividad física en la salud pública.
- ▶ Individualización.
- ▶ Motivación.
- ▶ Implicación fisiológica del esfuerzo físico realizado.
- ▶ Umbral mínimo de adaptación física para el disfrute.
- ▶ Mentalidad físicamente activa.

a) Consideración de la importancia de la actividad física en la salud pública.

Sallis y Mckenzie (1991) aplican los principios de actuación en salud pública a los programas de actividad física orientada a la salud, estableciendo, entre otros, que:

1. Las actividades y habilidades planteadas con niños deben ser susceptibles de realizarse en la vida adulta.
2. Deben llevarse a cabo actividades de intensidad moderada.

En este mismo sentido, Pangrazi y cols. (1996) definen los siguientes criterios:

1. Actividad no competitiva.
2. Los individuos eligen la actividad y con quien quieren practicarla.
3. La participación no requiere un gran esfuerzo mental.
4. La actividad puede practicarse solo, sin compañero o equipo.
5. Los alumnos perciben algún valor personal en la práctica.
6. Puede llevarse a cabo sin que implique autocrítica.

Respecto a estos criterios nos gustaría comentar varias consideraciones. En primer lugar, que pensamos que si la persona conoce el por qué y para qué de la actividad física, la adherencia se incrementa. En segundo lugar, que aunque sea más fácil la práctica en solitario, muchos individuos no tienen la capacidad de realizarla sin compañía. Y en tercer lugar, que es necesario un nivel mínimo de crítica hacia algunas modalidades de práctica físico-deportiva que, como se indicaba antes en las creencias erróneas, pueden ser más perjudiciales que beneficiosas.

b) Individualización.

Para los profesionales de la enseñanza este es un principio pedagógico crucial. Es evidente que también se debe tener presente en la promoción de la salud por medio de la actividad física, considerando que cada individuo presenta una historia diferente, un nivel de condición física, unas capacidades funcionales, unas circunstancias personales y unas preferencias hacia unas actividades u otras que habrán de considerarse cuando se hagan recomendaciones de práctica de actividad física (Cale y Harris, 1993). Uno de los recursos de los que se sirve el profesional en actividad física para llevar a cabo la individualización es la evaluación con sus diversas técnicas e instrumentos (Tercedor y cols, 1996). En ocasiones se hace prácticamente imposible el llevar a cabo este principio a su máximo nivel; en estas circunstancias el profesional podrá optar por formas de organización que le permitan establecer al menos dos o tres grupos, estando constituidos por sujetos de similar capacidad o bien de similar interés.

c) Motivación.

Como ya se expuso previamente, la motivación, junto con las actitudes, se presentan como factores fundamentales para conseguir la generación, mantenimiento o modificación de un hábito de vida; en nuestro caso, la práctica físico-deportiva. Ya vimos anteriormente como la misma se modifica con el paso de los años. En cualquier caso, la motivación hacia la práctica de actividad física ha de estar centrada en aspectos intrínsecos, dirigidos hacia la propia ejecución de la actividad, complementada con motivaciones condicionadas por la aprobación social de llevarla a cabo y nunca exclusivamente en motivaciones externas, orientadas a la consecución de resultados o rendimiento (Duda, 2001).

d) Implicación fisiológica de la sesión.

Además de los criterios psico-sociales expuestos hasta el momento, no se debe menospreciar la *implicación fisiológica* de las sesiones de actividad física, garantizando un mantenimiento o mejora de los factores de la condición física relacionados con la salud, como se expondrá posteriormente. Todo ello considerando que se ha mostrado como el disfrute en la práctica de actividad física implica superar un cierto nivel de condición física y competencia motriz (Sánchez Bañuelos, 1996). Al respecto Parcel y cols (1987), en el proyecto *Go For Health*, establecen una serie de propuestas para incrementar el tiempo en el que los sujetos están realizando actividad durante las sesiones:

- utilizar formas de organización que permitan al alumnado optimizar el tiempo de práctica;
- seleccionar un porcentaje elevado de actividades aeróbicas;
- incluir actividades que permitan la participación de todos los sujetos tanto como sea posible.

Por su parte, Strand y Reeder (1996) señalan que se podría incrementar la implicación cardiovascular en actividades jugadas mediante los siguientes criterios:

- ▶ limitar los componentes del equipo;
- ▶ aumentar el número de juegos que se realizan simultáneamente;
- ▶ reducir las dimensiones del terreno de juego;
- ▶ en deportes como voleibol o tenis, situar al jugador que realiza el saque cerca de la red.

e) Umbral Mínimo de Adaptación Física para el Disfrute (UMAFD).

Este concepto, que explica en parte la adherencia hacia la práctica de actividad física, ha sido desarrollado por Sánchez Bañuelos (1996). El individuo debe superar una capacidad mínima a partir de la cual podrá obtener una sensación de disfrute asociada a la práctica física. De este UMAFD deducimos las siguientes consecuencias metodológicas para las sesiones de actividad física (Delgado y Tercedor, 2002; 132-133):

- Se deben exigir unos mínimos en cuanto a competencia motriz. Entendemos que a partir de una capacidad mínima para llevar a cabo una tarea con éxito, el individuo podrá empezar a disfrutar con la práctica de la misma, haciendo más probable que ésta constituya una actividad a realizar durante su tiempo libre.
- Se deben adaptar las tareas al nivel de cada persona, de forma que le sea fácil alcanzar el UMAFD.

- Se debe orientar a cada sujeto hacia aquellas actividades físicas o deportes que resulten más adecuadas a sus capacidades.

No deseamos terminar este apartado sin indicar que aunque el proceso para conseguir que una persona cree un estilo de vida saludable es lo primordial, hay que intentar conseguir ese nivel mínimo de producto que permita disfrutar más del proceso. O ¿no disfrutaríamos más al pintar cuando tenemos capacidad de combinar colores que cuando no lo sabemos?, ¿no es más satisfactorio tocar la guitarra cuando somos capaces de articular varias notas o compases que cuando no tenemos dicha competencia?.

f) Mentalidad físicamente activa.

Bajo este principio intentamos destacar el papel del profesional en actividad física como promotor de un estilo de vida físicamente activo, para lo cual se debe conseguir que el individuo incluya en sus actividades cotidianas aquellas que presenten cierta implicación motriz, ya que se ha mostrado cómo la actividad física habitual puede reportar tantos beneficios en salud o más que aquella que se asocia a la práctica deportiva o de ejercicio físico (Tercedor, 2001).

Así, una de las cuestiones importantes es mantener o adquirir una *mentalidad físicamente activa*. Bajo este principio, Rodríguez (1995a) establece una serie de recomendaciones orientadas a aumentar el nivel de actividad física informal:

- utilizar transporte alternativo al mecanizado (caminar, ir en bicicleta, ir sobre patines,...);
- implicarse en tareas domésticas (limpieza, jardinería, bricolaje,...);
- realizar actividades recreativas (excursiones, paseos, bailes, deportes,...).

A modo de síntesis de estos principios metodológicos de intervención, Delgado y Torres (1998) exponen las siguientes características e implicaciones didácticas atribuibles a la actividad física, para que siendo atrayente, permita promocionar la salud y la calidad de vida:

- o debe ser *lúdica*, para conseguir el disfrute y la satisfacción del individuo consiguiendo con ello su motivación;
- o debe ser *saludable*, para lo cual se requiere una reorientación de algunos contenidos, evitando incoherencias entre un modelo teórico de actividad física relacionada con la salud y una puesta en práctica de un modelo dirigido al rendimiento;
- o debe ser *significativa* para el individuo, tanto desde el punto de vista de consecución de metas, como desde el punto de vista de su satisfacción;

- o debe permitir la *autonomía* de la persona, para que la formación dada en las sesiones le sirva en su vida cotidiana, creando un estilo de vida físicamente activo;
- o debe conseguir *funcionalidad futura*, creando un hábito de vida que le permita la consecución del bienestar personal y colectivo;
- o debe aprovechar y recuperar *espacios* no utilizados y evitar la infrautilización de los existentes, entre los que se incluye las instalaciones escolares;
- o debe permitir *horarios flexibles* en su desarrollo, y
- o debe acoger la *interdisciplinaridad* con profesionales de distintas áreas profesionales y de conocimiento.

V.2. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CONDICIÓN FÍSICA ORIENTADA A LA SALUD: GUÍA PARA LA PROGRAMACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN ADULTOS

El término de condición física o physical fitness, siguiendo a Pate (1988), se puede considerar en tres niveles relevantes de la actuación física y deportiva:

- motor performance (rendimiento motor);
- physical fitness (condición física); y
- health related physical fitness (condición física relacionada con la salud).

Como ya hemos expuesto previamente (Delgado y Tercedor, 2002; 235 y siguientes), el primer nivel representa el objetivo del entrenamiento deportivo específico y se podría definir como la capacidad para realizar habilidades y actividades físicas vigorosas, incluidas aquellas correspondientes al deporte. El último nivel es el objetivo del entrenamiento genérico fisiológico o de la condición física básica y podría definirse como la capacidad funcional que la persona tiene o adquiere para poder realizar actividad física. El nivel intermedio puede quedar englobado en cualquiera de los dos tipos de entrenamiento y supone una capacidad intermedia entre el alto rendimiento y los niveles adecuados de condición física para estar en salud (American College of Sports Medicine -ACSM-, 1998a). Un análisis comparativo entre las capacidades de la orientación de rendimiento y salud se aprecia en el cuadro 6, apareciendo con interrogaciones, aquellas que se presentan dudosas en cuanto a su ubicación.

La condición física se relaciona con un nivel de *aptitud física* que permite a la persona desenvolverse de forma adecuada en su vida cotidiana sin padecer enfermedad, mientras que la condición motriz se relaciona con un nivel de *aptitud deportiva*

que permite al individuo conseguir un elevado rendimiento en competición (Delgado, 1997).

CUADRO 6. COMPONENTES DE LA CONDICIÓN FÍSICA RELACIONADOS CON EL RENDIMIENTO MOTOR O CON LA SALUD

Componentes o capacidades	Condición física relacionada con la salud	Condición física relacionada con el rendimiento motor o condición motriz
Resistencia:		
-Aeróbica o cardiorrespiratoria	X	X
-Anaeróbica aláctica		
-Anaeróbica láctica	?	X
		X
Fuerza:		
-Máxima		X
-Explosiva		X
-Resistencia muscular	X	X
Velocidad:		
-Tiempo de reacción		X
-Velocidad gestual o rapidez de movimiento	?	X
	?	
-Velocidad de desplazamiento		X
Amplitud de movimiento (flexibilidad):		
Movilidad articular	X	X
Elasticidad muscular	X	X
Elongación tejidos blandos		X
Capacidades coordinativas	?	X
Composición corporal	X	X

Fuente: ACSM (1998,a).

Atendiendo a esta situación en la que nos encontramos en la actualidad, y considerando el discurso desarrollado en el artículo previamente citado, se pueden hacer una serie de reflexiones, en lo referente a la propia conceptualización:

1. Se ha descrito en la literatura especializada que los componentes de la condición física para la salud son la resistencia cardiorrespiratoria, flexibilidad, fuerza y resistencia muscular, y composición corporal (Pate, 1988; ACSM, 1990, 1998a).. La velocidad, generalmente, queda excluida de los componentes de CFS, dado que es una característica que es necesaria fundamentalmente con fines de rendimiento (Cometti, 1988), cuando la persona requiere de la realización de movimientos o desplazamientos lo más rápido posible. A pesar de ello no se puede dudar que el tiempo de reacción y la rapidez de movimiento son características que identifican un adecuado estado del sistema nervioso, base de la competencia motriz de una persona. Por ello consideramos que debería formar parte de un acondicionamiento físico orientado a la salud, aunque reconocemos la dificultad práctica que condiciona su introducción dentro de un programa autogestionado. Ello es debido a la dificultad implícita de su

posibilidad de desarrollo (entrenamiento muy metódico), así como por estar condicionada en gran medida por componentes genéticos.

2. La resistencia aeróbica es necesaria porque ocasiona una mejora cardiovascular y respiratoria, así como metabólica (ACSM, 1998a; Després y cols, 1991; Mckeag, 1991), todo lo cual repercute en que la actividad cotidiana o la práctica físico-deportiva se vuelva más económica, evitando la fatiga y, por tanto, reduciendo o anulando la aparición de accidentes, lesiones y enfermedades. Nada más que nombrar el gran número de estudios que analizan la actividad física o la condición física como factor que repercute en el riesgo de enfermedad coronaria (ACSM, 1994).
3. La mejora de la movilidad articular y la elasticidad muscular es necesaria por el efecto preventivo y rehabilitador sobre las lesiones que ocasiona la práctica físico-deportiva (Caramia y Rossi, 1990), por incrementar la eficacia de los gestos deportivos y porque permite un mejor conocimiento corporal y control postural (Hahn, 1988), aunque algunas de estas características se estén cuestionando en los últimos años en estudios bien contrastados.
4. La fuerza tiene su importancia dado que permite que el alumnado tenga un buen tono muscular general y mantenga adecuadamente la fuerza de la musculatura de sostén del esqueleto, evitando de esta manera mucho de los problemas posturales actuales (American Academy of Pediatrics Committes on Sports Medicine, 1990; Marcos, 1989b; 2000). Así mismo, como se verá posteriormente, condiciona una mejor composición corporal, con mayor porcentaje de masa libre de grasa y una incrementada densidad mineral ósea (ACSM, 1983, 1994). Por su parte, el alto riesgo que supone hacer esfuerzos máximos o explosivos, desaconseja su utilización sistemática en la labor promotora de salud, y con precauciones en el ámbito del entrenamiento deportivo.
5. La realización de actividad física para actuar favorablemente sobre la composición corporal debe estar dirigida a disminuir el porcentaje de grasa corporal (y evitar su inadecuada distribución) y aumentar el porcentaje de masa muscular, con el fin de que el organismo esté en un mejor estado de salud, haciendo posible además obtener mayores rendimientos deportivos (Brauer y Enjke, 1990; Hengenroeder y Klish, 1990).
6. El trabajo de velocidad de movimientos cíclicos o velocidad de desplazamiento debe tener en cuenta una serie de consideraciones importantes para hacerlo más saludable:
 - adecuado calentamiento antes de realizarlo;
 - evitar el trabajo sistemático del mismo.
7. La no inclusión de las capacidades coordinativas dentro de los componentes relacionadas con la salud, aunque en cierta medida es lógica, dado que suele ir encaminada a la mejora de la habilidad o destreza para ejecutar movimientos o gestos, nos parece insuficiente, principalmente, por dos razones:

- a) en etapas educativas es fundamental su desarrollo, dado que en estas fases evolutivas es cuando el ser humano tiene su tasa más alta de poder aprender desde el punto de vista motor y sería impropio no aprovecharlo (Caldecott, 1988; Jones y Bate, 1990; Ruiz Pérez y Sánchez Bañuelos, 1997);
- b) existen componentes de las capacidades coordinativas que creemos muy necesarios en el desarrollo de la condición física orientada a la salud, entre los que destacamos el conocimiento del propio cuerpo (imagen corporal, esquema corporal, etc.), la relajación (como capacidad para contrarrestar la tonicidad provocada por las situaciones cotidianas de más o menos estrés) (Caldecott, 1988, Fox y Biddle, 1986; Narganes, 2000; Pérez Samaniego, 1999), así como el equilibrio, sobre todo a medida que pasan los años y se pierde en gran medida, siendo causa de caídas frecuentes y de gran coste económico (ACSM, 1998b).

V.3. MODELOS DE CONDICIÓN FÍSICA: SALUD VERSUS RENDIMIENTO

En esta coyuntura terminológica, se ha terminado por aceptar dos modelos de condición física, que tienen en la actualidad una alta relevancia social: **condición física - salud** (CFS) y **condición física - rendimiento** (CFR), que corresponderían aproximativamente a:

Condición física - salud:

Condición física relacionada con la salud.
Condición física básica.
Aptitud física.

Condición física - rendimiento:

Rendimiento motor.
Condición física específica.
Aptitud deportiva.

En el presente texto, el tratamiento del acondicionamiento físico irá dirigido fundamentalmente al estudio del primer modelo, la CFS, dado que es la primera que debe ser desarrollada cuando una persona se inicia en la práctica física y deportiva, situación en la que se encuentran los niños, personas desentrenadas y mayores, ámbitos de trabajo fundamental en la actividad física orientada a la salud (ACSM, 1998 a).

V.3.1. PRESCRIPCIÓN VERSUS RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones para el desarrollo de la condición física orientada a la salud sigue siendo una línea de trabajo que requiere un conocimiento más exhaustivo, dado

la falta de estudios que hayan comparado de forma operativa los efectos orgánicos que condicionan programas de acondicionamiento físico con diferentes criterios de frecuencia, intensidad, duración, modo de actividad y forma de progresión. Es más, incluso las relaciones entre la actividad física habitual de las personas y su relación con los componentes de la condición física siguen sin estar esclarecidos (Bouchard y cols. 1994), debido posiblemente a los índices de correlación tan bajo que presentan (Plasencia y Bolívar, 1989; Tercedor y Delgado, 2000). Por ello, para poder entender mejor la situación actual, se hace necesario delimitar dos grupos de elementos: las adaptaciones orgánicas que condiciona la práctica de actividad física regular sobre la condición física y los requisitos de estandarización de los programas de acondicionamiento físico (ACSM, 1998a).

Respecto al primero, las variables morfológicas y funcionales a estudiar, sobre las cuales se supone va a tener alguna repercusión el programa de acondicionamiento son, entre otras: estado cardiorrespiratorio medido a través del consumo máximo de oxígeno (VO_2 max), umbral anaeróbico (UA), así como el estado metabólico; la fuerza y la resistencia muscular; el rango de movilidad de las articulaciones y grado de elasticidad muscular; y la composición corporal valorada a partir de masa corporal total, masa grasa (MG), masa libre de grasa (MLG) y distribución corporal de la grasa. Además, deberían ser consideradas como variables que condicionan mucho los efectos, la edad y el sexo. En este sentido, se debe destacar la casi ausencia de estudios en la investigación de acondicionamiento físico orientado a la salud en mujeres y, por tanto, las consideraciones que se van a referir a continuación quedan, en gran medida, por corroborar en ellas. Por el contrario, se conoce bastante mejor los efectos que dicho acondicionamiento produce sobre el sistema reproductor femenino (véase Bonen, 1994) o sobre la osteoporosis postmenopáusica (ACSM, 1995a), así como las consideraciones que deben ser tenidas en cuenta en la práctica de actividad física durante el embarazo (ACOG, 1994).

Referente al segundo gran elemento, es patente la ausencia de estandarización de los protocolos de entrenamiento (sobre todo en lo referente a sus contenidos), de los diseños de investigación utilizados, así como de los procedimientos para evaluar las variables a estudio (Wenger y Bell, 1986). Algo similar ocurre cuando se evalúa el nivel de actividad física habitual (Plasencia y Bolívar, 1989). Por otra parte, la interpretación de los resultados presentan dificultad, dado que son dependientes de criterios como el nivel inicial de condición física, la duración del tiempo del programa, especificidad de los tests de valoración y del propio entrenamiento, la edad de los sujetos y el sexo, entre otros (ACSM, 1998a). Esta entidad recomienda como período mínimo que debe tener un programa para poder apreciar efectos sobre la condición física orientada al fitness de 15 a 20 semanas, pudiéndose necesitar algo más para cambios sobre la salud, sobre todo cuando los sujetos son adultos de edad media o mayores sedentarios. Estos últimos requieren un período de adaptación más largo, como verifica Seals y cols en 1984 y se corrobora en la revisión del ACSM de 1998b, referida a mayores.

V.3.2. EVOLUCIÓN DESDE LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO A LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA TODA LA VIDA

En estas últimas décadas se ha venido produciendo un cambio en la forma de interpretar y aconsejar la actividad física para el desarrollo de la condición física orientada a la salud. Así, tomando como ejemplo la prescripción realizada por el ACSM, utilizada como guía en muchas partes del mundo, se ha pasado desde orientaciones más basadas en criterios de actividad físico-deportiva orientada al rendimiento, como la de 1978, hacia sugerencias más dirigidas a la salud (ACSM, 1990), llegando hasta las actuales ubicadas en un nivel intermedio, definido como fitness, propiamente dicho (ACSM, 1998a). Así, niveles inferiores a los que se indican en la recomendación de 1998 (que expondremos a continuación), pueden ser adecuados para reducir el riesgo de ciertas enfermedades crónicas degenerativas (ACSM, 1993, 1994, 1995a), composición corporal (ACSM, 1983) y mejorar el fitness metabólico¹, sin producir mejoras en el componente cardiorrespiratorio (Despres y cols, 1991; Paffenbarger y cols, 1986). Rodríguez (1995 a y b:90) habla de un enfoque en el trabajo para obtener una *mentalidad físicamente activa*.

Históricamente, intentando responder a la pregunta de cuánta actividad física es necesaria para estar en salud, se había buscado un nivel de práctica a partir del cual se redujera de forma drástica el riesgo de morbilidad y mortalidad (Bouchard y cols, 1990; 1994). En la actualidad, las grandes instituciones que prescriben y recomiendan la práctica de actividad física para la salud, reconocen que cualquier nivel de práctica incrementada puede producir mejoras (NIH Consensus Conference, 1996). Así, atendiendo a lo expuesto, se puede establecer un *continuum de práctica*, como también definimos en las sugerencias de Pate (1988), que respondería a los siguientes ámbitos de la población:

- ▶ *Actividad física orientada a la salud*, para todo tipo de persona sana con un nivel de bajo a moderado de actividad física y/o condición física, o para sujetos con alguna patología que pueden ser beneficiada por la práctica de actividad física;
- ▶ *Actividad física orientada al fitness*, para personas sanas con un nivel de moderado a alto de actividad física y/o condición física;
- ▶ *Actividad física orientada al rendimiento*, para individuos sanos con un nivel máximo de condición física y unos requerimientos extremos de actividad física planificada, en forma de programas de entrenamiento dirigidos hacia la competición deportiva.

¹ Por fitness metabólico, Després y cols (1991) entienden el estado de los sistemas metabólicos y las variables predictoras del riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular que se pueden alterar favorablemente con el incremento de actividad física o ejercicio regular de resistencia sin el requerimiento de un aumento del VO₂máx.

En este continuum, las personas más beneficiadas son las que pasan de niveles sedentarios a un nivel mínimo de actividad física, consiguiéndose beneficios adicionales cuando se pasa a niveles mayores de intensidad, frecuencia y duración, pero comenzándose a incrementar los riesgos (Williams, 1997). En este continuum, se ha definido como rango más adecuado para la orientación hacia la salud, el que va de las 700 a 2000 kcal de gasto energético semanal por incremento de la práctica de actividad física (Lee y cols, 1995; Paffenbarger y cols, 1986). En Estados Unidos tan sólo cerca del 15% de la población adulta participa en actividades que cumplan las recomendaciones para mejorar o mantener el nivel de condición física -fitness- (Department of Health and Human Services, 1996 citado en ACSM, 1998a) y algo más para la salud (1990, 1991). A ello hay que unirle que entre el 25 y el 35% abandona los programas que inician en un período entre 10 a 20 semanas (Pollock, 1988). Esto origina la necesidad de plantear estrategias sobre el comportamiento para mejorar la adherencia a los mismos (Dishman, 1994), que parecen indicar mejor efectividad cuando se realizan trabajos más frecuentes pero de menor intensidad. Esta forma de esfuerzo es, posiblemente, más compatible con la premisa de promoción de salud de *hacer más accesibles las opciones más saludables*.

Atendiendo a esta serie de consideraciones, nos resulta más apropiado utilizar términos como recomendaciones, sugerencias, indicaciones, etc., que propiamente el de prescripción de ejercicio físico, dado que este último denota un sentido médico de cumplir con una receta. Todos sabemos que cuando los tratamientos han dado efecto, dejamos de tomar el medicamento. Aplicado a la práctica de actividad física se traduciría en un abandono de la misma cuando se han obtenido los efectos esperados. Por todo, remitimos al lector a los principios de la actividad física orientada a la salud expuestos en el apartado anterior, mucho más concordante con un modelo de estilo de vida físicamente activo para toda la vida.

V.3.3. RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA A LA CONDICIÓN FÍSICA- SALUD

Las recomendaciones realizadas por el ACSM en el año 1998a quedan resumidas en la cuadro 7., que recordamos van más enfocadas al grado de fitness que al propiamente de salud.

CUADRO 7. RECOMENDACIÓN DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA AL DESARROLLO DE LA CONDICIÓN FÍSICA RELACIONADA CON LA SALUD

	Tipo de actividad	Frecuencia	Duración	Intensidad
Resistencia cardio-respiratoria	Actividad que emplee grandes grupos musculares, continua, rítmica y aeróbica	3-5 días / semana	20-60 minutos (en períodos de más de 10 minutos)	55%-65% a 90% FC máxima (FCM) 40%-50% a 85% VO ₂ Reserva (VO ₂ R) o FC Reserva (FCR)
Fuerza y resistencia muscular	Entrenamiento con cargas de grandes grupos musculares	2-3 días / semana	Tiempo necesario para 8-10 ejercicios	8-12 repeticiones máximas (RM) (10-15 RM en sujetos desentrenados o mayores)
Amplitud de movimiento	Estiramientos musculares y movilidad articular de grandes grupos musculares. Técnicas estáticas y dinámicas.	Al menos 2-3 días / semana	15-30 segundos por ejercicio con 4 repeticiones por grupo muscular	Sin dolor
Composición corporal	Actividad aeróbica para controlar peso corporal y masa grasa. Entrenamiento de carga para mantener peso libre de grasa.			

Fuente: ACSM (1998, a).

Analicemos los componentes del acondicionamiento físico orientado a la salud por separado, matizando las consideraciones expuestas en la tabla. Éstas siguen un modelo que se ha definido con diferentes siglas y que en el presente texto vamos a considerarla como F.I.D.T. (frecuencia, intensidad, duración y tipo), a la que se debe adicionar la progresión (P) en el trabajo, y autores como Devís y cols (2000) introducen también la variedad (V). Antes de iniciar las mismas, se debe de considerar como premisas fundamentales:

- o los efectos del entrenamiento están en relación al estímulo de la carga: mayores efectos a mayores cargas, aunque se puede entrar en un nivel de riesgo para cargas elevadas;
- o necesidad de especificidad de los estímulos, sobre todo en lo referente a las capacidades de fuerza y amplitud de movimiento. La resistencia aeróbica, dado que es una capacidad eminentemente metabólica, puede ser trabajada de formas muy distintas y válidas.

a) Resistencia cardiorrespiratoria o aeróbica.

La recomendación F.I.D.T. para la resistencia cardiorrespiratoria o aeróbica se puede sintetizar en (ACSM, 1998a):

Frecuencia: 3/5 días a la semana, dado que una frecuencia menor no produce mejora, salvo en personas muy desentrenadas y realizar más de 5 sesiones semanales incrementa los riesgos desmesuradamente.

Intensidad: 55%-65% a 90% de la frecuencia cardíaca máxima (FCM) ó 40%-50% a 85% del consumo de oxígeno de reserva (VO₂R) o de la frecuencia cardíaca de reserva (FCR). Los valores en el rango 55-64% de la FCM o entre el 40-49% del VO₂R o FCR se pueden aplicar a sujetos con peor estado de condición física.

Duración: 20-60 minutos de actividad continua o fraccionada, debiendo ser el período mínimo de 10 minutos, acumulados a lo largo del día. No se debe olvidar la relación entre intensidad y duración, por lo cual ambos criterios deben ser tenidos en cuenta simultáneamente. Así, el incremento de la intensidad para un mismo gasto energético se asocia con un mayor riesgo cardiovascular, lesión ortopédica y una menor adherencia a los programas de entrenamiento. Por dicha razón, es más recomendable programas de menor intensidad, máxime cuando la mayor parte de las personas que se verían beneficiadas por la realización de éstos, son adultas y tienen al menos un factor de riesgo coronario (Department of Health and Human Services, 1996). En el cuadro 8 se establecen los diferentes rangos de intensidad del esfuerzo para sesiones de trabajo entre 20 a 60 minutos (ACSM, 1998a).

CUADRO 8. CLASIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, REALIZADA HASTA 60 MINUTOS DE DURACIÓN

Intensidad	Actividad de resistencia cardiorrespiratoria							Ejercicio de fuerza
	Intensidad relativa ¹			Intensidad absoluta (METs) en adultos sanos (edad en años) ²				Intensidad relativa ³
	VO ₂ R (%) FCR (%)	FCM (%)	RPE	Joven (20-39)	Edad media (40-64)	Mayor (65-79)	Muy mayor (+80 a)	Contracción voluntaria máxima (%)
Muy suave	≤20	≤35	≤10	≤2.4	≤2.0	≤1.6	≤1.0	≤30
Suave	20-39	35-54	10-11	2.4-4.7	2.0-3.9	1.6-3.1	1.1-1.9	30-49
Moderada	40-59	55-69	12-13	4.8-7.1	4.0-5.9	3.2-4.7	2.0-2.9	50-69
Dura	60-84	70-89	14-16	7.2-10.1	6.0-8.4	4.8-6.7	3.0-4.25	70-84
Muy dura	≥85	≥90	17-19	10.2-11.9	≥8.5	≥6.8	≥4.25	≥85
Máxima	100	100	20	12.0	10.0	8.0	5.0	100

¹Valores máximos como medidas tomadas en pruebas máximas en sujetos adultos sanos. VO₂R = consumo de oxígeno de reserva; FCR = frecuencia cardíaca de reserva; FCM = frecuencia cardíaca máxima; RPE = Percepción subjetiva del esfuerzo según escala de Borg de 6-20 (Borg, 1982).

² Intensidad absoluta (METs) evaluados aproximadamente como valores medios para hombres. Para mujeres los valores medios son aproximadamente 1-2 mets menor que para ellos.

³Basada en 8-12 repeticiones para personas por debajo de 50-60 años y 10-15 repeticiones para personas de 50-65 años y mayores.

Department of Health and Human Services. Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996

Fuente: American College of Sports Medicine, 1998. Ob.cit. pg. 978.

Tipo o modo de actividad: cualquier tipo de actividad que emplee grandes grupos musculares, que pueda ser mantenida de forma continua, y que sea de naturaleza rítmica y aeróbica, tales como andar, correr, nadar, montar en bicicleta, bailar, danzar, esquí de fondo, saltar a la comba, remar, subir escalones, patinar, juegos de resistencia o combinaciones de las anteriores. Desde un punto de vista práctico se pueden establecer dos grandes formas de trabajo:

- ▶ Actividades de resistencia cardiorrespiratoria, evitando la reiteración del mismo tipo de esfuerzo, para evitar sobrecarga del aparato locomotor (ACSM, 1995b). Igualmente los desplazamientos muy rápidos pueden ser perjudiciales, al menos en personas desentrenadas y mayores (Marcos Becerro, 2000).
- ▶ Actividades de fuerza y resistencia muscular en circuito.

Progresión: dado que existe una relación de dependencia entre los factores anteriores, la posibilidad de progresión es variada, siendo aconsejable sesiones de más duración a menor intensidad y con mayor frecuencia semanal de práctica, que menor número de sesiones a más intensidad y de menor duración. De esta forma es menos probable la aparición de lesiones y otros peligros potenciales, entre ellos el de abandono de la práctica.

b) Fuerza y resistencia muscular.

La recomendación F.I.D.T. para la fuerza y resistencia muscular se puede sintetizar en (ACSM, 1998a):

Frecuencia: 2-3 días a la semana. Feigenbaum y Pollock en 1997 indican que debe ser considerada la variación de la frecuencia semanal de práctica atendiendo a los grupos musculares: 1-2 días para la musculatura de la columna vertebral y tronco, y 3 días para la musculatura de las extremidades.

Intensidad: 1 serie de 8 a 12 repeticiones máximas o próximas a la fatiga (para las personas desentrenadas y mayores una serie de 10 a 15 repeticiones máximas). Este número permite conseguir una mejora conjunta de la fuerza y la resistencia muscular (para ganar más fuerza, menor número de repeticiones y para incrementar más la resistencia muscular, mayor número de repeticiones).

Duración: aproximadamente entre 10 a 20 minutos. La recuperación de estos ejercicios va a oscilar entre no utilizar ningún tiempo, hasta un máximo de 3 minutos, siendo lo habitual un descanso promedio de 30 segundos a un minuto. El hecho de ir cambiando de grupo muscular, así como el propio objetivo del desarrollo de la fuerza en este modelo saludable, permite que las recuperaciones sean tan escasas.

Tipo o modo de actividad: 8-10 ejercicios para los grandes grupos musculares (brazos, hombros, pecho, abdomen, espalda, caderas y piernas). Se recomienda ejercicios de tipo dinámico, que puedan realizarse de forma rítmica, con una

velocidad moderada a lenta y ejecutados con una ventilación normal. Entre los diferentes medios a utilizar para el desarrollo de estas capacidades se encuentran: ejercicios tradicionales de calistenia, bandas elásticas, ayuda del compañero, pesas y máquinas (Marcos Becerro, 2000), suponiendo estos últimos los que permiten una mejor dosificación de las cargas de trabajo.

Progresión: principio fundamental del acondicionamiento de la fuerza, se debe realizar a través del incremento del número de series por grupo muscular, fundamentalmente.

c) Amplitud de movimiento.

La recomendación F.I.D.T. para la amplitud de movimiento, también denominada flexibilidad, se puede sintetizar en (ACSM, 1998a):

Frecuencia: mínimo de 2-3 días a la semana.

Intensidad: sin criterio, salvo que se considere la aparición del dolor como el límite para ejecutar el movimiento.

Duración: 10-30 segundos, notando una ligera tensión por alargamiento pero sin llegar a dolor. Cuatro repeticiones por grupo muscular (Taylor y cols, 1990). En total podría suponer entre 5 y 10 minutos por sesión. Tiempo superiores por cada esfuerzo realizado no aumenta más la eficacia (Bandy e Irion, 1994).

Tipo o modo de actividad: técnicas estáticas y/o dinámicas para el mantenimiento de la movilidad articular y elasticidad muscular, por núcleo articular y por grupo muscular, respectivamente, dado el carácter específico de su desarrollo. Aunque se muestra como más efectiva la facilitación neuromuscular propioceptiva (Sady y cols, 1982) que los trabajos balísticos y estáticos, la primera, aplicada en su forma pura, presenta una mayor dificultad técnica para su ejecución, requiriéndose en algunos casos la asistencia de una persona especializada que conozca su forma de implementación. Por ello, se tienden a utilizar formas modificadas (activa/asistida, contracción/relajación, mantener/relajar). Se ha de cuidar siempre realizarlos al final de las sesiones y si se ejecutan al principio de las mismas nunca debe hacerse de forma vigorosa. En este último caso requeriría de un calentamiento previo. Los grupos musculares que requieren una mayor dedicación son paravertebrales, psoas-iliacos, isquiosurales y cuádriceps. En segundo término no deberían ser olvidados los aductores de las piernas y gemelos.

Progresión: incrementar el número de repeticiones por grupo muscular (aunque puede ser ineficaz) o aumentar la frecuencia semanal, hasta convertirla en diaria.

d) Composición corporal.

Los datos epidemiológicos que muestran la relación entre excesivo peso y grasa corporal con tasas de morbi-mortalidad, hacen que la preocupación por la composición corporal sea un tema de máxima actualidad en el ámbito de la salud. Por tanto, su

tratamiento en el modelo de CFS no parece estar para nada mal ubicado. Por otra parte, la estética ha alcanzado en nuestra sociedad un valor extraordinariamente importante, llegando a ser incluso un elemento de discriminación social (Toro, 1996). Esta influencia tan desorbitada de la misma origina una preocupación obsesiva en un gran rango de la población por tener una buena imagen corporal, ocasionando la aparición de patologías como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y, más recientemente, la vigorexia, así como penalizando de forma drástica la obesidad (Toro, 1996; 2000; Gallo Vallejo, 2003). Esta imagen de lo corporal referida al ámbito de la actividad físico-deportiva se suele concreta en dos modelos de cuerpo (Devís y cols, 2000): el *cuerpo máquina*, capaz de soportar esfuerzos físicos y entrenamientos continuados al límite de la capacidad del ser humano, y el *cuerpo nanone*, con medidas antropométricas fuera de los rangos normales de la mayor parte de la población, con excesiva delgadez en la mujer y cuerpo musculoso en el hombre y, en ambos casos, totalmente libre de grasa. El gran reto social que se presenta a los especialistas en este ámbito de trabajo es no dejarnos influenciar por dichos modelos y hacer una labor loable y digna (Devís, 2000).

Atendiendo a las recomendaciones de práctica de actividad física para la composición corporal, en la actualidad existen muy pocas dudas sobre la forma ideal de pérdida de peso: combinación de dieta y ejercicio (ACSM, 1983; Stefanick, 1993). Si se realizan por separado, la restricción calórica dietética permite una reducción del peso más rápida que el incremento del gasto energético que conlleva la práctica de actividad física, dado que esta segunda forma es más difícil de conseguir y mantener (Stefanick, 1993). La gran ventaja de conseguir una reducción del peso a través del ejercicio físico, es que se puede reducir simultáneamente la masa grasa, manteniendo (e incluso incrementando (NIH Consensus Conference, 1996)) la masa libre de grasa (Mcardle y cols, 1990). Se ha establecido como umbral mínimo de gasto energético por sesión de trabajo, para conseguir dichos beneficios, de 250 a 300 kcal para una persona de 75 kg (Pollock y Wilmore, 1990) o un equivalente mínimo de 2 kcal/kg (Department of Health of Human Services, 1996) u óptimo de 4 kcal/kg (Haskell y cols, 1985). Al igual que se comentaba antes, es recomendable incrementar más la frecuencia y duración que la intensidad, para evitar posibles riesgos, sobre todo cuando se está iniciando un programa con personas que tienen sobrepeso.

Mucho menos conocemos en cuanto a la recomendación de actividad física para personas con déficit de peso y masa grasa, aunque el factor preventivo resulta crucial. Evitar la obsesión y la adicción por el ejercicio físico son algunas de las formas más adecuadas para compensar dichas patologías (Toro, 1996; Weinberg y Gould, 1996).

e) Otros componentes o capacidades de la condición física orientada a la salud.

Como se comentó en la conceptualización de componentes o capacidades que conforman los modelos de CFS y CFR, existen una serie de ellos y ellas que, sin haber sido incluidos en el primer modelo, resulta interesante tenerlos en consideración a falta de investigaciones más exhaustivas. En nuestro caso, la experiencia práctica nos parece

indicar que son elementos imprescindibles de esta forma saludable de entender la práctica de actividad física, o bien que deberían ser considerados dentro del desarrollo de la condición física orientada a la salud.

Las capacidades coordinativas son necesarias en su conjunto dado que son la base del desarrollo motor. Por su especial incidencia en el trabajo sobre la salud, nos merecen especial atención el esquema corporal, la relajación y el equilibrio, atendiendo a los criterios expuestos previamente. De estas tres, la *relajación* ha sido la más indicada en la literatura, principalmente como instrumentos para combatir el estrés de la vida cotidiana (Caldecott, 1988, Fox y Biddle, 1986; Heyward, 1996; Narganes, 2000; Pérez Samaniego, 1999). Heyward (1996) indica como objetivos de la misma la disminución de la actividad electromiográfica, la FC, la tensión arterial, el ritmo de la respiración y el consumo de oxígeno.

- ▶ La recomendación con los criterios F.I.D.T. resulta algo compleja de realizar, aunque siguiendo a Torres (1999), podría quedar resumida en:
- ▶ Frecuencia: 3 a 5 veces por semana.
- ▶ Intensidad: zona de reposo relativo.
- ▶ Duración: de 8 a 15 minutos.
- ▶ Modo de actividad: ejercicios respiratorios, musicoterapia, ejercicios de automasaje, masaje por parejas y procedimientos sistemáticos de relajación (métodos de Schultz, Jacobson y Caycedo).
- ▶ Progresión. Discrecional.

Entre los medios utilizados, Heyward (1996) los agrupa en técnicas con enfoque físico y técnicas con enfoque mental, así como combinaciones de ambas. En las primeras se encontrarían el ejercicio aeróbico y/o rítmicos de baja intensidad, y la técnica de relajación progresiva, entre las que destaca la de Jacobson de 1978. A ellas se le podrían sumar los ejercicios físicos orientales (Chang, 1990; Qingnan, 1990) y el masaje (De Qingnan, 1990; Wang Guo Fumin, 2000). En el enfoque mental se encuentran las técnicas de meditación, como la técnica de Benson de 1975, la representación mental de escenas relajantes, el entrenamiento autógeno de Schultz y, más recientemente, el biofeedback. En el enfoque combinado se encuentra el hatha yoga, que combina ejercicios de estiramiento, posturas mantenidas (asanas) y ejercicios de respiración. Como se puede apreciar, el trabajo de esta capacidad puede ir en íntima unión con la ejercitación de la amplitud de movimiento.

f) Sesión integrada de acondicionamiento físico orientado a la salud.

Todo lo expuesto hasta el momento por separado, para poder explicar más pormenorizadamente cada capacidad, pueden y, entendemos, que deben ser agrupadas en una misma sesión de trabajo en la mayoría de las ocasiones. Ésta tendrá una

duración media de 60 minutos (más/menos 20 minutos), debiéndose incluir en todas el desarrollo de la capacidad cardiorrespiratoria y amplitud de movimiento. La primera ocupará la parte central de la sesión y la segunda podrá ir ubicada al principio, durante o al final de la sesión. En el caso de ir acompañado de un trabajo más específico de relajación se recomienda en último lugar. En los días que se trabaja acondicionamiento muscular, sobre todo, si éste tiene un enfoque hacia el nivel de fitness saludable, debería ubicarse al principio, tras el calentamiento. Si el enfoque es eminentemente de salud, podrá localizarse tanto al principio, en el propio calentamiento, como en la parte final de la sesión, antes del trabajo de amplitud de movimiento y relajación.

Por otra parte, aconsejamos que en los días que en el ejecutante se encuentre fatigado, física o psicológicamente, se acuda más al trabajo de amplitud de movimiento y relajación, dado que aunque los otros tipos de esfuerzos pueden dar una sensación de alivio transitorio de la fatiga (posiblemente por sensación de catarsis) (Heyward, 1996), supone una sobrecarga orgánica en un cuerpo que viene previamente cansado.

V.4. PROPUESTA DE CONTENIDOS A DESARROLLAR EN LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA A LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La preocupación por la actividad física orientada a la salud con carácter educativo, sobre todo en esta última década, ha permitido crear modelos teórico - prácticos para el tratamiento completo de los contenidos de salud desde la propia práctica. Estos modelos con una finalidad de educar para la salud están teniendo su aplicación en el ámbito educativo, así como fuera de él, y aunque principalmente se han utilizado para edad escolar, tienen su aplicación en otras etapas de la vida (Delgado y Tercedor, 2002).

De manera resumida la propuesta de estos autores se esquematiza en el cuadro 9.

CUADRO 9. PROPUESTA DE CONTENIDOS DE ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA A LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA ORIENTADA A LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA		
CREACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES	DESARROLLO DE LA CONDICIÓN BIOLÓGICA	CORRECTA UTILIZACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES
-Hábitos de esfuerzo físico -Higiene corporal -Educación postural -Hábitos alimenticios -Prevención de accidentes y aplicación de primeros auxilios	-Valoración del estado de salud y de condición física: adaptaciones curriculares -Desarrollo de la condición física orientada a la salud.	-Análisis de espacios -Análisis y adecuada utilización de materiales -Adecuada utilización de vestimenta y calzado deportivos

Fuente: Delgado y Tercedor (2002).

A continuación se expone de forma sintética los contenidos básicos de cada bloque de trabajo, con algunas de las finalidades que guían su desarrollo.

a) Creación de hábitos saludables.

1. Hábitos de trabajo durante una sesión.
 - a. Estructuración lógica de la sesión de clase o entrenamiento.
 - b. Evitar la realización de ejercicios potencialmente negativos para la salud.
 - c. Conseguir un horario adecuado para las clases.
 - d. Educar adecuadamente la respiración.
2. Higiene corporal.
3. Educación postural.
4. Hábitos alimenticios.
5. Prevención de accidentes y conocimiento y aplicación de los primeros auxilios básicos.

A través de la creación de estos hábitos saludables de vida condicionados por la práctica de actividad física, de forma regular y adaptada a las posibilidades e intereses, se posibilita una práctica segura, un adecuado cuidado del cuerpo, el desarrollo de la auto-estima y autonomía, así como la prevención de enfermedades.

b) Desarrollo de la condición biológica

1. Desarrollo de la condición física orientada a la salud.
2. Evaluación del nivel de aptitud física: indicaciones y contraindicaciones a la práctica de actividad física.

En su conjunto, este desarrollo de la condición biológica, a partir de la evaluación del nivel de aptitud física y salud, permite un mantenimiento de la funcionalidad corporal de forma adecuada, posibilitando la autonomía personal en la práctica de actividad física y en tareas cotidianas que requieren de la misma, así como previniendo la aparición de enfermedades hipocinéticas, características de las sociedades industriales y tecnológicamente avanzadas.

c) Correcta utilización de espacios y materiales.

1. Análisis crítico sobre el estado de instalaciones.
2. Utilización de un material adecuado.
3. Utilización de una vestimenta deportiva correcta.

El correcto estado y utilización de los espacios y materiales donde el individuo va a llevar a cabo su actividad física se convierte en fuente de prevención de accidentes y, por tanto, en fuente de promoción de salud.

En conjunto, esta planificación de contenidos y actividades debería dar como resultado final: el placer por el cuidado del cuerpo, la valoración de la importancia de un desarrollo físico equilibrado sobre la salud (física, psíquica y social) y la aceptación de las posibilidades personales, para evitar riesgos innecesarios que dañen la salud. La eficacia de las sesiones con personas mayores debería medirse por la capacidad que tengan para motivar e interesar al sujeto a una práctica regular y voluntaria de actividad física en su tiempo libre, así como conseguir una coherencia interna entre el enfoque teórico de actividad física para la salud y su puesta en práctica real. Esto lleva a tener que hacer compatible una actividad física que permita que la persona disfrute de la misma, pero a la vez que exija un nivel de esfuerzo y dificultad que le sea significativo y que le permita desarrollar su condición física y su nivel de habilidad motriz.



SECCIÓN SEGUNDA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

*Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.; Martos Fernández, P.;
Puertas Cañaverál, I.*



VI.1. PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPOR- TIVAS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPOR- TES DEL AYUNTAMIENTO DE GRANADA

Siguiendo a Antonia de Febrer y Angeles Soler (1986), cuando se plantea una programación de actividades físicas para personas mayores, se han de tener en cuenta una serie de criterios, entre los que destacamos: el respeto a la heterogeneidad de los grupos; consideración de la historia anterior del participante relativo a su práctica físico-deportiva; tener presente la progresiva pérdida de identidad con la imagen corporal real que se produce con la edad; y responder a las necesidades e intereses de las personas a las que va dirigido.

Teniendo en cuenta estas recomendaciones y algunas más que aconsejaba la experiencia del Centro Médico del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada, se pusieron en marcha en 1987 unos programas de actividad físico-deportiva con el doble objetivo de llevar a cabo la prevención y tratamiento de lesiones y enfermedades derivadas de una inadecuada actividad deportiva, y promover la práctica del ejercicio físico y del deporte, con las debidas garantías, en la población granadina (G.P.T. Ocio/Sport 15). Los objetivos generales del programa de actividades médico-deportivas del Patronato Municipal de Deportes de Granada los detallamos a continuación:

- Utilizar el ejercicio físico, realizado de forma sistemática y de manera correcta, y bajo supervisión médica, tanto en la prevención como en el tratamiento y la rehabilitación de diversas afecciones y patologías.
- Crear el hábito de la práctica regular de ejercicio físico.
- Intentar prolongar el mayor tiempo posible la mejor condición física de las personas inscritas en las citadas actividades.
- Mejorar la calidad de vida de las personas participantes.
- Desarrollar y ampliar la vida social de los participantes.

- Conseguir que alcancen una mejor actitud frente a sus dolencias y enfermedades.

Todos los programas que lleva a cabo el Centro de Medicina Deportiva del P.M.D. tienen lugar en el período comprendido entre principios de octubre y mitad del mes de junio (duración total de ocho meses y medio), con sólo unos días sin actividad durante las vacaciones de Navidad.

Una vez finalizado el citado período, algunos de los participantes continúan realizando ejercicio físico durante los meses estivales en las "Actividades Médico-Deportivas del Verano". En algunas de ellas, como es el "Programa de Ejercicio Físico para los Mayores", está presente también el medio acuático durante este período (combinación de gimnasia y natación).

El diseño de cada una de las actividades médico-deportivas pasa por las siguientes fases:

1. Establecimiento de objetivos médicos (generales y específicos) de cada uno de los programas.
2. Preparación de los ejercicios generales del programa en reunión con los monitores y su coordinador, insistiendo especialmente en aquellos ejercicios que estén contraindicados.
3. Examen médico-deportivo inicial de la persona que se inscribe en cada una de las actividades.
4. Establecimiento de la pauta de ejercicio para cada participante por parte del responsable médico del programa.
5. Reuniones con los monitores de cada una de las actividades y con el coordinador para facilitarles las pautas de trabajo de cada uno de los participantes.
6. Seguimiento del programa (reuniones con el coordinador y monitores, y contacto directo con los participantes) y control médico de la evolución de cada sujeto.
7. Evaluación final del programa.

Por último, hay que indicar que los medios de difusión empleados por el Centro de Medicina Deportiva del P.M.D. para la divulgación de sus actividades y programa son los siguientes:

- ▶ Folletos. Son distribuidos en la sede central del Organismo, y en las instalaciones deportivas, a cuantos ciudadanos, centros y organismos los soliciten.
- ▶ Anuncio en prensa del inicio de las inscripciones.
- ▶ Contactos con el personal médico de los centros de salud, ambulatorios, hospitales (servicios de rehabilitación y traumatología...).
- ▶ Artículos editados en los principales periódicos de la ciudad sobre los distintos programas.
- ▶ Intervenciones en programas radiofónicos del responsable médico de los programas.

- ▶ Conferencias y charlas-coloquios en centros de servicios sociales, asociaciones de vecinos...
- ▶ Información personal a los interesados por el responsable médico de los diversos programas.

Pero además de las antes mencionadas vías de divulgación, es evidente que el mejor vehículo de difusión de cualquier programa de ejercicio físico va a ser el sujeto implicado en el mismo. Éste, si está satisfecho, va a comunicárselo a familiares y amigos suyos. De este modo, el "boca a boca" resulta la herramienta de marketing más eficaz y barata. Por tanto, una vez más se comprueba la importancia de que el usuario se sienta satisfecho.

VI.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS

Las actividades médico-deportivas del Patronato Municipal de Deportes contaron con una participación durante el año 1999 de 6.968 personas, incluyendo las actividades desarrolladas en los periodos de invierno y verano; e incluyendo también a la población infantil y adulta.

No obstante, como el objeto de nuestro estudio se centra en la población adulta y mayor, no hemos analizado las actividades específicas correspondientes al periodo vacacional y las diseñadas específicamente para la población infantil y juvenil. Además, hay que considerar que de los cuatro periodos de inscripción en el programa, hemos analizado el de abril y mayo.

A continuación se expone el listado de actividades médico-deportivas para la población adulta y mayor que vamos a describir según el lugar donde se llevan a cabo y el número de participantes inscritos en cada una de ellas:

Estadio de la Juventud (EJ):

- Ejercicio físico e hipertensión arterial (41)
- Ejercicio físico para Mayores (115)
- Ejercicio físico y taichí para Mayores (30)
- Gimnasia terapéutica (172)

Complejo Deportivo del Zaidín (CDPZ):

- Gimnasia terapéutica (45)
- Ejercicios acuáticos terapéuticos para minusválidos (51)
- Gimnasia en el agua (26)

- Ejercicio físico para Mayores (41)
- Ejercicio físico y acuático para Mayores (26)
- Ejercicios acuáticos terapéuticos (409)

Todas estas actividades médico-deportivas que hemos expuesto han sido objeto de nuestro estudio mediante la aplicación de un cuestionario, por lo que vamos a exponer brevemente en qué consisten y cuáles son sus objetivos a continuación.

- a) Ejercicios acuáticos terapéuticos: la práctica de la natación, junto con la realización de ejercicios específicos en el medio acuático es un instrumento de primer orden, tanto terapéutico (como refuerzo del tratamiento habitual), como rehabilitador (actividad de elección en la rehabilitación) en muy diversas afecciones y patologías (escoliosis, cifosis, artrosis, hernia de disco, espondilitis anquilosante, etc.).
- b) Gimnasia en el agua: utilización del medio acuático (vaso poco profundo), para la realización de ejercicios específicos de muy diversas patologías y afecciones. Es una actividad que sirve de complemento a la de Ejercicios Acuáticos Terapéuticos y puede ser utilizada como enlace para aquellas personas que no estén preparadas aún para acceder a dicha actividad.
- c) Gimnasia Terapéutica: la práctica regular de ejercicio físico controlado es un arma eficaz para la prevención y para la mejora de la sintomatología de múltiples enfermedades y afecciones, entre las que destacan las osteoarticulares (osteoporosis, artrosis, etc.).
- d) Ejercicio Físico para Mayores: este programa de Ejercicio Físico está especialmente diseñado para los mayores, con el objetivo de que mantengan y desarrollen sus funciones vitales, se retrasen los síntomas del envejecimiento, se favorezca la comunicación y la relación entre ellos, ocupen positivamente su tiempo de ocio y que el ejercicio físico contribuya a su autonomía.
- e) Ejercicio Físico y Taichí para Mayores: la actividad física de los mayores se complementa, en este programa, con los ejercicios del Taichí, que se unen suave y lentamente, sin ningún esfuerzo, y que les serán de gran utilidad para recuperar, mantener o aumentar su capacidad de coordinación y de movilidad.
- f) Ejercicio Físico y Acuático para Mayores: a través de esta actividad se refuerzan los ejercicios físicos realizados al aire libre, con ejercicios en el medio acuático.
- g) Ejercicio Físico para la Hipertensión Arterial: la práctica de ejercicio dinámico, principalmente isotónico, con intervención de grandes grupos musculares, y realizados de forma sistemática, constituye un pilar fundamental para un buen control de la presión arterial en un grupo de la población cada vez más numeroso: los hipertensos.

- h) Ejercicios Acuáticos Terapéuticos para Minusválidos: el ejercicio físico y la práctica de actividad deportiva se ha mostrado como un elemento de suma importancia para una mejor integración del minusválido en su entorno social. La natación sería la referencia de elección, en primer término.

VI.3. OBJETO DE ESTUDIO

VI.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

El objetivo de este trabajo ha sido conocer la evaluación que efectúan los participantes de los programas físico-deportivos que se ofertan en los dos centros donde se han aplicado las encuestas: el Complejo Deportivo del Parque del Zaidín y el Estadio de la Juventud.

Asimismo, se pretendía describir las costumbres, las motivaciones, las molestias y las enfermedades, la influencia del programa en la vida, salud y medicina, y las características sociodemográficas de las personas mayores, o minusválidas que asisten a los centros.

La población adulta inscrita en dichas actividades médico-deportivas la componen un total de 956 personas, que participaron durante los meses de abril y mayo de 1999. La muestra la forman 538 personas, es decir, el 56% del total de participantes en el programa de actividades médico-deportivas del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada¹. A todas ellas se les ha proporcionado el cuestionario diseñado para esta investigación, con el fin de conocer su experiencia y valoración. La aplicación se hizo por medio de entrevistas personales y una selección por cuotas de sexo, edad, lugar donde se ha realizado la encuesta y tipo de programa en el que se inscriben los participantes. Un equipo de trabajo con dos jefes de campo ha informado, asesorado y recogido los cuestionarios cumplimentados, durante los meses de mayo y junio de 1999.

Se expone a continuación la distribución de la población y la muestra según el sexo, el lugar donde se han realizado las encuestas y los programas de actividades médico-deportivas. En la misma se puede establecer la representatividad de la muestra y según se deduce la muestra es representativa de la población teniendo en cuenta las variables consideradas, si bien se observa que están algo sobrerrepresentados los entrevistados del Estadio de la Juventud (EJ) con respecto a los entrevistados en el Complejo Deportivo del Parque del Zaidín (CDPZ). Estos resultados se deben en parte a que en el EJ por participantes acuden a las actividades muy asiduamente, ya que la mayor parte de los inscritos son personas jubiladas, a lo que hay que añadir que el número de actividades

¹ En adelante, nombraremos al Patronato Municipal de Deportes como P.M.D.

es tan solo cuatro, y además están muy concentrados espacialmente. Sin embargo, en el estadio del CDPZ la edad media es más joven, el número de participantes que trabajan es más elevado y el número de actividades es mayor (6). Por todo ello los inscritos tienen más problemas para asistir con regularidad y además hay que indicar que las actividades están más dispersas en este centro. Nos estamos refiriendo especialmente a las actividades relacionadas con el medio acuático, cuya oferta se hace solamente en el CDPZ y la regularidad en la asistencia es la menor de todos los programas descritos en la tabla.

REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA

	POBLACIÓN		MUESTRA	
	(N)	(%)	(N)	(%)
SEXO:				
Hombres	161	16,84	92	17,10
Mujeres	795	83,16	446	82,90
LUGAR:				
EJ	358	37,44	228	42,38
CDPZ	598	62,55	310	57,62
PROGRAMA:				
a)Ejercicio físico hipertensión arterial (EJ)	41	42,9	29	53,8
b)Ejercicio físico y taichí para mayores (EJ y CDPZ)	186	19,5	158	29,3
c)Gimnasia terapéutica (EJ y CDPZ)	217	22,7	133	24,7
d)Ejercicios acuáticos (EJ)	512	53,5	219	40,7
TOTAL	956	100	538	100

VI.3.2. FIABILIDAD DE LA RESPUESTA

Con el fin de hacer una evaluación cuantitativa de la fiabilidad de la respuesta emitida por los encuestados², hemos preguntado en dos lugares diferentes del cuestionario la misma pregunta presentada en dos formatos diferentes. Pregunta 21.7 del cuestionario: Y concretamente, ¿cuál es su grado de satisfacción con cada uno de los siguientes aspectos? Pregunta 33 del cuestionario: ¿Qué nivel de satisfacción tiene con los aspectos que se indican a continuación?

En ambas preguntas las respuestas se efectúan en una escala de cinco categorías: "mucho" "bastante" "regular" "poco" "nada". Los resultados son los siguientes:

PRUEBA DE FIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

	NIVEL DE SATISFACCIÓN		
	Regular	Bastante	Mucha
Pregunta 21.7: ejercicios que realizamos en general en el programa	3,8	39,0	57,1
Pregunta 33: programa de ejercicios en general	3,0	39,0	58,0

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, las respuestas en las dos preguntas planteadas son prácticamente idénticas, por lo que la fiabilidad es óptima.

VI.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENCUESTADOS

La tabla 10 presenta las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, forma de vida, situación actual y nivel de estudios) en cada uno de los centros deportivos. Las diferencias, como se aprecia en la tabla, son notables debido a que los tipos de actividades son distintas en los dos centros e implican a públicos diferentes.

En general, en ambas instalaciones deportivas existen más mujeres que hombres, pero muy especialmente en el EJ, donde el 93% son mujeres, mientras que en el CDPZ este porcentaje desciende al 75%.

En lo que se refiere a la edad, ésta es en general elevada, ya que la media es de 57,3 años y el 70% tiene más de cincuenta años. Ahora bien, la población es más joven en el CDPZ que en el EJ, aunque por los nombres de las instalaciones deportivas parece que debería ser al revés. En efecto, en el EJ la población que participa en las actividades médico-deportivas es mayor, ya que el 91% tiene más de cincuenta años, frente al 58% en el CDPZ.

² Para las medidas de fiabilidad de los cuestionarios en sociología ver: Latiesa, M. (1994); Latiesa, M. (1996); Carabaña, J. y Latiesa, M. (1994). Una aplicación similar se efectúa en Latiesa, M. (1992) y en Latiesa y otros (2000).

También existen diferencias importantes en el estado civil. Así, el porcentaje de viudos es mucho mayor en el EJ (22%) que en el CDPZ (9%). En el otro extremo, es mucho más elevada la proporción de solteros en el CDPZ (17%) que en el EJ (7%).

En ambos centros deportivos, la mayoría de los participantes viven acompañados (88%) y son muy pocos los que viven solos (12%). Ahora bien, la proporción de los que viven acompañados es algo más elevada en el CDPZ (91%) que en el EJ (84%).

En referencia a la situación laboral, el porcentaje de trabajadores es mucho más alto en el CDPZ (31%) que en el EJ (8%). A la inversa ocurre con el porcentaje de personas que se dedican a sus labores, mientras el 49% de los participantes en la encuesta del EJ se dedican a estas tareas, este porcentaje en el CDPZ desciende al 29%. Estos resultados parecen una consecuencia lógica, ya que como sabemos, en éste último, la edad de los participantes es algo inferior.

Finalmente, en lo que se refiere al nivel de estudios las diferencias, si bien no son excesivas, denotan que en el EJ el nivel es inferior al CDPZ. Así, el 61% de los entrevistados en el EJ tienen estudios primarios completos o incompletos, mientras que este porcentaje se reduce al 47% en el CDPZ. Este resultado parece una consecuencia lógica de las diferencias de edades que hemos establecido entre los participantes de ambas instalaciones deportivas.

Como resumen de la comparación de los dos centros donde se realizan las actividades médico-deportivas, podemos decir que el tipo de actividades que tienen las instalaciones deportivas marcan claramente los perfiles de los participantes de las mismas. En el EJ hay muchas más mujeres que hombres y sobre todo amas de casa; los pocos hombres que hay suelen ser los maridos de algunas de las participantes (incluidas en los grupos de Ejercicio Físico para Mayores); la edad media es muy elevada, de 62,7 años; existen muchos jubilados y el nivel de estudios es muy bajo, debido precisamente a esta edad elevada de los participantes.

En lo que se refiere al CDPZ, aumenta el número de hombres con respecto al EJ, debido a la existencia de actividades acuáticas médico-deportivas. Aún así, el número de mujeres sigue siendo muy elevado. La edad media en el CDPZ es de 53,3 años, es decir, inferior a la del EJ. Esto explica que el nivel de estudios y de ocupación sea superior en el CDPZ que en el EJ.

**TABLA 10. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN
LAS INSTALACIONES DEPORTIVA**

	ESTADIO DE LA JUVENTUD	COMPLEJO DEP. ZAIDIN	TOTAL
SEXO:			
Hombres	6,6	24,8	17,1
Mujeres	93,4	75,2	82,9
EDAD:			
Menos de 38	0,4	13,9	8,2
De 38 a 49	8,3	26,8	18,9
De 50 a 59	24,5	21,3	22,6
De 60 a 69	41,5	24,5	31,7
70 y más	25,3	13,5	18,6
ESTADO CIVIL:			
Soltero	6,6	16,7	12,4
Casado	66,8	71,5	69,5
Separado-divorciado	4,8	2,9	3,7
Viudo	21,8	9,0	14,4
SITUACIÓN ACTUAL:			
En paro	2,7	5,8	4,5
Jubilado	40,6	34,1	36,8
Sus labores	48,7	29,5	37,6
Tr. Tiempo completo, todo el año	6,7	22,4	15,8
Tr. Tiempo parcial, todo el año	0,4	4,2	2,6
Tr. De forma ocasional	0,9	3,9	2,6
NIVEL DE ESTUDIOS			
Primarios incompletos	23,9	21,6	22,6
Estudios primarios	36,7	26,5	30,8
Bachiller elemental	17,3	14,2	15,5
Bachiller superior, FP, BUP, COU	9,7	12,6	11,4
Diplomatura Universitaria	10,6	11,3	11,0
Licenciatura Universitaria	1,8	13,9	8,8

Fuente: Elaboración propia.

ESTADO DE SALUD

Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M.A.; López Doblas, J.; Paniza Prados, J. L.



En este capítulo se analizan los resultados que hacen referencia a diversas actitudes y comportamientos de los entrevistados, respecto a la asistencia médica: frecuencia y motivos por los que los individuos acuden al médico, el consumo de fármacos, así como la valoración subjetiva del estado de salud.

VII.1. ASISTENCIA MÉDICA

La primera cuestión hace referencia a la frecuencia con la que se ha asistido al médico en los últimos tres años. La pregunta se presenta con cinco opciones de respuesta, que van desde “una vez al año” a “una vez a la semana”, como refleja la tabla 11. Pues bien, cabe destacar que la mayor parte de la población ha visitado al médico “varias veces al año” (62%). Sin embargo, para períodos de tiempo inferiores, se detecta una paulatina disminución de las visitas, dado que el 12% declara ir al médico «una vez al mes», el 7% «varias veces a la semana», y tan solo el 1,9% de los encuestados asiste «una vez a la semana».

La frecuencia con la que se asiste al médico no difiere significativamente según el sexo. En lo que se refiere a la edad, se observa que a medida que ésta aumenta tiende a incrementar la asiduidad con que los individuos acuden al médico, y lógicamente los más jóvenes asisten de una manera más esporádica. Si bien estos resultados nos llevan a afirmar que la frecuencia con la que se precisa asistencia sanitaria es mayor conforme aumenta la edad, conviene indicar que tan sólo se trata de una tendencia, ya que las inferencias observadas no llegan a ser significativas en el ámbito estadístico.

TABLA 11 . FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL MÉDICO

	Una vez al año	Varias veces año	Una vez al mes	Varias veces mes	Una vez a la semana	(N)
SEXO:						
Hombres	11,0	65,9	16,5	5,5	1,1	91
Mujeres	18,2	61,2	11,2	7,4	2,0	446
EDAD:						
Menos de 49	19,2	67,8	8,2	4,1	0,7	146
De 50 a 59	17,4	62,8	9,1	8,3	2,5	121
De 60 a 69	17,5	65,7	15,2	7,6	2,9	171
70 y más	13,0	61,0	16,0	9,0	1,0	100
TOTAL	17,0	62,0	12,0	7,0	1,9	540

Fuente: elaboración propia

A continuación vamos a exponer las respuestas obtenidas al formular la cuestión sobre la asistencia al médico desde un punto de vista más subjetivo. En concreto se planteó la siguiente afirmación “se considera usted una persona que acude al médico”, y entre las respuestas llama la atención que el 47,2% declara asistir al médico sólo cuando estaban muy enfermos, o bien cada vez que se observaban algún malestar (37,3%). Sorprende, en cambio, que la asistencia médica preventiva no represente un comportamiento habitual, ya que tan sólo un 15,5% de los entrevistados declararon actuar de esta manera (tabla 12).

Los motivos por los que se acude al médico no difieren significativamente según el sexo, aunque sí en función de la edad. Todos los grupos coinciden al señalar como última opción la prevención, pero, a medida que se eleva la edad desciende el porcentaje de individuos que acuden solamente cuando se hallan muy enfermos (el 56,8% de los menores de 38 años frente al 34% de los mayores de 70 años). Estas diferencias observadas son estadísticamente significativas y confirman la relación directa existente entre la edad y la visita médica: a menor edad menos se visita al médico y viceversa.

TABLA 12. MOTIVOS PARA ASISTIR AL MÉDICO

	Muy enferma	Cuando observa malestar	Regularmente para prevenir enfermedades	(N)
SEXO:				
Hombres	41,3	37,0	21,7	92
Mujeres	48,3	37,4	14,3	441
EDAD:				
Menos de 38	56,8	34,1	9,1	44
De 38 a 49	66,0	22,0	12,0	100
De 50 a 59	49,2	31,1	19,7	122
De 60 a 69	39,9	47,6	12,5	168
70 y más	34,0	45,0	21,0	100
TOTAL	47,2	37,3	15,5	536

Fuente: elaboración propia

También nos interesaba conocer de los entrevistados si se definen como personas que les gusta ir al médico. Los resultados, según muestra la tabla 13, indican, como es lógico, que la visita médica no se efectúa por placer. Así, el 41% responden "poco", el 30% "regular" y el 28% "nada". Existe, en cambio, una escasa minoría (1%) que admite que le gusta mucho ir al médico. No se observan diferencias significativas en función del sexo y la edad a la hora de expresar el agrado por visitar al médico.

TABLA 13. GUSTO POR VISITAR AL MÉDICO

	Mucho-Bastante	Regular	Poco	Nada	(N)
SEXO:					
Hombres	2,2	26,1	43,5	28,3	92
Mujeres	1,1	30,5	40,4	28,0	446
EDAD:					
Menos de 38	2,3	25,0	45,5	27,3	44
De 38 a 49	2,9	20,6	47,1	29,4	102
De 50 a 59	0,8	29,5	39,3	30,3	122
De 60 a 69	0,6	33,3	43,3	22,8	171
70 y más	1,0	36,0	32,0	31,0	100
TOTAL	1,1	29,8	41,0	27,9	541

Fuente: elaboración propia

Como conclusión se puede decir que en general no agrada visitar al médico, ya que implica enfermedad y algún malestar previo. No obstante, a medida que nuestro estado de salud se deteriora a causa de la edad, nos vemos obligados a establecer una relación más estrecha con los profesionales de la medicina.

El siguiente aspecto por el que nos interesamos en el campo de la asistencia médica está relacionado con la toma de la diferente farmacopea existente en el mercado. Para ello les pedimos a las personas que contestasen de qué manera tomaban los medicamentos. Las respuestas afirmativas o negativas se formularon sobre los siguientes ítems:

- ▶ Suelo tomar alguno por mi cuenta.
- ▶ Por consejo del farmacéutico.
- ▶ Por prescripción del médico.
- ▶ Por consejo de algún amigo o familiar.

Al analizar los resultados de cada una de las opciones separadamente (tabla 14), se observa que, como era de esperar, el 97% de los encuestados responde que sólo toma medicamentos por prescripción médica. Ahora bien, el 3,7% acepta el consejo de amigos y familiares, o el 10% del farmacéutico. Finalmente, un porcentaje importante de entrevistados toma medicamentos por iniciativa propia (19%).

Según el sexo del encuestado podemos detectar algunas tendencias. Si bien éstas no son significativas estadísticamente, son las siguientes: la mujer tiende a automedicarse más que el hombre, y éste acepta más el consejo de amigos o familiares a la hora de tomar algún fármaco.

Respecto a la edad, se aprecia que el porcentaje de personas que se automedican disminuye a medida que aumenta la edad del entrevistado. Es decir, hay una relación inversamente proporcional entre la edad y la medicación por iniciativa propia. Lo mismo ocurre con el consejo del farmacéutico, ya que a más edad del entrevistado menos recurre al consejo de este profesional. De forma no tan nítida podemos detectar una tendencia similar a las dos anteriores, en lo que se refiere al consejo de amigos o familiares. Así, la toma de medicamentos a través del consejo de amigos disminuye cuando decrece la edad. Finalmente, hay que indicar que son las personas mayores de 70 años las que en mayor medida siguen el consejo médico para tomar medicamentos.

TABLA 14. FORMA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS

	Toma algunos por su cuenta	Por consejo del farmacéutico	Por prescripción del medico	Por consejo de algún amigo o familiar
SEXO:				
Hombres	16,5	9,9	96,7	6,5
Mujeres	19,6	9,9	96,6	3,2
EDAD:				
Menos de 38	36,4	27,3	95,5	4,5
De 38 a 49	32,4	9,8	95,0	5,9
De 50 a 59	19,7	9,9	99,2	5,0
De 60 a 69	11,8	8,3	94,7	1,8
70 y más	8,0	4,0	99,0	2,0
TOTAL	18,9	9,9	96,7	3,7

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta las características de nuestra población de estudio, era de especial relevancia conocer no sólo el estado real de la salud, sino también su valoración subjetiva. Para ello, se ofreció una escala con cinco valoraciones de respuesta desde "muy bien" hasta "muy mal"; los resultados se exponen en la tabla 15. Pues bien, el 39,4% de los entrevistados declaran sentirse "bien" (39,4%) o "muy bien" (5,9%). Prácticamente la otra mitad afirma sentirse «regular» (45,6%), y sólo un 9,1% se siente «mal» o «muy mal».

Se observa una tendencia significativa estadísticamente por la que el estado de salud resulta mejor autoevaluado por los hombres que por las mujeres. Éstas últimas indican, en primer lugar, que su estado de salud es «regular» (47,6%), mientras que entre los varones prima la categoría «bien» (52,2%). También podemos decir que las mujeres se sitúan en mayor número que los hombres en las categorías extremas («muy bien» y «mal-muy mal»).

También las diferencias son significativas en el estado de salud según la edad. Así, se pueden establecer tres grupos diferentes: el 60% de los que tienen menos de 49 años se sitúan en la escala de valoración de su salud en las categorías de «bien» y «muy bien»; sin embargo, este porcentaje desciende hasta alrededor del 40% para los grupos entre 50 a los 69 años. Cabe destacar, contrariamente a lo que cabría esperar, que los que tienen más de 70 años, no se declaran más pesimistas que los grupos anteriores, dado que el porcentaje de los que se encuentran «bien» o «muy bien» asciende ligeramente por encima del 40%. Ahora bien, esta excepción no invalida que a nivel general existe una marcada tendencia a sentirse peor de salud a medida que la edad incrementa.

TABLA 15 . ESTADO DE SALUD SUBJETIVO

	Muy bien	Bien	Regular	Mal - muy mal	(N)
SEXO:					
Hombres	3,3	52,2	37,0	7,6	92
Mujeres	6,5	36,6	47,6	8,9	445
EDAD:					
Menos de 38	9,1	50,0	29,5	11,4	44
De 38 a 49	5,9	51,5	37,6	5,0	101
De 50 a 59	2,5	36,9	44,3	16,4	122
De 60 a 69	3,5	35,1	55,6	5,8	171
70 y más	12,0	33,0	46,0	9,0	100
TOTAL	5,9	39,4	45,6	9,1	540

Fuente: elaboración propia

VII.2. TIPOLOGÍA DEL DOLOR Y LAS MOLESTIAS

En este apartado se analizan las dolencias más frecuentes que padecen los participantes en el programa. Con el fin de obtener un conocimiento más concreto sobre el estado de salud de los entrevistados hemos planteado la siguiente cuestión: «En la actualidad, ¿tiene dolor o molestias en alguna parte de su cuerpo?». Como era de esperar, la inmensa mayoría (92%) sufre algún tipo de dolencia, frente a un 8% que no padece ningún malestar.

En función de la edad, no se encuentran diferencias significativas en el padecimiento de dolores o molestias, si bien son los más jóvenes quienes parecen inscribirse en el programa desde un estado de salud un tanto peor. Sin embargo, sí existen diferencias importantes en cuanto al sexo, ya que las mujeres declaran en un 93% tener dolores o molestias, frente al 87% de los hombres (tabla 16).

TABLA 16. TIENE DOLOR O MOLESTIAS

	SI	NO	(N)
SEXO:			
Hombres	87,0	13,0	92
Mujeres	93,3	6,7	446
EDAD:			
Menos de 38	93,2	6,8	44
De 38 a 49	91,2	8,8	102
De 50 a 59	95,1	4,9	122
De 60 a 69	91,2	8,8	171
70 y más	90,0	10,0	100
TOTAL	92,1	7,9	541

Fuente: elaboración propia

Las tres siguientes cuestiones están destinadas a las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior. Es decir, al 92% de los entrevistados que afirman padecer dolores y molestias, con el objeto de profundizar en la localización y conocimiento de las mismas. Para ello, se ha ofrecido un listado con respuestas múltiples de opciones dicotómicas, con los siguientes ítems:

- Molestias en articulaciones.
- Molestias en espalda a nivel cervical.
- Molestias en espalda a nivel dorsal.
- Molestias en espalda a nivel lumbar.
- Molestias en manos.
- Molestias en piernas
- Molestias brazos y hombros.
- Molestias en cadera.
- Molestias en la cabeza.

Los resultados a estas preguntas se exponen en la tabla 17. Alrededor del 40% de los entrevistados declara sentir una, dos o tres molestias de las relacionadas al mismo tiempo, mientras que otro 35% padece a la vez cuatro, cinco o seis dolencias. El resto son víctimas de problemas físicos en siete, ocho o nueve zonas de su anatomía. La conclusión que se extrae es que las personas inscritas en el programa de actividades médico-deportivas del PMD de Granada tienen problemas físicos importantes relacionados con el dolor.

Por otra parte, cabe destacar que los dolores más habituales son los de espalda, sobre todo los que se producen a nivel cervical (65,3%) y lumbar (62,7%). A estas dolencias les siguen los padecimientos en las piernas (59,2%) y los dolores en articulaciones (57,9%). Otras dolencias tan solo las sufren menos del 50%, como son los dolores en brazos y hombros (46,4%) así como en la espalda a nivel dorsal (44,6%). Por último, los menos frecuentes, son los dolores en manos (34,4%), caderas (31,9%) y cabeza (31,6%).

Existe una fuerte asociación entre el sexo y las dolencias, habida cuenta de que las mujeres arrojan porcentajes más altos en todos los malestares consultados, excepto en los dolores de espalda a nivel lumbar, donde se observa que un 7% de hombres padecen más este dolor. La importancia de las diferencias hace que muchas de ellas sean significativas estadísticamente, como por ejemplo los dolores en espalda a nivel cervical y los dolores en las manos. Ahora bien, es en las dolencias de cabeza donde las diferencias según el sexo son más acusadas, ya que las mujeres padecen esta dolencia un 17% más que los hombres. Respecto al resto -caderas, piernas, espalda a nivel lumbar y dorsal- se sigue observando su padecimiento en una magnitud más elevada dentro de la población femenina, aunque se trata ya de diferencias menos acusadas que las anteriores, por lo que no llegan a ser estadísticamente significativas.

En lo que se refiere a la localización del dolor en función de la edad se observa lo siguiente:

- Existen una serie de molestias entre nuestros entrevistados que no parecen depender de la edad; este es el caso de los dolores de espalda a nivel cervical, dorsal y lumbar, así como las molestias en piernas brazos y hombros.
- Los dolores de cadera, articulaciones y manos aumentan a medida que la edad avanza.
- Los dolores de cabeza se dan con más frecuencia entre la población joven, disminuyendo éstos con el paso de los años.

Con el aumento de la edad se observa un desplazamiento de la localización del dolor. Así, para los grupos de edad de 18 a 59 años el tipo de dolencia que más les afecta es el dolor de espalda a nivel cervical y lumbar, ocupando el primer y segundo lugar en importancia, pero, cuando observamos los grupos de edad de 60 a 69 años y de 70 y más años detectamos que las dolencias que más les afectan son, en primer lugar, los dolores en las piernas, y en segundo, los dolores en las articulaciones.

TABLA 17. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR O MOLESTIAS

	Articu- lación	Espalda a nivel cervical	Espalda a nivel dorsal	Espalda a nivel lumbar	Manos	Piernas	Brazos y hombros	Cadera	Cabeza
SEXO:									
Hombres	46,9	53,1	40,7	68,8	22,2	53,1	32,1	23,5	17,3
Mujeres	60,0	67,7	45,3	61,8	36,9	60,2	49,2	33,7	34,1
EDAD:									
Menos 38	34,1	73,2	39,0	63,4	9,8	56,1	26,8	19,5	31,7
De 38 a 49	48,4	62,1	47,9	66,3	24,2	46,3	40,0	25,3	28,4
De 50 a 59	58,8	68,7	42,6	66,1	38,9	55,8	51,3	35,7	39,5
De 60 a 69	67,7	66,2	44,6	61,1	38,0	69,6	50,5	36,7	31,2
70 y más	60,4	59,3	45,1	57,1	45,1	60,4	46,4	30,8	26,4
TOTAL	57,9	65,3	44,6	62,7	34,4	59,2	46,4	31,9	31,6

Fuente: elaboración propia

Además de conocer qué tipo de dolores o molestias tenían nuestros entrevistados nos interesaba conocer la intensidad con que las sufrían (tabla 18). De los resultados se desprende que los dolores son en la mayoría de los casos soportables con medicación (38,1%) o bien soportables sin medicación (35,5%). Solamente un 12,2% considera que sus molestias son leves. Del resto, el 14,2% declaran que sus dolores eran intensos, de los cuales el 6,2% precisaban medicación y el 8% no la necesitaba.

Cuando intentamos averiguar si existe algún tipo de asociación entre el sexo y el tipo de dolor no aparece ninguna tendencia marcada. Tampoco son significativas estadísticamente las diferencias según la edad, si bien se observa una relación inversamente proporcional. Así, a medida que aumenta la edad disminuyen las dolencias de tipo leve. También se puede observar dicha tendencia en los dolores intensos sin medicación.

En las edades relativamente más jóvenes, de 18 a 49 años, las dolencias más importantes son soportables sin medicación (44%). Sin embargo, a partir de los 50 años hasta el último intervalo incluido, observamos como ocupan el primer lugar los dolores soportables con medicación, también en un porcentaje de un 44% aproximadamente. Por otra parte, se puede afirmar que a medida que disminuye la edad, se incrementa la intensidad de las dolencias. La explicación de este resultado que parece chocante es la siguiente: los más jóvenes inscritos en el programa lo hacen por prescripción médica, para paliar una patología dolorosa, mientras que los mayores se inscriben para tener un mejor estado de salud en general, aunque también padezcan determinadas patologías. En otras palabras, los más jóvenes van por verdadera obligación mientras que a los mayores les guía diversos tipos de motivaciones.

TABLA 18 . TIPO DE DOLOR O MOLESTIAS

	Leves	Soportables sin medicación	Soportables con medicación	Intenso sin medicación	Intenso con medicación	(N)
SEXO:						
Hombres	11,1	44,4	33,3	4,9	6,2	81
Mujeres	12,2	34,0	39,0	8,6	6,2	418
EDAD:						
Menos de 38	14,6	39,0	24,4	12,2	9,8	41
De 38 a 49	12,8	50,0	21,3	10,6	5,3	94
De 50 a 59	11,3	30,4	42,6	8,7	7,0	115
De 60 a 69	12,0	31,6	44,9	5,7	5,7	158
70 y más	11,0	31,9	45,1	6,6	5,5	91
TOTAL	12,2	35,5	38,1	8,0	6,2	501

Fuente: elaboración propia

Otro aspecto que nos interesa conocer es la frecuencia de aparición de esos dolores y molestias. Para averiguarlo, se ofrecieron diferentes opciones de respuesta que van desde «constantemente» hasta «con muy poca frecuencia». Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 19 y son los siguientes: un 28,3% considera que sus dolores aparecen con mucha frecuencia, mientras que un 21% declara que los mismos aparecen en determinadas épocas. En tercer lugar, un 19,3% siente dolencias todavía menos frecuentes. En el polo opuesto, un 16,7% de los entrevistados dice sentir dolores constantemente, mientras que la adopción de determinadas posturas, provoca molestias al 12,2% restante.

El sexo evidencia, igualmente, diferencias significativas: resulta común a ambos géneros la aparición muy frecuente de los dolores, aunque las mujeres tienden a sufrir en mayor medida los dolores por épocas, mientras que los hombres afirman padecerlos cuando adoptan determinadas posturas.

Cabe destacar, por otro lado, que se aprecia una tendencia a la reducción paulatina del dolor a medida que aumenta la edad de los encuestados. En efecto, se observa que la proporción de individuos menores de 38 años casi duplica a la de las personas mayores de 65 años. En general, puede afirmarse que las categorías que denotan una mayor aparición del dolor mantienen porcentajes superiores en las categorías de menor edad; en otras palabras, las molestias reducen su frecuencia en los grupos de edad más alta.

Estos resultados muestran el mal estado de salud, que presentan los individuos más jóvenes que se inscriben en el programa, un porcentaje elevado de los cuales, padecen dolores bastante o muy frecuentes, mientras que las personas mayores parecen acusar más los achaques esporádicos u ocasionales propios de la edad. Como hemos expresado anteriormente, esta conclusión puede parecer chocante, pero se debe

a que los jóvenes se inscriben en las actividades médico deportivas por prescripción médica, para recuperarse de alguna patología, mientras que las personas mayores acuden para mejorar su estado general de salud.

TABLA 19. FRECUENCIA DE APARICIÓN DEL DOLOR

	Constante- mente, siempre	En deter- minadas posturas	Con mucha frecuencia	Me duele por épocas	A veces – con poca frecuencia	(N)
SEXO:						
Hombres	15,4	21,8	30,8	17,9	14,1	78
Mujeres	17,0	10,4	27,7	21,4	23,5	412
EDAD:						
Menos de 38	25,0	10,0	40,0	10,0	15,0	40
De 38 a 49	16,1	17,2	29,0	24,7	12,9	93
De 50 a 59	21,9	12,3	28,9	14,0	22,8	114
De 60 a 69	12,4	9,2	28,8	25,5	24,2	153
70 y más	14,4	13,3	21,1	23,3	27,8	90
TOTAL	16,7	12,2	28,3	20,9	21,6	492

Fuente: elaboración propia

VII.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

En este apartado vamos a exponer las principales enfermedades que padecen los participantes en el programa. Las tablas 20 y 21 describen las más frecuentes que señalan los entrevistados, que como se ve están relacionadas con el aparato locomotor. Tales han sido señaladas tanto como la primera enfermedad más importante (60%), como la segunda (57,8%).

A continuación sobresalen las afecciones cardiovasculares señaladas como primera enfermedad por el 18% de los entrevistados y como segunda por el 15%. Otras enfermedades que padecen los entrevistados, si bien en unas magnitudes inferiores, son las de origen metabólico-endocrinológico, las relacionadas con el aparato digestivo y las neurológicas.

TABLA 20 . PRIMERA ENFERMEDAD MÁS IMPORTANTE

1ª Enfermedad	TOTAL		VÁLIDOS	
	N	%	N	%
Aparato locomotor	304	56,2	304	60,7
Cardiovasculares	90	16,6	90	18
Metabólico-endocrinológicas	26	4,8	26	5,2
Neurológicas	26	4,8	26	5,2
Respiratorias	16	2,9	16	3,2
Aparato digestivo	12	2,2	12	2,4
Otorrinlaringológicas	7	1,3	7	1,4
Psiquiátricas	6	1,1	6	1,2
Otras enfermedades	14	2,6	14	2,8
Ninguna enfermedad	40	7,4	-	-
Total nº de casos	541	100	501	100

Fuente: elaboración propia

TABLA 21. SEGUNDA ENFERMEDAD MÁS IMPORTANTE

2ª Enfermedad	TOTAL		VÁLIDOS	
	N	%	N	%
Aparato locomotor	210	38,8	210	57,8
Cardiovasculares	55	10,2	55	15,1
Metabólico-endocrinológicas	27	5	27	7,4
Neurológicas	13	2,4	13	3,6
Respiratorias	5	0,9	5	1,4
Aparato digestivo	18	3,3	18	4,9
Otorrinlaringológicas	3	0,5	3	0,8
Psiquiátricas	8	1,5	8	2,2
Otras enfermedades	24	4,4	24	6,6
Ninguna enfermedad	178	33	-	-
Total nº de casos	541	100	363	100

Fuente: elaboración propia

Nos interesa conocer, asimismo, si las enfermedades que padecen los encuestados son hereditarias, es decir, si las había sufrido alguna persona anteriormente en su familia. Los resultados expuestos en la tabla 22 indican que el 41% de los entrevistados padecen dolencias anteriormente sufridas en el seno familiar. Ahora bien, existen dife-

rencias notables respecto al sexo; así, mientras el 45% de las mujeres ha tenido antecedentes familiares de la enfermedad, este porcentaje se reduce a un 23% en los hombres.

También respecto a la edad se observan diferencias significativas: en el grupo de edad más joven, sólo un 30% declara tener antecedentes familiares de la enfermedad, porcentaje que asciende hasta el 45% en el grupo de mayor edad.

Respecto a la segunda enfermedad más importante, el 42% de los entrevistados reconoce precedentes familiares. Vuelven a aparecer diferencias significativas en función del género. Así, el porcentaje de individuos que reconoce este hecho es el doble dentro de la población femenina respecto a la masculina. La conclusión que se extrae es que al igual que ocurría en la primera enfermedad, en la segunda enfermedad existe el doble de mujeres que de hombres con antecedentes en la familia. Posiblemente ello se deba a que la mujer conoce mejor el historial clínico de sus familias que el hombre.

No se aprecian, en cambio, diferencias dignas de mención cuando observamos los antecedentes familiares según la edad. En efecto, aunque con respecto a la primera enfermedad sí que existe un mayor conocimiento del historial médico a medida que aumenta la edad, en la segunda enfermedad vemos que esta tendencia no está tan clara.

TABLA 22. ANTECEDENTES FAMILIARES EN ENFERMEDADES SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

	PRIMERA ENFERM.	SEGUNDA ENFERM.
SEXO:		
Hombres	23,0	22,9
Mujeres	45,1	45,6
EDAD:		
Menos de 38	30,2	29,6
De 38 a 49	35,8	47,2
De 50 a 59	47,3	49,4
De 60 a 69	40,4	40,2
70 y más	45,7	36,7
TOTAL	41,0	42,0

Fuente: elaboración propia

A continuación vamos a realizar un análisis mucho más pormenorizado de las dos enfermedades más importantes que padecen nuestros encuestados. Respecto a cada una de ellas hemos preguntado sobre los tratamientos que precisan, la medicación que toman, los cuidados que requieren y los antecedentes familiares. Las tablas 23, 24, 25 y 26 ofrecen los resultados de las variables anteriormente indicadas y que a continuación pasamos a comentar.

En lo referente a la enfermedad principal que padecen los entrevistados, hemos preguntado por el tratamiento que precisan. Para ello se les ofrecen cuatro tipos de alternativas, que se exponen a continuación según el orden de mayor a menor importancia que tienen para los encuestados:

- Medicación (74%)
- Visita periódica al médico (60,8%)
- Rehabilitación (52%)
- Cuidados médicos (37%)

La conclusión que se extrae de estos resultados es que para el tratamiento de las dolencias o enfermedades se utilizan principalmente los fármacos. El listado de fármacos que consumen nuestros entrevistados se han agrupado de la siguiente forma:

- ▶ Aparato digestivo (antiácidos, antiflatulentos, antiulcerosos, antiespasmódicos, laxantes, protectores hepáticos, antidiarreicos...)
- ▶ Metabolismo (preparados antiobesidad, antidiabéticos, vitaminas, suplementos minerales, reductores de lípidos...)
- ▶ Sangre (anticoagulantes, antianémicos...)
- ▶ Aparato cardiovascular (antiarrítmicos, antihipertensivos, vasodilatadores, terapia antivaricosa ...)
- ▶ Dermatológicos
- ▶ Aparato locomotor (antiinflamatorios, antirreumáticos, miorrelajantes, antigotosos, preparados para el tratamiento de enfermedades óseas)
- ▶ Sistema nervioso central (anestésicos, analgésicos, antipiréticos, antimigrañosos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, tranquilizantes (ansiolíticos), hipnóticos y sedantes ...)
- ▶ Aparato respiratorio (antiasmáticos, antigripales, antitusígenos, antihistamínicos .)
- ▶ Hormonas sexuales.
- ▶ Antiinfecciosos (antibióticos)
- ▶ Oftalmológicos

Cabe destacar, por otro lado, que los fármacos que más se consumen son los que se utilizan para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el aparato cardiovascular (27,8%) y el aparato locomotor (27,6%). Se consumen menos aquellos relacionados con el sistema nervioso central, así como otros usados para la mejora del metabolismo, del aparato digestivo y del aparato respiratorio.

TABLA 23. CONSUMO DE FÁRMACOS

Grupos farmacológicos	Total	
	%	N
Aparato digestivo	3,7	23
Metabolismo	11,8	72
Sangre	0,6	4
Aparato cardiovascular	27,8	170
Dermatológicos	0,2	1
Aparato locomotor	27,6	169
Sistema nervioso central	22,2	136
Aparato respiratorio	3,6	22
Hormonas sexuales	1,1	7
Antiinfecciosos	0,3	2
Oftalmológicos	1	6

Fuente: elaboración propia

Como sabemos, el 38% de los entrevistados no toman medicación ninguna. Del resto que sí precisan medicación, la mitad toma un sólo fármaco. Ahora bien, si a este porcentaje se le suma otro 35% que consume fármacos habitualmente para el tratamiento de su enfermedad, obtenemos que la mayoría de los entrevistados o no toman medicamentos, o hacen un uso moderado de los mismos. Así, es menos común la ingesta de tres o más medicamentos para tratar los problemas de salud.

TABLA 24. NÚMERO DE FÁRMACOS CONSUMIDOS

	TOTAL		VÁLIDOS	
	N	%	N	%
Un fármaco	184	34	184	50
Dos fármacos	129	23,8	129	35
Tres fármacos	35	6,5	35	9,5
Cuatro fármacos	15	2,8	15	4,1
Cinco fármacos	1	0,2	1	0,3
Seis fármacos	1	0,2	1	0,3
Otros (no se acuerda, pastillas ..)	3	0,5	3	0,8
No toman medicación	173	32	-	-
Total nº de casos	541	100	368	100

Fuente: elaboración propia

Al estudiar el tratamiento de la enfermedad principal no llegan a constatarse diferencias elevadas entre los géneros en aspectos tales como las visitas al médico, ingesta de fármacos o la necesidad de recibir cuidados médicos. Si aparecen en cambio diferencias significativas respecto a la rehabilitación, dado que los hombres (65,5%) utilizan más este tratamiento que las mujeres (49,3%).

También la edad resulta determinante a la hora de elegir un tratamiento u otro: a medida que aumenta la edad tiende a incrementarse la visita periódica al médico, los cuidados médicos así como el consumo de medicamentos; sin embargo, disminuye en torno al 25% el tratamiento mediante la rehabilitación. Podemos observar de forma diáfana que la población de una edad más elevada precisa, asimismo, cuidados médicos mayores.

TABLA 25. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

	PRIMERA ENFERMEDAD				SEGUNDA ENFERMEDAD			
	Visita al médico	Cuidados médicos	Rehabilitación	Medicación	Visita al médico	Cuidados médicos	Rehabilitación	Medicación
SEXO:								
Hombres	56,3	32,2	65,5	69,0	63,3	40,8	34,7	57,1
Mujeres	62,0	37,9	49,3	74,9	56,2	34,4	41,8	65,5
EDAD:								
Menos 38	47,6	16,3	81,4	53,5	21,4	25,9	66,7	48,1
De 38 a 49	48,9	30,9	73,4	56,4	44,4	20,4	63,0	38,9
De 50 a 59	65,8	39,1	51,8	80,2	61,0	39,5	44,2	67,5
De 60 a 69	64,2	44,1	40,4	78,9	63,3	40,4	33,0	73,4
70 y más	67,4	38,0	37,0	85,4	68,8	39,1	21,9	74,2
TOTAL	60,8	36,9	52,0	74,0	57,2	35,5	41,1	64,2

Fuente: elaboración propia

Además del tratamiento específico de la enfermedad los entrevistados suelen llevar a cabo habitualmente otros cuidados relacionados con la misma, tanto en el sentido preventivo como en el paliativo. Estos tipos de cuidados se exponen en la tabla 26. De entre ellos, sobresale el ejercicio físico, que es practicado por el 92,5% de los individuos. Además, el 61% procura no hacer esfuerzos, ni coger peso, y sólo la mitad sigue una dieta adecuada. No se observan diferencias significativas en los tipos de cuidados examinados según el sexo y la edad.

TABLA 26. CUIDADOS QUE LLEVA A CABO

	PRIMERA ENFERMEDAD			SEGUNDA ENFERMEDAD		
	Realizar ejercicio físico	Seguir una dieta adecuada	No coger peso, no esfuerzos	Realizar ejercicio físico	Seguir una dieta adecuada	No coger peso, no esfuerzos
SEXO:						
Hombres	89,7	51,7	63,2	75,5	51,0	46,9
Mujeres	93,2	49,5	60,2	84,3	48,2	54,8
EDAD:						
Menos de 38	88,4	51,2	62,8	77,8	40,7	55,6
De 38 a 49	92,6	42,6	74,5	83,3	46,3	61,1
De 50 a 59	92,8	48,6	56,0	85,5	50,7	57,3
De 60 a 69	93,8	51,2	52,5	85,5	45,9	47,3
70 y más	91,3	57,6	65,2	78,1	56,3	53,1
TOTAL	92,5	50,0	60,6	83,1	48,6	53,6

Fuente: elaboración propia

También de la segunda enfermedad nos interesa conocer el tratamiento que precisa, ofreciendo al igual que en el caso de la primera enfermedad las cuatro posibilidades expuestas anteriormente. Pues bien, dos de cada tres entrevistados declaran que recurren a la medicación para tratar su enfermedad, aunque también un porcentaje alto realiza visitas periódicas al médico (57,2%) y en tercer lugar acuden a la rehabilitación (41,1%). Sólo la tercera parte, por último, reciben cuidados médicos.

La manera de tratar esta segunda enfermedad no arroja diferencias significativas en función del sexo, aunque si tiende a distinguirse según la edad, evidenciándose los siguientes resultados:

- A medida que aumenta la edad se incrementa la visita periódica al médico.
- Existe una relación directamente proporcional entre cuidados médicos y edad.
- Hay una relación inversamente proporcional entre la edad y rehabilitación.
- Cuando se incrementa la edad aumenta la medicación como mejor modo de combatir la enfermedad.

También es necesario destacar los siguientes aspectos:

- La rehabilitación es más utilizada para el tratamiento de enfermedades cuando los individuos son relativamente más jóvenes. Así, a medida que aumenta la edad se reduce el tratamiento por este método en aproximadamente un 46%.
- La medicación, junto con los cuidados médicos y las visitas al médico, son recursos cuya utilización se incrementa a medida que avanza la edad.

De la misma forma que en la primera enfermedad, preguntamos a los encuestados si respecto a la segunda enfermedad realizaban algunos cuidados preventivos complementarios al tratamiento que seguían habitualmente (tabla 26). Los resultados son los siguientes: el 83,1% de los entrevistados realizan ejercicio físico, el 53,6% procura no hacer esfuerzos, ni coger peso, y menos de la mitad sigue una dieta adecuada. No se observan diferencias significativas en los tipos de cuidados examinados según el sexo y la edad.

LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES

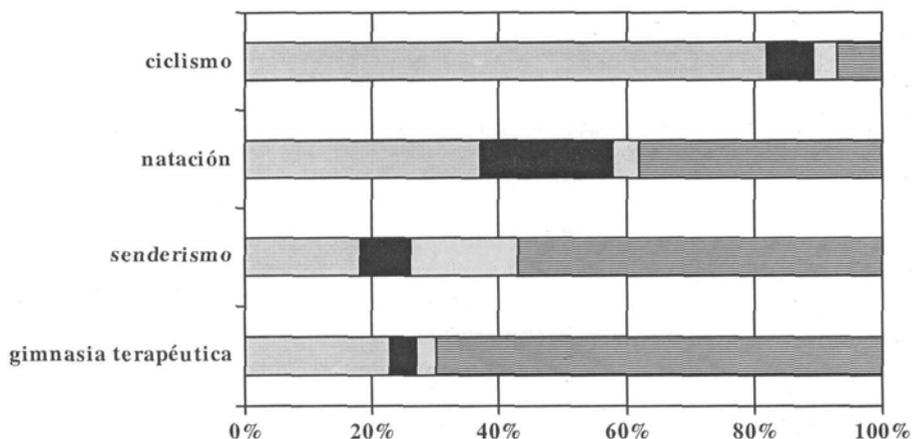
Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.; Paniza Prados, J. L.;
López Doblas, J.



VIII.1. ANTECEDENTES EN LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA

Otro de los objetivos de nuestra investigación es conocer la práctica deportiva de los individuos, así como los motivos que les llevaron a inscribirse en las actividades médico-deportivas del PMD. Pues bien, para saber la relación que nuestros encuestados han tenido a lo largo de su vida con las actividades físico-deportivas más habituales, hemos seleccionado una serie de prácticas relevantes tales como: nadar, bicicleta, senderismo y gimnasia terapéutica. El gráfico 4 ilustra los resultados obtenidos.

Gráfico 4. GRADO DE PRÁCTICA DE LAS ACTIVIDADES



□ nunca o casi nunca ■ varias veces al año □ varias veces al mes ▨ varias veces a la semana

Estos resultados se ofrecen con más detalle a través de las tablas 27 a 30, en las que se diferencia en función de las variables género y edad. Respecto a la natación, como muestra la tabla 27, el 38,5% de los entrevistados la practican varias veces por semana, aunque otro porcentaje muy similar afirma no realizarla nunca o casi nunca (37%). Entre ambas opciones, un 21,3% afirma practicarla varias veces al año, coincidiendo con la época estival. Cabe advertir en cualquier caso que los varones realizan esta actividad en una magnitud significativamente más elevada que las mujeres. El incremento de la edad, por otro lado, hace que disminuya la práctica de la natación, observándose una paulatina reducción del porcentaje de asiduos a la misma en cada intervalo de edad. Así, el 85% de los menores de 38 años la practican varias veces a la semana, porcentaje que desciende hasta el 17,2% para el grupo mayor de 70 años. Esta tendencia se puede observar de manera inversa en la categoría nunca o casi nunca, donde vemos que a medida que aumenta la edad, aumentan las personas que no realizan esta práctica deportiva.

TABLA 27. PRÁCTICA DE LA NATACIÓN

	Nunca o casi nunca	Varias veces al año	Varias veces al mes	Varias veces por semana	(N)
SEXO:					
Hombres	18,0	18,0	5,6	58,4	89
Mujeres	40,7	21,9	2,7	34,5	438
EDAD:					
Menos de 38	4,5	6,8	2,3	86,4	44
De 38 a 49	12,9	14,9	4,0	68,3	101
De 50 a 59	31,4	28,0	2,5	38,1	118
De 60 a 69	47,6	29,5	1,8	21,1	166
70 y más	64,6	12,1	6,1	17,2	99
TOTAL	37,0	21,3	3,2	38,5	527

Fuente: elaboración propia

La tabla 28 muestra que el ciclismo tampoco constituye una actividad deportiva que pueda considerarse habitual: el 82% no lo practica nunca. Del resto, cabe destacar que el 7,5% lo hace varias veces a la semana, el 3,5% varias veces al mes y el 6,9% restante varias veces al año. Un hecho significativo es que esta actividad física es llevada a cabo en una magnitud superior por los hombres que por las mujeres. Por otro lado, hemos de indicar que aunque la práctica del ciclismo no ofrece diferencias estadísticamente significativas según la edad, se da la circunstancia de que a partir de los 50 años tiende a incrementarse la realización de tal actividad varias veces por semana.

TABLA 28. PRÁCTICA DEL CICLISMO

	Nunca o casi nunca	Varias veces al año	Varias veces al mes	Varias veces por semana	(N)
SEXO:					
Hombres	68,2	12,5	5,7	13,6	88
Mujeres	85,0	5,8	3,0	6,3	432
EDAD:					
Menos de 38	72,7	15,9	4,5	6,8	44
De 38 a 49	77,8	11,1	3,0	8,1	99
De 50 a 59	86,2	5,2	2,6	6,0	116
De 60 a 69	84,7	6,1	2,5	6,7	163
70 y más	80,8	2,0	6,1	11,7	99
TOTAL	82,1	6,9	3,5	7,5	520

Fuente: elaboración propia.

Uno de los resultados más importantes de la tabla 29 es que más de la mitad de los entrevistados (56,4%) sale a caminar o a hacer senderismo varias veces a la semana. En el otro extremo, es decir, entre quienes nunca o casi nunca realizan esta actividad, nos encontramos al 18% de los encuestados. El 16,8% y el 8,8% restante afirman que su práctica se produce varias veces al mes y varias veces al año, respectivamente.

Vuelven a obtenerse diferencias significativas en el ámbito estadístico en función del sexo, ya que son ahora las mujeres quienes desarrollan más esta actividad. Por otra parte, aunque la edad no genera diferencias importantes, podemos apreciar una cierta tendencia en el sentido de que a mayor edad se observa una práctica más elevada del senderismo. Así, la categoría varias veces a la semana arroja el porcentaje más alto en el intervalo de edad de 70 y más años (82,1%). Esto nos lleva a deducir que el caminar es aconsejado especialmente como actividad física para las personas mayores, que hacen de ella una de sus escasas experiencias de deporte.

TABLA 29. PRÁCTICA DE SENDERISMO O DEL CAMINAR

	Nunca o casi nunca	Varias veces al año	Varias veces al mes	Varias veces por semana	(N)
SEXO:					
Hombres	13,5	18,0	18,0	50,6	89
Mujeres	18,9	6,9	16,6	57,6	434
EDAD:					
Menos de 38	18,2	15,9	20,5	45,5	44
De 38 a 49	22,0	14,0	22,0	42,0	100
De 50 a 59	18,6	6,8	18,6	55,9	118
De 60 a 69	16,5	5,5	14,6	63,4	164
70 y más	15,3	8,2	11,2	65,3	98
TOTAL	18,0	8,8	16,8	56,4	523

Fuente: elaboración propia.

Otra actividad sobre la que hemos recabado información es la gimnasia terapéutica, que según se desprende de los resultados de la tabla 30 representa una de las más practicadas: siete de cada diez entrevistados la practican varias veces a la semana. No obstante, también existe cerca de un 25% que afirma no practicarla nunca.

La gimnasia terapéutica muestra diferencias significativas a nivel estadístico tanto en función del sexo como de la edad. Las mujeres la realizan habitualmente en mucha mayor medida que los hombres (72,3% y 59,3%, respectivamente). Por su parte, son los grupos de más edad los que practican la gimnasia en mayor proporción que los jóvenes.

TABLA 30 PRÁCTICA DE LA GIMNASIA TERAPÉUTICA

	Nunca o casi nunca	Varias veces al año	Varias veces al mes	Varias veces por semana	(N)
SEXO:					
Hombres	28,6	7,7	4,4	59,3	91
Mujeres	23,8	2,0	1,8	72,3	441
EDAD:					
Menos de 38	50,0	9,1	2,3	38,6	44
De 38 a 49	40,6	6,9	1,0	51,1	101
De 50 a 59	24,2	0,8	0,8	74,2	120
De 60 a 69	14,3	2,4	1,2	82,1	168
70 y más	15,0	-	7,0	78,0	100
TOTAL	24,6	3,0	2,3	70,1	532

Fuente: elaboración propia.

A modo de resumen de las cuatro actividades presentadas, se pueden extraer las siguientes conclusiones conjuntas:

- ▶ Como deportes más practicados cabe destacar el senderismo, así como la gimnasia terapéutica.
- ▶ La práctica de la gimnasia terapéutica y del senderismo aumenta con la edad y en menor medida también podríamos decir lo mismo del ciclismo. Sin embargo, no ocurre igual con la natación.
- ▶ Las actividades más practicadas por los hombres son la natación y el ciclismo, y por las mujeres el senderismo y la gimnasia terapéutica.

Finalmente, en la tabla 31 se expone cómo ha sido la relación de los entrevistados con la actividad física en sentido amplio a lo largo de su vida. Pues bien, el 42,7% declara tener "mucha" relación con la actividad física, el 29,6% afirma tener "bastante", el 17,2% "regular", mientras que tan sólo un 7% y un 3,5% de los entrevistados afirmaron respectivamente, que durante su vida habían tenido "poca" o "ninguna" relación con las actividades físico-deportivas. No se observan diferencias significativas en función del género, aunque sí según la edad, dado que conforme avanza ésta, tiende a disminuir la experiencia acumulada en este terreno.

TABLA 31. ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE SU VIDA

	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada	(N)
SEXO:						
Hombres	56,5	20,7	14,1	7,6	1,1	92
Mujeres	39,9	31,4	17,9	6,7	4,0	446
EDAD:						
Menos de 38	52,3	36,4	11,4	-	-	44
De 38 a 49	46,1	29,4	18,6	4,9	1,0	102
De 50 a 59	33,6	35,2	23,0	4,9	3,3	122
De 60 a 69	42,7	25,1	17,5	9,9	4,7	171
70 y más	45,0	28,0	11,0	10,0	6,0	100

Fuente: elaboración propia.

VIII.2. MOTIVACIONES PARA INSCRIBIRSE

La siguiente cuestión formulada en el cuestionario hacía referencia a los "motivos que habían hecho que se inscribieran en las actividades médico-deportivas" del Patronato Municipal de Deportes de Granada. Se ofrecía a los entrevistados diversas razones que podían haber intervenido en tal decisión:

- Mejorar mi salud y mi estado físico.

- Por consejo del médico.
- Mejorar mi estado de ánimo.
- Relacionarme con otras personas.
- Otros.

Los resultados se ofrecen en las tablas 32 a 36. Una buena salud y un buen estado físico siempre han sido considerados aspectos primordiales en la vida de las personas. Así, es lógico, que prácticamente nueve de cada diez encuestados consideren bastante importante este aspecto como motivo principal para inscribirse en las actividades médico-deportivas del Patronato Municipal de Deportes. No obstante, más de la mitad de los entrevistados declaran haberse inscrito en dichas actividades, no por su propia voluntad, sino por prescripción del médico.

Otros motivos que podían pesar a la hora de matricularse en el programa del patronato, hacían referencia a aspectos psicológicos; así, más de la mitad de los encuestados pensaron que realizar estas actividades les iba a repercutir de manera positiva en su estado de ánimo. Los aspectos sociales también tienen un peso importante; así, un 40,2% de los entrevistados pensaron que la realización de actividades físico deportivas podía ser usada como vehículo que les facilitase las relaciones con otras personas y ampliar de esta forma su círculo de amistades.

Además de las motivaciones ya referidas más importantes admitidas por los encuestados - por mejorar el estado de salud y estado físico, por consejo del médico, por mejorar el estado de ánimo, o por relacionarse con otras personas - encontramos, un número relativamente importante de participantes (17,7%) que dicen haberse matriculado en el programa por otros motivos. Estos motivos que los encuestados indican libremente, aunque minoritarios, vuelven a incidir en la mejora y prevención de la salud y el bienestar general. En este sentido, son habituales las respuestas siguientes:

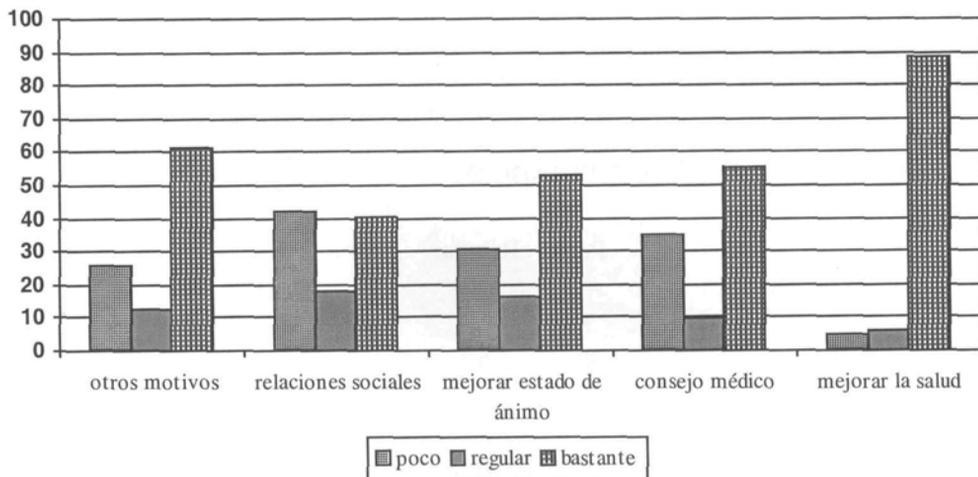
- "prevenir el estado físico de un futuro";
- "mejorar la calidad de vida", "bajar de peso";
- "sentirme mejor a todos los niveles de salud";
- "fortalecer mi espalda"; o una respuesta tan expresiva como "por no quedar me hecha un mueble".

Como conclusión, se confirma que el motivo fundamental por el que se efectúan actividades médico deportivas es el de la mejora de la salud.

Entre las actividades médico-deportivas hay que destacar las actividades terapéuticas en el agua, en la instalación del Complejo Deportivo Parque del Zaidín, ya que el aprendizaje de la natación junto con la realización de ejercicios terapéuticos en el medio acuático son dos de los aspectos destacados por los participantes como motivos de asistencia al programa. De este modo, algunas de las respuestas son: "aprender a nadar", "perder el miedo al agua y aprender a nadar mejor" y "aprender a nadar sin miedo".

El gráfico 5 muestra de manera muy significativa la importancia de los diferentes factores en la inscripción del programa.

Gráfico 5. INFLUENCIA DE MOTIVOS PARA INSCRIBIRSE EN LAS ACTIVIDADES



Ambos sexos están de acuerdo en que el principal motivo que les llevó a inscribirse en las actividades fue mejorar su estado de salud y su forma física. Sin embargo, difieren cuando los motivos hacen referencia a aspectos psíquicos y sociales. En ambos, se observan diferencias significativas, porque la mujer los valora más positivamente. Así, cuando hablamos del estado de ánimo, las mujeres puntúan este aspecto un 10% más que los hombres, y el aspecto relacionarse con otras personas todavía es un motivo mucho más valorado por ellas (44,2%), casi un 23% más que el masculino.

Cuando observamos los diferentes tipos de motivaciones según la edad de los entrevistados, podemos apreciar lo siguiente:

- A todas las edades les preocupa prácticamente en el mismo grado el interés por conservar o mejorar su estado de salud y su forma física. Es decir, la edad no influye en la valoración que se efectúa al respecto.
- Las personas relativamente más jóvenes tienden a realizar de un modo más habitual las actividades médico deportivas por prescripción facultativa. Así, mientras que el primer grupo de edad inicia en un 77% dichas actividades por consejo médico, el último grupo de edad inicia esta actividad por el mismo motivo en un 48%.
- Las personas con más edad, encuentran en la mejora del estado de ánimo una motivación muy importante para acudir a la actividad médico-deportiva; sin embargo, a medida que la edad disminuye, dicha motivación también se hace menos relevante.

- d) El poder relacionarse con otras personas es, al igual que la mejora del estado de ánimo, otra motivación valorada sobre todo por las personas mayores: el 59% de los entrevistados con más de 70 años de edad consideran bastante importante este aspecto, frente al 25% de los que poseen menos de 37 años.

Finalmente, podemos decir que los jóvenes se inscriben en las actividades médico deportivas fundamentalmente por prescripción médica, sin tener en cuenta los aspectos psíquicos y sociales, como ocurre en el caso de las personas mayores. Véase con todo detalle estos resultados a través de las tablas que se muestran a continuación.

TABLA 32. MEJORAR ESTADO DE SALUD Y ESTADO FÍSICO

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	7,8	6,7	85,6	90
Mujeres	4,5	6,1	89,4	
EDAD:				
Menos de 38	2,3	7,0	90,7	43
De 38 a 49	2,0	11,9	86,1	101
De 50 a 59	4,9	5,7	89,1	122
De 60 a 69	7,7	3,0	89,3	169
70 y más	4,0	7,0	89,0	100
TOTAL	5,0	6,3	88,6	537

Fuente: elaboración propia.

TABLA 33. POR CONSEJO DEL MÉDICO

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	31,0	5,7	63,2	87
Mujeres	35,4	10,5	54,1	429
EDAD:				
Menos de 38	11,4	11,4	77,3	44
De 38 a 49	23,5	11,8	64,7	102
De 50 a 59	33,0	8,7	58,3	159
De 60 a 69	44,0	10,1	45,9	159
70 y más	43,3	8,2	48,5	97
TOTAL	34,7	9,8	55,5	519

Fuente: elaboración propia.

TABLA 34. MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	29,9	26,4	43,7	87
Mujeres	30,8	16,1	53,3	435
EDAD:				
Menos de 38	34,1	15,9	50,0	44
De 38 a 49	42,6	25,7	31,7	101
De 50 a 59	33,3	15,4	51,3	117
De 60 a 69	24,8	11,2	64,0	161
70 y más	23,0	16,0	61,0	100
TOTAL	30,7	16,2	53,1	525

Fuente: elaboración propia.

TABLA 35. RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	57,6	21,2	21,2	85
Mujeres	38,7	17,2	44,2	437
EDAD:				
Menos de 38	59,1	15,9	25,0	44
De 38 a 49	63,4	19,8	16,8	101
De 50 a 59	41,5	21,2	37,3	118
De 60 a 69	36,0	13,7	50,3	161
70 y más	22,2	19,2	58,6	99
TOTAL	41,9	17,9	40,2	525

Fuente: elaboración propia.

TABLA 36. OTROS MOTIVOS

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	26,3	21,1	52,6	19
Mujeres	26,3	9,2	64,5	76
EDAD:				
Menos de 38	30,8	7,7	61,5	13
De 38 a 49	21,1	21,1	57,9	19
De 50 a 59	38,9	11,1	50,0	18
De 60 a 69	30,0	6,7	63,3	30
70 y más	6,3	18,8	75,0	16
TOTAL	26,0	12,5	61,5	96

Fuente: elaboración propia.

VIII.3. CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA

La tabla 37 presenta las vías por las que los entrevistados han conocido el programa de actividades médico-deportivas del PMD. Puede observarse en la misma que las amistades representan la fuente de información más importante sobre el programa. La mitad de los entrevistados, en efecto, ha tenido noticias de sus actividades gracias a su círculo de amigos, frente al 28% que las han conocido en base a la prescripción médica. Los familiares, en tercer lugar, han informado al 17% de las personas. Cabe destacar, por último, que los medios de comunicación constituyen por ahora una vía poco frecuente de conocimiento del Programa.

Podemos afirmar, no obstante, que los distintos grupos han tendido a informarse del Programa por caminos diferentes. A grandes rasgos, las vías informales -amistades y familiares- han llevado a conocer el Programa principalmente a aquellas personas que tienen más edad, mientras que la vía formal -prescripción médica- ha acercado sus actividades sobre todo a los más jóvenes. Así, por ejemplo, han obtenido noticias del Programa gracias a las amistades el 60% de las personas mayores de 70 años, frente a menos del 40% de los menores de 50 años. En cambio, el porcentaje de estos últimos que lo han conocido en base a la prescripción médica triplica al de los primeros -48,8% frente al 15% respectivamente-.

TABLA 37. VÍAS DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA

	Prescripción médica	Amistades	Familiares	Prensa, radio, televisión	(N)
SEXO:					
Hombres	33,3	46,7	16,7	3,3	90
Mujeres	26,7	51,8	17,4	4,1	438
EDAD:					
Menos de 38	48,8	39,0	7,3	4,9	41
De 38 a 49	45,0	38,0	12,0	5,0	100
De 50 a 59	28,3	55,8	13,3	2,5	120
De 60 a 69	20,2	51,8	23,2	4,8	168
70 y más	15,0	60,0	22,0	3,0	100
TOTAL	28,0	50,7	17,4	4,0	529

Fuente: elaboración propia.

VIII.4. MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS PARA DIRIGIRSE A LAS INSTALACIONES

En lo que se refiere a la forma de transporte utilizada para ir a las instalaciones deportivas, los resultados se presentan en la tabla 38. De cada tres participantes, dos acuden habitualmente a las instalaciones caminando. El uso de los medios de locomoción para asistir a las actividades es poco frecuente, lo cual lleva a suponer que bien los recintos deportivos se hallan próximos a sus viviendas, o bien las personas aprovechan el desplazamiento para darse un paseo por la ciudad a modo de entretenimiento. Lo cierto es que sólo el 15,4% acude en su propio coche, el 10,8% toma el autobús y el 6,9% es acercado por otras personas, generalmente los familiares.

La forma de acceder a las instalaciones varía significativamente en función del sexo. Entre quienes acuden andando, la proporción de mujeres se eleva hasta el 70%, frente al 52,7% en el caso de los varones. Dicho de otra forma, siete de cada diez mujeres suelen llegar a las instalaciones caminando, pero sólo la mitad de los hombres lo hacen así. Estos últimos, en efecto, optan en mucha mayor medida por acercarse en el coche propio (34,1% frente al 11,7% de las mujeres).

Los medios de transporte han resultado, asimismo, bastante dispares, dependiendo de la edad de las personas. En líneas generales, se advierten dos grandes comportamientos diferenciales: por un lado, los grupos por encima de los 50 años tienden a

acercarse a las instalaciones caminando, mientras que los grupos por debajo de tal edad acuden más en el coche propio. Se da además la curiosa circunstancia de que son las categorías extremas de edad, es decir, los individuos menores de 38 años y los mayores de 70, los que en mayor magnitud que el resto toman el autobús.

TABLA 38. MEDIO DE TRANSPORTE PARA ACCEDER A LAS INSTALACIONES

	Andando	En autobús	Conduce coche propio	Lo/la acercan en coche	(N)
SEXO:					
Hombres	52,7	9,9	34,1	3,3	91
Mujeres	70,1	11,0	11,7	7,2	445
EDAD:					
Menos de 38	29,5	27,3	36,4	6,8	44
De 38 a 49	46,1	6,9	36,3	10,8	102
De 50 a 59	71,3	6,6	13,1	9,0	122
De 60 a 69	80,0	8,8	5,3	5,9	170
70 y más	77,8	15,2	5,1	2,0	99
TOTAL	67,0	10,6	15,5	6,9	537

Fuente: elaboración propia.

VIII.5. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS Y ASISTENCIA

En el momento de realizar el estudio, el Programa de actividades médico-deportivas del PMD para adultos constaba de ocho actividades distintas que se ofertaban de manera no excluyente a las personas interesadas. Pues bien, cabe destacar la «Natación Terapéutica», el «Ejercicio Físico para Mayores» y la «Gimnasia Terapéutica», siguiendo este orden, como aquellas que más aceptación han contado por parte del público. En ellas se han inscrito, respectivamente, el 30,6%, el 28,6% y el 25,2% de los participantes. El resto de las actividades también han sido demandadas, pero en mucha menor magnitud (tabla 39).

TABLA 39. ACTIVIDADES PARA ADULTOS CONTENIDAS EN EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS DEL PMD

	(N)	(%)
Ejercicio Físico para Mayores	152	28,7
Ejercicio Físico y Acuático para Mayores	20	3,8
Ejercicio Físico y Taichí para Mayores	6	1,1
Gimnasia Terapéutica	133	25,1
Ejercicio Físico para la Hipertensión	29	5,5
Gimnasia en el agua	7	1,3
Natación Terapéutica	162	30,6
Natación para Minusválidos	21	4,0
TOTAL	530	100

Fuente: elaboración propia.

Cabe advertir que en este apartado la influencia del género ha sido determinante. Los varones se han inscrito en una proporción mucho más elevada que las mujeres en las actividades de natación, mientras que éstas se han decantado significativamente más por las actividades de gimnasia. En conclusión, la oferta del Programa posee una demanda diferenciada entre la población granadina en función del sexo.

La participación en el Programa de actividades médico deportivas del PMD cada vez goza de más experiencia. Prueba de ello es que sólo el 40% de los entrevistados se habían inscrito este año por primera vez. Ello significa que, de cada cinco personas, tres de ellas habían formado parte del programa en alguna ocasión anterior.

Otra de las cuestiones sobre las cuales hemos obtenido información es la frecuencia semanal con que los participantes acuden a realizar las actividades del Programa en las cuales se hallan inscritos. Pues bien, el comportamiento más común en este sentido es la asistencia a las actividades durante tres días a la semana (como han hecho dos de cada tres participantes), si bien el 32% de las personas las realizan sólo dos días semanales. Hay que añadir que estos resultados han sido bastante similares entre los varones y las mujeres.

Esta frecuencia, por otro lado, es considerada adecuada por la mayor parte de los participantes, en concreto, el 69%, si bien otro 30% sugiere que deberían aumentarse. Prácticamente nadie considera excesiva la frecuencia de las actividades en relación a las molestias que padecen. Cabe destacar que hombres y mujeres tienden a coincidir en sus afirmaciones (tabla 40).

Al considerar la edad de los participantes, en cambio, sí que se obtienen unas diferencias altamente significativas. En líneas generales puede afirmarse que a medida que ésta asciende tiende a aceptarse la frecuencia actual de las actividades como la más adecuada -80% para los mayores de 70 años, frente a sólo el 52,3% de los menores de 38-. Dicho de otra forma, son las edades más jóvenes quienes en una magnitud más elevada sugieren la conveniencia de aumentarla.

TABLA 40. EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES

	Es la adecuada	Debería aumentar	Debería disminuir	(N)
SEXO:				
Hombres	64,8	33,0	2,2	91
Mujeres	70,3	29,2	0,4	445
EDAD:				
Menos de 38	52,3	45,5	2,3	44
De 38 a 49	56,9	41,2	2,0	102
De 50 a 59	67,8	31,4	0,8	121
De 60 a 69	76,3	23,1	0,6	169
70 y más	80,0	20,0	-	100
TOTAL	69,4	29,7	0,9	536

Fuente: elaboración propia.

Cabe significar, por otro lado, que el 44% de los participantes afirma haber acudido siempre a realizar las actividades en las cuales se inscribieron. La mayor parte, sin embargo, reconoce que han debido faltar en algunas ocasiones. El porcentaje de personas que confiesa haber asistido poco es sumamente reducido.

Entre quienes afirman que han ido siempre a sus ejercicios, la proporción de varones es superior a la de mujeres (50,5% frente a 42,6%, respectivamente). No obstante, se da a la vez la circunstancia de que la población masculina es la que ha acaparado casi de forma exclusiva los casos de poca asistencia a las actividades, tal como puede verse en la tabla 41. La edad de los participantes no ha arrojado diferencias significativas.

TABLA 41. FRECUENCIA PERSONAL EN LA ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES

	He asistido siempre	No he podido asistir algunas veces	He asistido poco	(N)
SEXO:				
Hombres	50,5	45,1	4,4	91
Mujeres	42,6	56,5	0,9	444
EDAD:				
Menos de 38	40,9	59,1	-	44
De 38 a 49	40,6	57,4	2,0	101
De 50 a 59	46,3	51,2	2,5	121
De 60 a 69	42,9	55,9	1,2	170
70 y más	47,0	52,0	1,0	100
TOTAL	43,8	54,7	1,5	536

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las razones por las cuales se ha dejado de asistir a la actividad sobresalen aquellas relacionadas con la salud. La mayoría de estas personas alegan el padecimiento propio de enfermedades como el principal motivo que les ha obligado a faltar a sus actividades físicas en algunas ocasiones. Mucho menos frecuentes han sido las ausencias debidas bien a motivos familiares, bien a la coincidencia con citas con el médico, bien a la enfermedad de algún familiar. Debemos advertir, en cualquier caso, que otros motivos diferentes representan casi la cuarta parte de los impedimentos (tabla 42).

Hombres y mujeres, no obstante, han debido dejar de asistir a las actividades por motivos diferentes. La enfermedad propia como razón explicativa ha sido mencionada más por estas últimas (40,2%), que por los primeros (27,1%). En general, la población masculina ha tendido más a diversificar sus argumentos que la femenina. Por su parte, las diferencias que observamos en función de la edad tampoco alcanzan la significatividad estadística.

TABLA 42. MOTIVOS POR LOS QUE NO SE HA ASISTIDO

	Enferm. Propia	Enferm. Familia	Motivos familiares	Citas con el médico	Otros motivos	(N)
SEXO:						
Hombres	27,1	14,6	6,3	14,6	37,5	48
Mujeres	40,2	8,6	16,9	12,8	21,4	266
EDAD:						
Menos de 38	52,0	4,0	16,0	8,0	20,0	25
De 38 a 49	36,5	6,3	9,5	11,1	36,5	63
De 50 a 59	33,3	14,5	18,8	17,4	15,9	69
De 60 a 69	38,0	8,0	15,0	16,0	23,0	100
70 y más	40,4	14,0	15,8	7,0	22,8	57
TOTAL	38,2	9,9	15,0	13,1	23,9	314

Fuente: elaboración propia.

Además de los motivos anteriores, los propios participantes -el 60%- han añadido otros diferentes que les ha impedido en ocasiones la asistencia a las actividades. Entre todos ellos, sobresalen las obligaciones profesionales a las que deben responder, algo que resulta comprensible si tenemos en cuenta que un porcentaje importante de los participantes se hallan todavía en edad laboral. La incompatibilidad horaria entre el trabajo y las actividades ha supuesto en el caso de algunas personas un obstáculo a la asistencia al programa.

Otra motivación son los viajes fuera de la ciudad, que han tenido bien una duración diaria, o bien se han podido extender por una temporada. Tal es el caso de muchas personas de edad que han pasado unos días de convivencia con los hijos u otros familiares que habitan en otra ciudad. Otras veces, sin embargo, el motivo de los viajes más o menos prolongados en el tiempo han estado relacionados con el trabajo.

Cabe significar, por último, otras causas para la no asistencia mucho menos comunes como la pereza, la depresión, los problemas relacionados con el sueño o la menstruación.

VIII.6. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

En este apartado nos interesa conocer las actividades complementarias que realizan los participantes en las actividades médico-deportivas. Los ejercicios del Programa realizados en las instalaciones deportivas no suelen verse continuados en otros lugares, como por ejemplo el domicilio propio. Solamente el 12,6% afirma llevarlos a cabo fuera de una manera regular, junto al 25,4% que señala haberlos efectuado en

alguna que otra ocasión. Sin embargo, la mayoría de los participantes no han realizado nunca, o casi nunca, estos ejercicios en el exterior del recinto dispensado para ello por el PMD.

Se da la circunstancia de que, aunque minoritario, el porcentaje de personas que continúan los ejercicios del Programa fuera de las instalaciones es significativamente más alto entre los participantes masculinos que entre los femeninos. De hecho, afirman que realizan a menudo o muy a menudo actividades extra el 30% de los varones, pero tan sólo el 9,2% de las mujeres. Es decir, la participación de la mujer tiende a limitarse más que la del hombre al horario y al lugar establecidos formalmente en el Programa. No cabe referirse en este caso a la existencia de diferencias significativas en función de la edad, pese a que entre los menores de 38 años el porcentaje de personas que manifiesta no hacer nunca ejercicios fuera de las instalaciones deportivas desciende por debajo del 25%, tal como refleja la tabla 43.

TABLA 43. REALIZACIÓN DE EJERCICIOS FUERA DE LAS INSTALACIONES

	Muy a menudo	A menudo	Alguna vez	Casi nunca	Nunca	(N)
SEXO:						
Hombres	10,0	20,0	17,8	20,0	32,2	90
Mujeres	2,9	6,3	26,9	16,4	47,5	446
EDAD:						
Menos de 38	2,3	11,4	36,4	27,3	22,7	44
De 38 a 49	5,0	11,9	18,8	18,8	45,5	101
De 50 a 59	1,7	9,9	24,0	17,4	47,1	121
De 60 a 69	4,1	6,4	28,7	13,5	47,4	171
70 y más	7,0	6,0	23,0	17,0	47,0	100
TOTAL	4,1	8,6	25,3	17,1	44,9	537

Fuente: elaboración propia.

VIII.7. REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO POR PARTE DE LAS PERSONAS DE SU EDAD

En este apartado se exponen las respuestas de los participantes a la pregunta siguiente: "¿diría usted que las personas de su edad hacen ejercicio físico?". Las opiniones se encuentran bastante divididas, según se expone en la tabla 44. La mayor parte de los entrevistados, el 59%, responde negativamente a la cuestión, frente al 41% que contesta de manera afirmativa. Aunque los varones tienden a pronunciarse más negativamente que las mujeres, las diferencias no llegan a alcanzar la significatividad estadística.

La edad descubre también unas diferencias de opinión bastante importantes. El grupo que en mayor magnitud contesta afirmativamente a la cuestión planteada es, a gran distancia sobre el siguiente, el de los menores de 38 años; el 73%, frente a porcentajes en torno al 40%, o incluso inferiores en el resto de las categorías. Era un resultado que podía esperarse si tenemos en cuenta las disparidades que existen en la práctica deportiva de la población debidas a la edad: los más jóvenes practican más deporte.

TABLA 44. ¿LAS PERSONAS DE SU EDAD HACEN EJERCICIO FÍSICO?

	Sí	No	(N)
SEXO:			
Hombres	34,1	65,9	91
Mujeres	42,2	57,8	443
EDAD:			
Menos de 38	72,7	27,3	44
De 38 a 49	40,6	59,4	101
De 50 a 59	31,4	68,6	121
De 60 a 69	40,6	59,4	170
70 y más	37,4	62,6	99
TOTAL	40,6	59,4	535

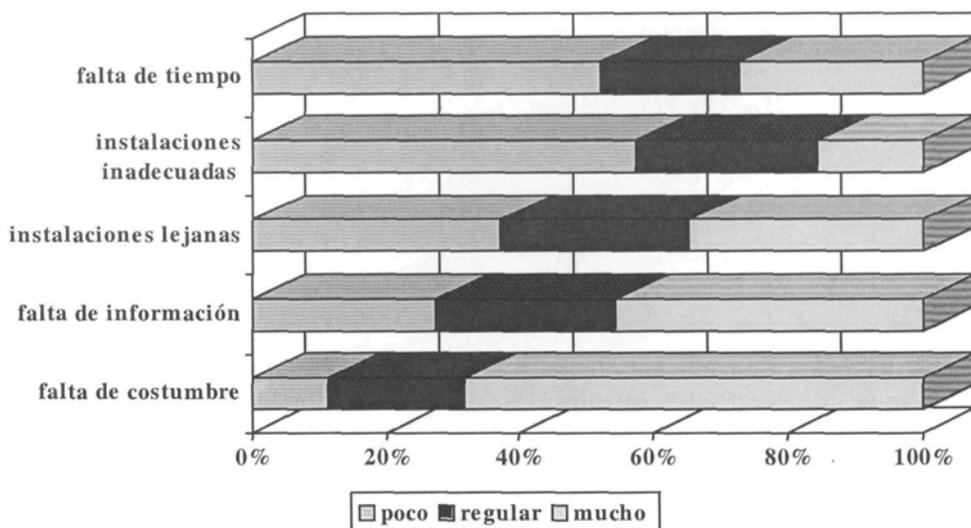
Fuente: elaboración propia.

Con el fin de conocer las motivaciones de la escasez de ejercicio se han ofrecido las siguientes opciones:

- Falta de costumbre.
- Falta de información.
- Instalaciones inadecuadas.
- Instalaciones alejadas.
- Escasez de tiempo.

El gráfico 6 nos aporta una primera visión sobre la importancia relativa que han tenido cada uno de los motivos referidos.

Gráfico 6. MOTIVOS QUE ALEJAN A LAS PERSONAS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA



Pues bien, en lo que respecta a los motivos que alejan a los ciudadanos de la práctica de ejercicio merece ser destacada, con diferencia, la falta de costumbre. La ausencia de hábitos deportivos, según afirman las dos terceras partes de los entrevistados, influye mucho para que las personas de su misma edad no hagan ejercicio. A medida que asciende la edad tiende a incrementarse la proporción de individuos que destacan la falta de costumbre como factor muy influyente en la escasa práctica de ejercicio. Prueba de ello son las diferencias recogidas en la tabla 45: han opinado así el 51,2% de las personas menores de 38 años, frente al 76% de las personas de 70 y más años. No se constatan en cambio diferencias significativas dependiendo del género.

TABLA 45. FALTA DE COSTUMBRE INFLUYE EN NO HACER EJERCICIO

	Poco	Regular	Mucho	(N)
SEXO:				
Hombres	12,5	22,7	64,8	91
Mujeres	11,4	20,0	68,7	443
EDAD:				
Menos de 38	9,3	39,5	51,2	44
De 38 a 49	13,3	28,6	58,2	101
De 50 a 59	12,0	17,1	70,9	121
De 60 a 69	11,7	16,0	72,2	170
70 y más	9,0	15,0	76,0	99
TOTAL	11,3	20,4	68,3	535

Fuente: elaboración propia.

La falta de información, por otro lado, ha sido especialmente resaltada como problema muy influyente en la categoría de 60 a 69 años -donde supera el 54%- y, en general, en las edades superiores. Se trata de unas diferencias de opinión que vuelven a ser significativas a nivel estadístico, según se deduce de la tabla 46.

TABLA 46. FALTA DE INFORMACIÓN INFLUYE EN NO HACER EJERCICIO

	Poco	Regular	Mucho	(N)
SEXO:				
Hombres	34,5	23,0	42,5	88
Mujeres	26,3	27,5	46,2	431
EDAD:				
Menos de 38	37,2	25,6	37,2	43
De 38 a 49	35,7	32,7	31,6	98
De 50 a 59	23,9	30,1	46,0	117
De 60 a 69	21,3	24,4	54,4	162
70 y más	29,0	23,0	48,0	100
TOTAL	27,4	27,0	45,5	520

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, a juicio de los entrevistados, ni la lejanía o la inadecuación de las instalaciones, ni mucho menos la falta de tiempo, representan razones de peso a la hora de practicar poco ejercicio físico. La calidad y la supuesta distancia de las instalaciones no constituyen, en efecto, argumentos sólidos en la explicación del escaso ejercicio físico que realizan las personas. Son de esta opinión tanto los varones como las mujeres en porcentajes similares. Cabe destacar, asimismo, que conforme asciende

la edad se incrementa el porcentaje de personas que restan importancia a la inadecuación de las instalaciones respecto a la poca práctica de ejercicio, yendo desde el 39,5% de los menores de 38 años hasta el 72,4% de los mayores de 70 (tabla 47).

TABLA 47. INSTALACIONES INADECUADAS INFLUYEN EN NO HACER EJERCICIO

	Poco	Regular	Mucho	(N)
SEXO:				
Hombres	55,3	23,5	21,2	87
Mujeres	57,6	27,7	14,7	426
EDAD:				
Menos de 38	39,5	34,9	25,6	43
De 38 a 49	45,4	35,1	19,6	98
De 50 a 59	52,7	27,7	19,6	113
De 60 a 69	63,9	24,1	12,0	160
70 y más	72,4	19,4	8,2	100
TOTAL	57,5	27,0	15,6	514

Fuente: elaboración propia.

La lejanía de las instalaciones ha tendido a ser destacada por el grupo de edad inferior a los 38 años, así como los de 38 a 49 años y de 50 a 59. Aquellas que tienen entre 60 y 69 años piensan en cambio que su influencia resulta menor y, sobre todo, de 70 años en adelante. Cabe afirmar, en suma, la existencia de unas diferencias significativas en función de la edad, como puede contemplarse en la tabla 48.

TABLA 48. INSTALACIONES LEJANAS INFLUYEN EN NO HACER EJERCICIO

	Poco	Regular	Mucho	(N)
SEXO:				
Hombres	32,2	33,3	34,5	85
Mujeres	38,1	27,0	34,9	422
EDAD:				
Menos de 38	20,9	27,9	51,2	43
De 38 a 49	25,3	30,3	44,4	97
De 50 a 59	27,0	27,0	46,1	112
De 60 a 69	46,6	28,8	24,5	158
70 y más	52,0	26,5	21,4	98
TOTAL	37,1	28,2	34,7	508

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la falta de tiempo, alrededor de la mitad de los entrevistados afirman que es un factor que influye poco en la práctica de ejercicio físico por parte de las personas de su misma edad.

No llegan a constatarse diferencias significativas desde la perspectiva estadística en función del sexo. Las diferencias de opinión resultan, sin embargo, enormes entre unas categorías de edad y otras. De hecho, conforme se eleva la edad va reduciéndose significativamente el porcentaje de personas que consideran que la falta de tiempo supone un hándicap para la realización de ejercicio físico. Así, cerca de dos tercios de los individuos menores de 38 años creen que este factor influye mucho, frente a la décima parte de los mayores de 60 años (tabla 49).

TABLA 49. FALTA DE TIEMPO INFLUYE PARA NO HACER EJERCICIO

	Poco	Regular	Mucho	(N)
SEXO:				
Hombres	54,0	20,7	25,3	87
Mujeres	51,5	20,7	27,7	429
EDAD:				
Menos de 38	9,3	25,6	65,1	43
De 38 a 49	27,0	21,0	52,0	100
De 50 a 59	43,9	25,4	30,7	114
De 60 a 69	71,6	17,9	10,5	162
70 y más	74,5	16,3	9,2	98
TOTAL	52,2	20,5	27,3	517

Fuente: elaboración propia.

EVALUACIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES

Latiesa Rodríguez, M.; Paniza Prados, J. L.; Puertas Cañaveras, I.; López Doblas, J.; Martos Fernández. P.



El noveno capítulo aborda en profundidad la evaluación de los entrevistados de diferentes aspectos relacionados con la experiencia de su participación en el programa de actividades médico-deportivas del PMD. Se comienza exponiendo una valoración general del programa para detenernos a continuación en la valoración de aspectos más específicos. Finalmente, serán objeto de estudio las razones que han motivado a los participantes para continuar realizando las actividades.

Otro de los temas sobre el que nos ha parecido necesario más conocimiento es la influencia que, según aprecian los entrevistados, ha tenido la participación en las actividades del programa en la marcha de su vida. La evaluación del estado de salud en que se encuentran, antes y después del desarrollo del programa, representa una temática especial en este sentido.

IX.1. VALORACIÓN GENERAL

La valoración general de la participación en el Programa médico deportivo arroja unos resultados altamente positivos, como lo prueba el hecho de que un 48% de los entrevistados se declara muy satisfecho con el mismo y otro 40,2% bastante satisfecho. Resulta llamativo, además, que tan sólo la décima parte de los participantes manifiesta un nivel de satisfacción regular, siendo inapreciable la proporción de insatisfechos. Hombres y mujeres han coincidido, además, al declarar esta valoración tan altamente positiva.

La edad, en cambio, sí pone de manifiesto unas diferencias bastante importantes. Adviértase en la tabla 50 que a medida que avanza ésta, mayor va resultando el porcentaje de personas que se declaran muy satisfechas con el Programa, de tal forma que opinan así más del 25% de los individuos menores de 38 años, frente al 61% de los que superan los 70 años. Son las edades superiores, en efecto, las que han señalado una satisfacción máxima.

TABLA 50. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

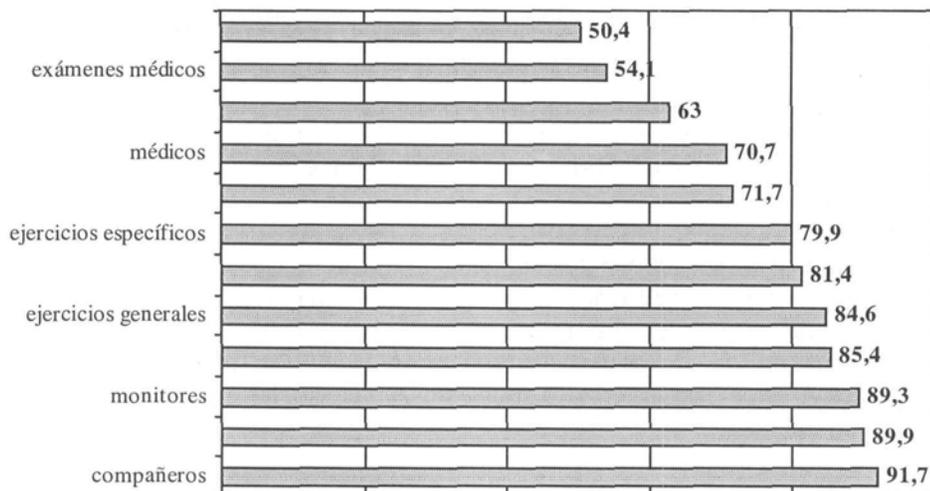
	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Regular	Poco satisfecho	Muy poco satisfecho	(N)
SEXO:						
Hombres	52,7	37,4	8,8	1,1	-	91
Mujeres	46,6	41,0	10,3	1,8	0,2	446
EDAD:						
Menos de 38	25,0	61,4	13,6	-	-	44
De 38 a 49	38,6	46,5	12,9	2,0	-	101
De 50 a 59	43,4	45,9	9,0	1,6	-	122
De 60 a 69	55,0	33,3	10,5	1,2	-	171
70 y más	61,0	30,0	5,0	3,0	1,0	100
TOTAL	48,0	40,3	9,9	1,7	0,2	538

Fuente: elaboración propia

IX.2. VALORACIONES ESPECÍFICAS

Hemos querido profundizar en las opiniones de los participantes, presentándoles asimismo por su grado de satisfacción relativo a aspectos puntuales tales como determinados ejercicios, los exámenes médicos o los horarios, entre otros, de cuyo análisis nos ocupamos a continuación. El gráfico 7 nos aporta una visión inicial sobre la eva-

Gráfico 7. PROPORCIÓN DE BASTANTE O MUY SATISFECHOS CON DIVERSOS ASPECTOS



luación que ha merecido a los entrevistados cada uno de los aspectos, ya que contiene la proporción de “bastante” o “muy satisfechos”:

Los ejercicios específicos para las zonas del cuerpo que las personas tenían afectadas por los dolores o las molestias han merecido una elevada aprobación. El 52,6% de los participantes afirman estar bastante satisfechos con ellos, a los que habría que añadir un 27,2% que se declaran muy satisfechos. Sólo el 4,6% confiesa sentirse poco o nada satisfecho. Cabe destacar que varones y mujeres han tendido a coincidir a la hora de otorgar estas altas calificaciones. Asimismo, las diferencias observadas en los grupos de edad son escasas (tabla 51).

TABLA 51. GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS EJERCICIOS ESPECÍFICOS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	-	2,2	13,3	51,1	33,3	90
Mujeres	2,3	2,8	1,6	52,9	26,0	431
EDAD:						
Menos de 38	2,3	4,5	15,9	54,5	22,7	44
De 38 a 49	1,0	3,9	13,7	53,9	27,5	102
De 50 a 59	2,6	1,7	16,4	55,2	24,1	116
De 60 a 69	1,2	1,8	16,0	53,4	27,6	163
70 y más	3,1	2,1	16,7	46,9	31,3	96
TOTAL	1,9	2,5	15,7	52,8	27,1	521

Fuente: elaboración propia

Una valoración más favorable, incluso, se obtiene al calificar los ejercicios generales que se realizan en el Programa, dado que el porcentaje de bastante o muy satisfechos es más elevado. Sumadas estas dos categorías, representan alrededor del 85% de los entrevistados, frente al 11,6% que manifiestan una satisfacción media y el escaso 4% de insatisfechos. Se trata, al igual que en el aspecto anterior, de una valoración con la que han coincidido tanto los hombres como las mujeres.

Por edad, sin embargo, las diferencias resultan significativas, habida cuenta que son las categorías superiores las que mejor tienden a evaluar los ejercicios generales. Entre los más jóvenes, en cambio, cabe destacar una minoría apreciable de individuos poco satisfechos con este aspecto. La tabla 52 contiene los resultados a los que hacemos mención.

TABLA 52. GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS EJERCICIOS GENERALES

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	2,2	3,3	12,0	56,5	26,1	92
Mujeres	1,8	1,6	11,4	57,4	27,8	439
EDAD:						
Menos de 38	2,3	9,1	11,4	52,3	25,0	44
De 38 a 49	3,0	4,0	11,0	63,0	19,0	100
De 50 a 59	2,5	1,7	13,2	52,9	29,8	121
De 60 a 69	1,8	-	9,0	56,9	32,3	167
70 y más	1,0	-	14,0	60,0	25,0	100
TOTAL	2,1	1,9	11,5	57,3	27,3	532

Fuente: elaboración propia

También los exámenes médicos constituyen un aspecto positivo. Así, aunque el 30% se haya pronunciado en relación a ellos poco o nada satisfechos, la mayoría de las personas han expresado al evaluarlos bastante o mucha satisfacción (32,7% y 21,4%, respectivamente). El motivo por el cual se presenta el 30% de insatisfechos, puede ser debido en gran medida a que desean una mayor frecuencia de ser examinados, hecho éste que es materialmente imposible, dado que el elevado número de inscritos en las actividades desbordan las posibilidades del personal médico que los atiende. Tanto los varones como las mujeres se han pronunciado de forma parecida, así como los distintos grupos de edad que hemos considerado en nuestro análisis (tabla 53).

TABLA 53. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EXÁMENES MÉDICOS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	19,0	9,5	16,7	32,1	22,6	84
Mujeres	14,6	15,3	15,8	32,8	21,4	411
EDAD:						
Menos de 38	20,9	22,1	14,2	11,0	14,4	43
De 38 a 49	16,3	15,8	15,0	11,6	15,6	95
De 50 a 59	18,6	20,0	14,2	13,5	18,9	113
De 60 a 69	34,9	26,3	34,5	36,8	28,9	155
70 y más	9,3	15,8	22,1	27,1	22,2	90
TOTAL	15,3	14,3	16,3	32,7	21,4	496

Fuente: elaboración propia

Cabría imaginar en principio que, dadas las necesidades particulares que posee cada individuo, los horarios en que se desarrollan las actividades representarían un aspecto criticable. Sin embargo, esto no sólo no ha sido así, sino que, muy al contrario, las personas se han mostrado ciertamente favorables a ellos. Cuatro de cada cinco participantes, en este sentido, han declarado bastante o mucha satisfacción con respecto al horario, de tal forma que tan sólo el 7% ha planteado una postura de queja. Los hombres han tendido a manifestarse algo más críticos que las mujeres, si bien en unas diferencias que no pueden catalogarse de significativas a nivel estadístico.

Como era de esperar, son los grupos de edad superiores los que más conformidad han mostrado con el horario. Hay que tener en cuenta que están compuestos fundamentalmente por jubilados, frente a la mayor vinculación laboral que presentan las categorías más jóvenes, que son las que han podido acusar una incompatibilidad horaria entre el puesto de trabajo y las actividades del Programa. Aun así, alrededor del 90% de las personas mayores de 70 años, se pronuncian bastante o muy satisfechas con este aspecto, porcentaje que desciende hasta el 60% en el caso de los menores de 38 (tabla 54).

TABLA 54. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL HORARIO DE LA ACTIVIDAD

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	5,6	5,6	16,9	40,4	31,5	89
Mujeres	1,8	4,1	11,0	43,1	39,9	436
EDAD:						
Menos de 38	7,0	9,3	23,3	32,6	27,9	43
De 38 a 49	7,0	3,0	16,0	37,0	37,0	100
De 50 a 59	2,5	5,8	9,2	48,3	34,2	120
De 60 a 69	-	1,8	12,2	43,9	42,1	164
70 y más	-	5,1	6,1	44,9	43,9	98
TOTAL	2,5	4,2	12,0	42,9	38,5	525

Fuente: elaboración propia

Haciendo balance, podemos afirmar el alto grado de satisfacción que declaran los participantes sobre todos y cada uno de los aspectos puntuales que hasta ahora han sido objeto de evaluación. No obstante, conviene matizar que son los recursos humanos, con los que cuenta el Programa para llevar a la práctica las distintas actividades, los que han merecido, con diferencia, la mejor de las calificaciones. Así lo acredita el hecho de que más de la mitad de los participantes se declaran muy satisfechos respecto al personal especializado con el que han desarrollado sus actividades, a los cuales debe sumarse otro 38,4% que se muestran bastante satisfechos. Se trata, por lo demás, de un dictamen compartido por ambos géneros.

La edad vuelve a evidenciar unas diferencias altamente significativas. Prueba de ello es que se pronuncian muy satisfechas con el personal especializado más de las dos terceras partes de las personas mayores de 70 años, porcentaje que sólo alcanza el 30% entre las dos categorías de edad en que se dividen los individuos menores de 50 años (tabla 55).

TABLA 55. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	2,2	1,1	6,7	43,8	46,1	89
Mujeres	0,9	1,8	7,5	37,4	52,3	438
EDAD:						
Menos de 38	2,3	4,7	9,3	53,5	30,2	43
De 38 a 49	4,0	3,0	11,9	50,5	30,7	101
De 50 a 59	0,8	2,5	7,5	37,5	51,7	120
De 60 a 69	-	0,6	5,5	34,8	59,1	164
70 y más	-	-	4,0	27,3	68,7	99
TOTAL	1,1	1,7	7,2	38,5	51,4	527

Fuente: elaboración propia

El trato con los demás participantes con los cuales se ha compartido las actividades médico deportivas es otro aspecto favorablemente valorado. El 46,2% de los entrevistados se muestra muy satisfecho con los compañeros, así como otro 45,5% afirma hallarse bastante satisfecho. Sorprende que, por el contrario, no exista casi nadie que se queje de ellos. Ahora bien, dentro de este clima social tan favorable que se aprecia en el desarrollo de las actividades, son las mujeres quienes en una magnitud superior han declarado la máxima satisfacción.

Por otra parte, una vez más vuelven a ser los grupos de más edad quienes en mayor medida declaran una alta satisfacción. De hecho, como aparece en la tabla 56, la proporción de personas que afirman estar muy satisfechas es el doble dentro del grupo de 70 y más años (56,1%) que de los menores de 38 (25,6%).

TABLA 56. GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS COMPAÑEROS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	1,1	3,3	11,1	52,2	32,2	90
Mujeres	0,5	0,7	5,5	44,0	49,4	439
EDAD:						
Menos de 38	2,3	-	7,0	65,1	25,6	43
De 38 a 49	2,0	2,9	9,8	52,0	33,3	102
De 50 a 59	-	0,8	6,6	49,6	43,0	121
De 60 a 69	-	1,2	4,2	38,6	56,0	166
70 y más		-	7,1	36,7	56,1	98
TOTAL	0,6	1,1	6,6	45,5	46,2	530

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los aspectos de la vida que más han mejorado gracias al Programa, la gran mayoría de los participantes han apuntado al estado físico, destacando los avances obtenidos en agilidad, elasticidad y movilidad en general. Cabe resaltar, asimismo, la reducción de los dolores y las molestias que presentaban antes de llevar a cabo las actividades.

Pero, según indican los participantes, la mejora de las condiciones físicas de salud no han sido el único beneficio que han obtenido con la ejecución del Programa. Así otro porcentaje significativo de personas ha notado igualmente mejoras apreciables en su estado de ánimo, así como sobre el terreno social, y más en concreto sobre las relaciones de amistad.

Se pedía asimismo a los entrevistados que expresaran su nivel de satisfacción respecto al Programa en sí de ejercicios, las instalaciones deportivas, las instalaciones accesorias, los monitores, los médicos y, por último, la organización en general. Pues bien, hemos de resaltar la evaluación bastante favorable que efectúan los participantes de todos los aspectos referidos. Sin embargo, cabe destacar a los monitores como los destinatarios de los mayores elogios, dado que cerca del 90% de los entrevistados se declaran bastante o muy satisfechos, además de no existir prácticamente nadie que muestre su queja hacia ellos. Hay que destacar que el grado de satisfacción ha sido muy parecido para los varones y las mujeres.

Una vez más, son las edades superiores quienes en mayor medida han expresado su satisfacción. Dentro del amplio consenso que han mostrado los participantes al evaluar positivamente a los monitores, en efecto, son las personas de 70 y más años y, sobre todo, las que cuentan entre 60 y 69 años quienes con más rotundidad se han pronunciado muy satisfechas (tabla 57).

TABLA 57. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS MONITORES

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	-	2,2	6,6	45,1	46,2	91
Mujeres	0,5	0,9	9,7	40,5	48,4	442
EDAD:						
Menos de 38	-	6,8	9,1	47,7	36,4	44
De 38 a 49	-	2,0	18,0	44,0	36,0	100
De 50 a 59	2,5	-	9,2	40,8	47,5	120
De 60 a 69	-	0,6	5,9	36,5	57,1	170
70 y más	-	-	5,0	45,0	50,0	100
TOTAL	0,6	1,1	9,0	41,4	47,9	534

Fuente: elaboración propia

En segundo lugar, sobresale la valoración positiva que ha obtenido el programa de ejercicios. La proporción de insatisfechos vuelve a ser irrelevante, dado que apenas representa el 3% de las opiniones. Por el contrario, el 29% de los participantes se pronuncia muy satisfecho con el mismo y el 57% bastante satisfecho. Cabe referir que el nivel de satisfacción respecto a los ejercicios ha resultado muy similar entre los hombres y las mujeres, así como en los diferentes grupos de edad (tabla 58).

TABLA 58. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON PROGRAMA DE EJERCICIOS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	2,2	1,1	13,2	51,6	31,9	91
Mujeres	1,1	1,6	11,0	57,9	28,4	437
EDAD:						
Menos de 38	-	4,5	15,9	59,1	20,5	44
De 38 a 49	3,0	2,0	14,9	53,5	26,7	101
De 50 a 59	3,3	0,8	10,8	58,3	26,7	120
De 60 a 69	-	0,6	10,2	56,0	33,1	166
70 y más	1,0	2,0	9,2	58,2	29,6	98
TOTAL	1,5	1,5	11,5	56,7	28,7	529

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la organización en general, el 49,3% de los participantes manifiesta que están bastante satisfechos, a los que debe añadirse otro 22,3% que se declaran muy satisfechos. Frente a estos resultados positivos, no obstante, un 22% señala un nivel

medio de satisfacción y un 6,5% se halla insatisfecho. No existen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en función del género.

Por grupos de edad, cabe destacar que son los individuos menores de 38 años quienes más críticos se han pronunciado respecto a la organización del Programa. Ello no quita que la mayor parte de los mismos se hayan mostrado bastante o muy satisfechos al evaluar dicho aspecto, en concreto el 54,6%. Este porcentaje se eleva conforme aumenta la edad, de manera que registra el 81,4% en el caso de los mayores de 70 años (tabla 59).

TABLA 59. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ORGANIZACIÓN EN GENERAL

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	-	2,2	20,0	57,8	20,0	90
Mujeres	2,1	5,1	22,5	47,5	22,9	432
EDAD:						
Menos de 38	4,5	15,9	25,0	34,1	20,5	44
De 38 a 49	2,0	4,0	31,7	47,5	14,9	101
De 50 a 59	3,4	1,7	30,2	47,4	17,2	116
De 60 a 69	0,6	3,6	14,5	52,1	29,1	165
70 y más	1,0	5,2	12,4	56,7	24,7	97
TOTAL	1,9	4,6	21,8	49,5	22,2	523

Fuente: elaboración propia

Como siguiente aspecto concebido como más positivo debemos aludir a los médicos. El 35% de los participantes afirman encontrarse muy satisfechos con su labor, junto a los cuales el 37% se muestra bastante satisfecho. La proporción de insatisfechos, en cambio, desciende al 8%. Se trata ésta de una valoración que han compartido a grandes rasgos varones y mujeres. Por otro lado, si hay un grupo de edad que haya mostrado una alta satisfacción con los médicos, ese es el formado por las personas de 60 a 69 años. En líneas generales, las edades más jóvenes han tendido a pronunciarse de forma relativamente más crítica, sin olvidar por supuesto que una amplia mayoría de los participantes se declaran satisfechos. Estos datos quedan reflejados en la tabla 60.

TABLA 60. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS MÉDICOS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	10,5	7,0	10,5	41,9	30,2	86
Mujeres	8,2	7,5	13,8	36,2	34,3	426
EDAD:						
Menos de 38	11,4	11,4	25,0	34,1	18,2	44
De 38 a 49	12,4	9,3	19,6	33,0	25,8	97
De 50 a 59	6,0	13,8	12,1	31,9	36,2	116
De 60 a 69	6,2	2,5	9,3	40,4	41,6	161
70 y más	9,5	4,2	10,5	44,2	31,6	95
TOTAL	8,4	7,4	13,5	37,2	33,5	513

Fuente: elaboración propia

Las instalaciones constituyen el aspecto con una calificación menos favorable. Dentro de las mismas, son las accesorias (servicios, duchas, pasillo, etc.) las que han sido peor evaluadas. A pesar de esto cabe significar, al igual que ocurría con los aspectos anteriores, el predominio de la valoración positiva sobre la negativa, y ello tanto en las instalaciones deportivas como en las accesorias. Respecto a las deportivas, declaran estar bastante o muy satisfechas el 63,2% de las personas, frente al 12% que se muestran poco o nada satisfechas. Por otro lado, han sido los hombres los que mayor grado de satisfacción han señalado, frente a la postura un tanto más crítica de las mujeres (tabla 61).

La edad pone de manifiesto nuevas diferencias significativas. A grandes rasgos, son los dos grupos de edad superiores los que han declarado hallarse más satisfechos con las instalaciones deportivas, destacando sobremanera las personas de 70 y más años. Muestra de ello es que el 76% de éstos últimos se pronuncian bastante o muy satisfechos con este aspecto, proporción que sólo alcanza el 57% en la categoría de edad más joven.

TABLA 61. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS INSTALACIONES DEPORTIVAS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	4,5	9,0	15,7	36,0	34,8	89
Mujeres	3,9	7,5	26,7	41,3	20,5	438
EDAD:						
Menos de 38	2,3	22,7	18,2	36,4	20,5	44
De 38 a 49	4,0	9,0	29,0	41,0	17,0	100
De 50 a 59	8,5	6,8	25,6	44,4	14,5	117
De 60 a 69	3,0	6,0	28,1	33,5	29,3	167
70 y más	2,0	4,0	18,0	49,0	27,0	100
TOTAL	4,2	7,8	25,0	40,5	22,5	528

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las instalaciones accesorias, el porcentaje de personas que han manifestado bastante o mucha satisfacción desciende hasta el 50,5%, si bien los varones han vuelto a evidenciar una valoración significativamente más positiva que las mujeres (61,6% y 48,1%, de manera respectiva).

Al igual que ocurre con las instalaciones deportivas, las accesorias han tendido a ser evaluadas de manera más positiva por las personas de más edad, sobre todo por las personas mayores de 70 años: el 68% de ellas se han mostrado bastante o muy satisfechas con este aspecto, frente a porcentajes muy inferiores en el resto de las categorías de edad (tabla 62).

TABLA 62. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON INSTALACIONES ACCESORIAS

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	(N)
SEXO:						
Hombres	6,6	12,1	19,8	44,0	17,6	91
Mujeres	4,9	11,7	35,3	32,9	15,2	428
EDAD:						
Menos de 38	4,5	20,5	27,3	43,2	4,5	44
De 38 a 49	7,1	13,1	38,4	32,3	9,1	99
De 50 a 59	8,6	13,8	38,8	25,9	12,9	116
De 60 a 69	3,1	9,9	32,7	32,7	21,6	162
70 y más	3,0	7,1	22,2	49,5	18,2	99
TOTAL	5,2	11,7	32,7	35,2	15,2	520

Fuente: elaboración propia

IX.3. RAZONES PARA LA CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA

Las razones por las cuales las personas siguen asistiendo al Programa señalan principalmente a la mejora de la salud y el estado físico en general. La inmensa mayoría de los participantes, el 93,3%, confiesa que este motivo influye bastante en su interés por seguir realizando las actividades. Este argumento ha sido común para los dos géneros, así como para los distintos grupos de edad que venimos considerando en nuestro estudio (tabla 63).

TABLA 63. INFLUYE MEJORA DE SALUD Y ESTADO FÍSICO PARA ASISTIR

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	2,2	3,3	94,6	92
Mujeres	2,5	4,5	93,0	445
EDAD:				
Menos de 38	2,3	4,5	93,2	44
De 38 a 49	2,9	1,0	96,1	102
De 50 a 59	2,5	2,5	95,1	122
De 60 a 69	2,4	4,1	93,5	170
70 y más	1,0	10,0	89,0	100
TOTAL	2,2	4,3	93,5	538

Fuente: elaboración propia

No es la salud, sin embargo, la única razón que favorece la continuidad en el Programa. En efecto, la mejora en el estado de ánimo ha sido otro elemento bastante trascendente a la hora de dirigirse a las actividades. Así lo admiten cerca de las dos terceras partes de los entrevistados. Ahora bien, la mejora de la situación anímica ha supuesto un factor bastante influyente para el 66% de las mujeres, que han participado en las distintas actividades del Programa, pero sólo para el 57,3% de los hombres.

También ha sido un factor altamente influyente, sobre todo, para las edades superiores. Mucha menos motivación, en este sentido, han presentado las edades más jóvenes. Se trata de diferencias muy significativas desde el punto de vista estadístico, según presenta la tabla 64.

TABLA 64. INFLUYE LA MEJORA DEL ESTADO DE ÁNIMO PARA ASISTIR

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	18,0	24,7	57,3	89
Mujeres	19,3	14,7	66,0	430
EDAD:				
Menos de 38	20,5	27,3	52,3	44
De 38 a 49	33,7	22,8	43,6	101
De 50 a 59	14,0	16,7	69,3	114
De 60 a 69	15,3	10,4	74,2	163
70 y más	14,3	14,3	71,4	98
TOTAL	18,8	16,3	64,8	520

Fuente: elaboración propia

Otros factores influyentes en el desarrollo del Programa por parte de los individuos, aunque ya en una menor magnitud, suele ser el consejo médico y las oportunidades que encuentran en las instalaciones deportivas de relacionarse con otras personas. Como refleja la tabla 65, la influencia del consejo médico para participar en el Programa ha tendido a ser inferior en las categorías de edad más avanzadas, destacando en este sentido los mayores de 70 años. Lo que no se constatan, en cambio, son diferencias significativas en función del género.

TABLA 65. INFLUYE EL CONSEJO DEL MÉDICO PARA ASISTIR

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	26,4	11,5	62,1	87
Mujeres	29,8	15,3	54,9	430
EDAD:				
Menos de 38	11,4	29,5	59,1	44
De 38 a 49	31,4	10,8	57,8	102
De 50 a 59	26,7	15,5	57,8	116
De 60 a 69	30,6	11,3	58,1	160
70 y más	35,4	16,7	47,9	96
TOTAL	29,2	14,7	56,2	518

Fuente: elaboración propia

El enriquecimiento de las relaciones sociales ha influido bastante en la asistencia a los ejercicios para el 54% de las personas, si bien lo han admitido así el 57,2% de las mujeres frente a sólo el 37,5% de los hombres. La inscripción en el Programa como un recurso social ha motivado así pues, sobre todo, a las participantes femeninas.

Cabe afirmar, por último, que las relaciones sociales representan un motivo cada vez más importante conforme asciende la edad. De hecho, la proporción de personas mayores de 70 años que apuntan este factor como bastante influyente casi llega a triplicar al de los menores de 38 años (72,4% frente al 27,3%, respectivamente). La tabla 66 recoge este cúmulo de diferencias significativas, considerando tanto el sexo, como la edad y el lugar de las actividades.

TABLA 66. INFLUYE LAS RELACIONES CON OTRAS PERSONAS PARA ASISTIR

	Poco	Regular	Bastante	(N)
SEXO:				
Hombres	42,0	20,5	37,5	88
Mujeres	28,5	14,3	57,2	428
EDAD:				
Menos de 38	50,0	22,7	27,3	44
De 38 a 49	53,0	16,0	31,0	100
De 50 a 59	29,8	16,7	53,5	114
De 60 a 69	20,5	14,3	65,2	161
70 y más	16,3	11,2	72,4	98
TOTAL	30,6	15,3	54,2	517

Fuente: elaboración propia

La importancia relativa que han tenido cada uno de los cuatro aspectos que acabamos de referir se aprecia, con más claridad si cabe, en los gráficos 8 a 11.

Gráfico 8. INFLUENCIA DE LA MEJORA DE LA SALUD

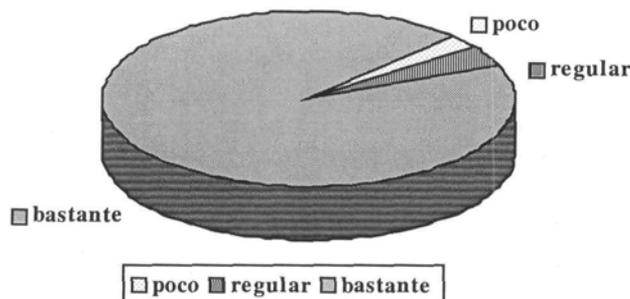


Gráfico 9. INFLUENCIA DE LA MEJORA DEL ESTADO DE ÁNIMO

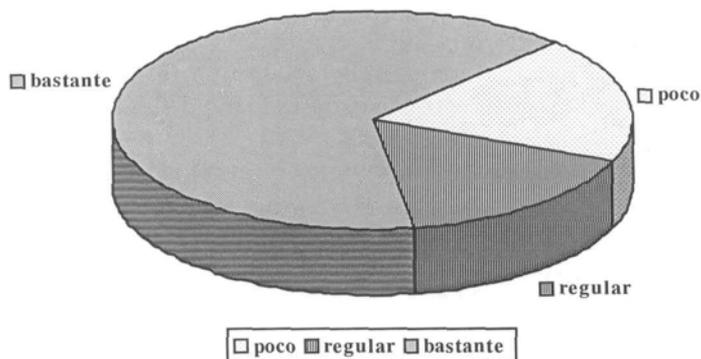


Gráfico 10. INFLUENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN MEDICA

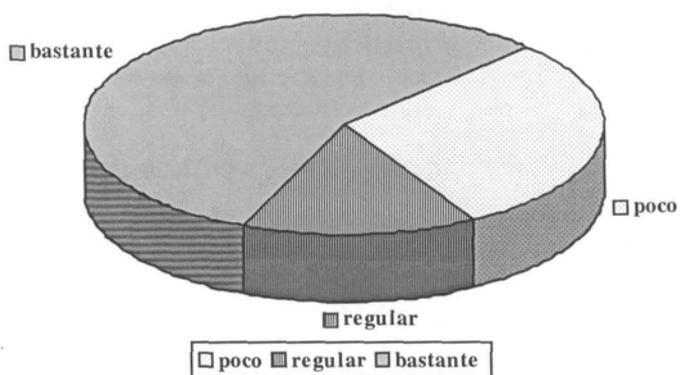
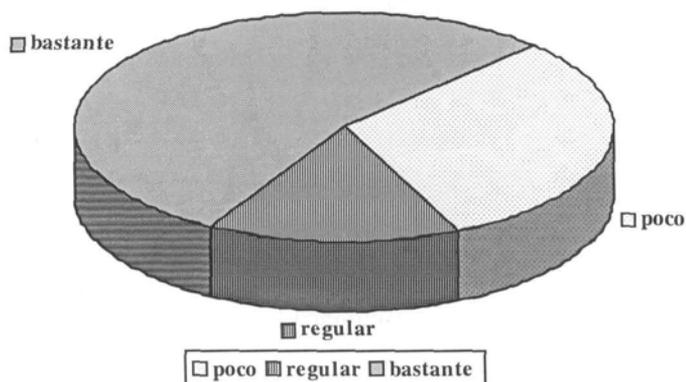


Gráfico 11. INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES



Además de las ya referidas, otras razones que han influido bastante en la asistencia a las actividades han sido añadidas por los propios participantes (el 13% de ellos). Entre las mismas cabe destacar el empleo del tiempo en alguna actividad extradoméstica. Salta a la vista, de cualquier modo, una enorme variedad de argumentos que van desde «salir de casa» hasta «estar con los amigos», «eliminar el estrés», «mejorar la autoestima» y, por supuesto, distraerse con el desempeño de las actividades del Programa.

IX.4. INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS SOBRE LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES

Como cabe deducir por los resultados expuestos hasta el momento, la repercusión que ha tenido el desarrollo del Programa de actividades médico-deportivas en las vidas de los participantes es altamente positiva. Así lo reconoce el 93,4% de los entrevistados, frente a un porcentaje muy reducido que no admite una influencia ni positiva ni negativa. Debemos subrayar que prácticamente nadie ha afirmado un efecto negativo del Programa sobre sus vidas. Cabe destacar que se trata de opiniones comunes tanto en lo que se refiere al género como a la edad, como puede apreciarse en la tabla 67.

TABLA 67. INFLUENCIA DEL PROGRAMA EN LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES

	Muy negativa	Negativa	Ni negativa ni positiva	Positiva	Muy positiva	(N)
SEXO:						
Hombres	1,1	-	5,4	57,6	35,9	92
Mujeres	-	0,2	6,3	58,3	35,1	444
EDAD:						
Menos de 38	-	-	11,4	54,5	34,1	44
De 38 a 49	-	-	7,8	59,8	32,4	102
De 50 a 59	-	-	8,3	56,2	35,5	121
De 60 a 69	-	0,6	2,9	61,2	35,3	170
70 y más	1,0	-	5,0	56,0	38,0	100
TOTAL	0,2	0,2	6,1	58,3	35,2	537

Fuente: elaboración propia

En lo que respecta a las influencias de tipo positivo, cabe destacar la acumulación de importantes beneficios sobre los terrenos físico, anímico y social, que, además, han tendido a producirse de manera simultánea. Quiere ello decir que, a la vez que se aprecian mejoras en la salud, los participantes ganan en relaciones de amistad y, si es

que atravesaban algún problema psicológico, lograban paliarlo en gran medida gracias al Programa. De hecho, ha sido frecuente que las mejoras en uno de estos terrenos hayan repercutido de inmediato positivamente sobre los demás. Sirvan como muestra respuestas como las que siguen:

«Al sentirme más ágil y mejor, estoy más alegre».

«Mejorar mi salud y mi estado físico, además de relacionarme con otras personas».

«Me encuentro mejor de mis dolores y más bien de ánimo».

«Sufría depresión por la muerte de mi marido, y el ejercicio me ha dado la vitalidad necesaria».

En línea con las conclusiones que venimos obteniendo, hemos de afirmar que el Programa ha ejercido una influencia ciertamente positiva sobre el estado físico de las personas. Así lo admiten la práctica totalidad de los entrevistados, en porcentajes que resultan idénticos para varones y mujeres, (92,3%). Cabe destacar asimismo que, si bien son los más jóvenes quienes tienden a evaluar más positivamente la influencia del programa sobre su estado físico, se trata de una diferencia que no llega a ser significativa siguiendo el criterio estadístico (tabla 68).

TABLA 68. INFLUENCIA DEL PROGRAMA SOBRE EL ESTADO FÍSICO

	Positiva	Ni positiva ni negativa	Negativa	(N)
SEXO:				
Hombres	92,3	6,6	1,1	91
Mujeres	92,3	7,2	0,5	443
EDAD:				
Menos de 38	97,7	2,3	-	44
De 38 a 49	93,1	5,0	2,0	101
De 50 a 59	90,1	9,1	0,8	121
De 60 a 69	92,3	7,7	-	169
70 y más	91,0	9,0	-	100
TOTAL	92,1	7,3	0,6	535

Fuente: elaboración propia

Junto a las condiciones de salud, el estado de ánimo ha sido otro aspecto del que más se han podido beneficiar los participantes, dado que el 83% declara una mejora del mismo a raíz de realizar las actividades. Este porcentaje ha resultado bastante similar para varones y mujeres. Hay que añadir que aunque las diferencias tampoco alcanzan a ser significativas a nivel estadístico, son las edades superiores las que en mayor medida destacan el beneficio del Programa sobre su estado de ánimo, como se indica en la tabla 69.

TABLA 69. INFLUENCIA DEL PROGRAMA SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO

	Positiva	Ni positiva ni negativa	Negativa	(N)
SEXO:				
Hombres	86,7	12,2	1,1	90
Mujeres	81,9	17,9	0,2	441
EDAD:				
Menos de 38	72,7	27,3	-	44
De 38 a 49	75,2	23,8	1,0	101
De 50 a 59	81,7	17,5	0,8	120
De 60 a 69	88,7	11,3	-	168
70 y más	85,9	14,1	-	99
TOTAL	82,7	16,9	0,4	532

Fuente: elaboración propia

El saldo de esta participación, aunque en menor magnitud, ha sido también favorable en el terreno social e incluso en el familiar. A nivel familiar, la proporción de personas que han admitido una influencia positiva del Programa es del 58,2%. No se observan diferencias significativas en función del género. Según la edad, por el contrario, sí que hemos obtenido unas diferencias bastante significativas. Más del 70% de las personas mayores de 70 años reconocen la influencia positiva del Programa en su vida a nivel familiar, porcentaje que va disminuyendo conforme desciende la edad de los participantes hasta situarse por debajo del 30% en el caso particular de los individuos menores de 38 años (tabla 70).

TABLA 70. INFLUENCIA DEL PROGRAMA A NIVEL FAMILIAR

	Positiva	Ni positiva ni negativa	Negativa	(N)
SEXO:				
Hombres	56,0	44,0	-	91
Mujeres	58,6	41,1	0,2	440
EDAD:				
Menos de 38	29,5	70,5	-	44
De 38 a 49	46,5	52,5	1,0	101
De 50 a 59	55,8	44,2	-	120
De 60 a 69	67,3	32,7	-	168
70 y más	70,7	29,3	-	99
TOTAL	58,3	41,5	0,2	532

Fuente: elaboración propia

A nivel social, cerca de las dos terceras partes de los participantes reconocen la influencia positiva que el Programa ha tenido en sus vidas. Este porcentaje es significativamente más elevado entre las mujeres que entre los varones, entre los cuales desciende hasta el 51,7%.

Atendiendo a la edad de los participantes, hemos de referirnos igualmente a unas diferencias muy significativas. A medida que avanza la edad se va incrementando el porcentaje de personas que admiten una influencia positiva del Programa en la esfera social, resultando especialmente alto en las categorías de 60 a 69 años y de 70 y más años, ambas en torno al 75%. Este porcentaje, como muestra la tabla 71, apenas alcanza el 34% en el caso de los menores de 38 años.

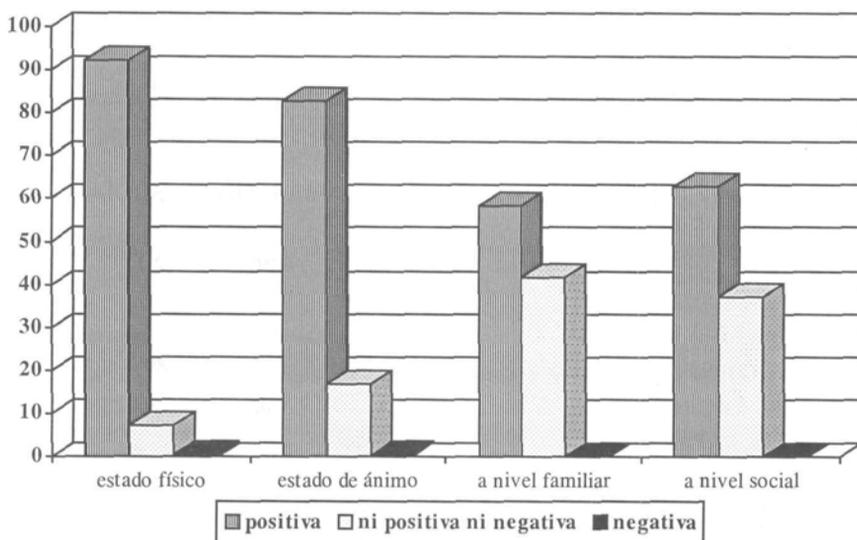
TABLA 71. INFLUENCIA DEL PROGRAMA A NIVEL SOCIAL

	Positiva	Ni positiva ni negativa	Negativa	(N)
SEXO:				
Hombres	51,7	48,3	-	89
Mujeres	65,2	34,5	0,2	440
EDAD:				
Menos de 38	34,1	65,9	-	44
De 38 a 49	48,5	51,5	-	101
De 50 a 59	58,0	41,2	0,8	119
De 60 a 69	74,9	25,1	-	167
70 y más	75,8	24,2	-	99
TOTAL	62,8	37,0	0,2	530

Fuente: elaboración propia

Para el conjunto de los entrevistados, el gráfico 12 ilustra de manera más clara si cabe la influencia dispar que ha ejercido el programa de actividades sobre cada uno de los aspectos mencionados.

Gráfico 12. INFLUENCIA DEL PROGRAMA SOBRE DISTINTOS ASPECTOS DE LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES



IX.5. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES MÉDICO-DEPORTIVAS

La gran mayoría de los participantes presentaban dolor o molestias en alguna parte de su cuerpo antes de iniciar el Programa de actividades Médico-deportivas. Solamente el 11% no las padecían en el momento de inscribirse al mismo. En cualquier caso, el género apenas ha influido en este esquema. Hemos de destacar, en contra de lo que en un principio cabía suponer, que no son las personas de más edad quienes peores condiciones de salud sufrían al inscribirse en el Programa.

Llama la atención, en efecto, que sean los menores de 38 años y, sobre todo, los que cuentan entre 38 y 49 años quienes en mayor magnitud padecían dolores o molestias iniciales. En cambio, el grupo de edad que presentaba menos dolencias previas era el de 60 a 69 años, tal como refleja la tabla 72. La explicación es la siguiente: los jóvenes tan sólo acuden al programa de ejercicios del PMD cuando están enfermos y con prescripción médica de una patología, mientras que los mayores acuden para mejorar el estado de salud en general.

TABLA 72. DOLOR O MOLESTIAS ANTES DE INICIAR EL PROGRAMA

	Sí	No	(N)
SEXO:			
Hombres	88,0	12,0	92
Mujeres	89,4	10,6	444
EDAD:			
Menos de 38	93,2	6,8	44
De 38 a 49	97,1	2,9	102
De 50 a 59	88,4	11,6	121
De 60 a 69	83,5	16,5	170
70 y más	88,0	12,0	100
TOTAL	88,8	12,0	537

Fuente: elaboración propia

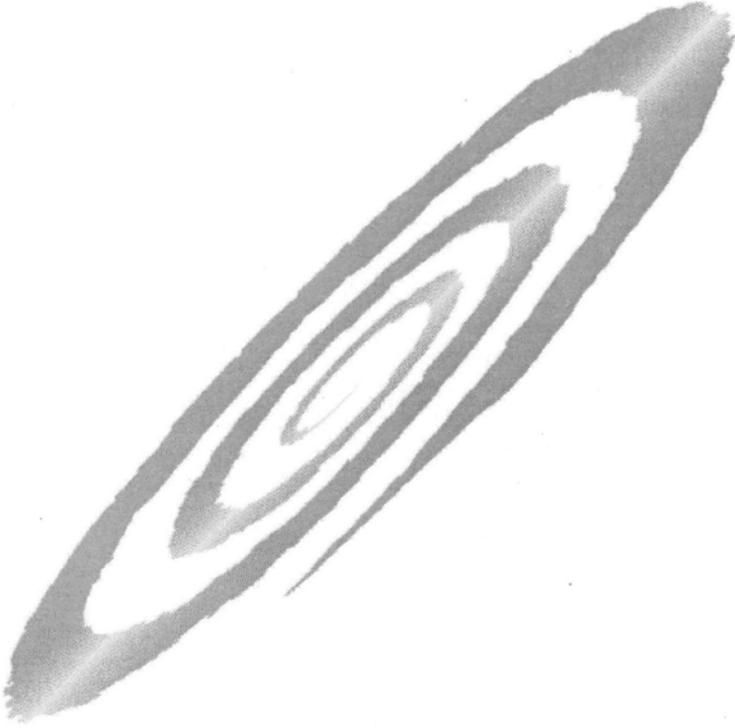
Respecto al efecto que el desarrollo del Programa ha tenido sobre la salud de los participantes, cabe destacar unos resultados altamente beneficiosos. De las personas que padecían dolores y molestias iniciales, más del 70% afirman que éstos han disminuido al término de las actividades llevadas a cabo. En cambio, llama la atención el insignificante porcentaje que representa quienes declaran un empeoramiento de su estado salud a raíz de realizar los ejercicios del Programa. Estos datos vienen a corroborar la muy favorable repercusión que las diferentes actividades del Programa Médico-Deportivo del PMD poseen en la mejora de las condiciones de salud de cuantas personas intervienen en ellas, tanto entre los varones (76,3%) como entre las mujeres (70,5%).

Por grupos de edad, se da la circunstancia de que quienes acudieron al Programa con más dolores y molestias han resultado ser asimismo quienes en mayor medida han visto mejorada su salud. Tal es el caso de las dos categorías de edad más jóvenes, que en conjunto representan los menores de 50 años, de los cuales más del 80% admite que los problemas que padecía al inicio del Programa han disminuido a su término (tabla 73), y que esta proporción desciende hasta alrededor del 65% en las edades superiores. En todo caso, constituyen porcentajes insignificantes dentro de los cinco grupos de edad considerados los que observan un agravamiento de sus dolencias tras el Programa.

TABLA 73. ESTADO DE LAS MOLESTIAS DESPUÉS DEL PROGRAMA

	Han aumentado	Han permanecido igual	Han disminuido	(N)
SEXO:				
Hombres	1,3	22,5	76,3	80
Mujeres	1,0	28,5	70,5	403
EDAD:				
Menos de 38	-	16,7	83,3	42
De 38 a 49	1,1	16,8	82,1	95
De 50 a 59	0,9	33,0	66,1	109
De 60 a 69	0,7	29,7	69,6	148
70 y más	2,3	34,1	63,6	88
TOTAL	1,0	27,6	71,4	482

Fuente: elaboración propia



SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Latiesa Rodríguez, M.; Gallo Vallejo, M. A.



1. MARCO TEÓRICO

EL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Desde el punto de vista demográfico, dos son las causas principales que han favorecido el crecimiento de la población adulta y mayor: primero, el descenso de la natalidad, que origina un “envejecimiento por la base de la pirámide”, y segundo, la disminución de la mortalidad, que genera un “envejecimiento por la cúspide de la pirámide”.

Ahora bien, la preocupación actual se centra en la calidad de vida de la población adulta, que tiene una esperanza de vida cada vez más elevada. En consecuencia, lo importante no es solamente que haya una cantidad de personas mayores más numerosa que nunca, sino que éstas a su vez sobrevivan hasta unas edades más longevas.

Este importante crecimiento demográfico de la población de más edad, se está produciendo a la vez que mejoran ostensiblemente los niveles de salud. Dicho de otro modo, no sólo la gente vive cada vez más, sino que también envejece manteniendo en términos generales un buen estado de salud. Así por ejemplo, la gran mayoría de las personas que superan en España los sesenta y cinco años de edad, se encuentra perfectamente capacitada para realizar con normalidad las actividades que genera la vida diaria. Quiere esto decir que son independientes y no precisan ningún tipo de ayuda material.

Enriquecer la última etapa de la vida, dotando de sentido y bienestar a la existencia de los mayores, constituye uno de los grandes objetivos de la sociedad. Y para alcanzar este propósito habrá que tener en cuenta no sólo los aspectos biológicos del envejecimiento, sino también los factores sociales y del entorno, así como los propios sentimientos de las personas. Sin lugar a dudas, el deporte puede contribuir de forma notable a este enriquecimiento.

DEPORTE Y CALIDAD DE VIDA

Una vez que ha sido efectiva en la especie humana la conquista de años a la vida, el gran objetivo que se persigue ahora es el de añadir vida a los años, es decir, dotar a esos años de más riqueza personal y social para que el individuo pueda disfrutarlos en la mayor medida posible. Pues bien, en este contexto, uno de los elementos que más puede contribuir -y que de hecho ya está contribuyendo- a la mejora de la calidad de vida es la participación en actividades diversas de ocio y tiempo libre, entre las cuales cabe destacar aquellas relacionadas con el ámbito físico-deportivo.

A través del tiempo hemos visto que el deporte en el Estado liberal se considera como una actividad más de la vida privada y social y, por tanto, sujeta al equilibrio de las distintas fuerzas sociales. Ya en nuestros días observamos que ciertas necesidades individuales se asumen por los poderes públicos como merecedoras de protección y defensa. Así, el Estado asegura la garantía de las condiciones mínimas de bienestar de los ciudadanos, de tal manera que el concepto de calidad de *vida* "es básicamente un concepto social", que los poderes públicos tratan de garantizar mediante ofertas concretas.

Entre los grandes objetivos que persiguen hoy día las políticas diseñadas para las personas mayores, la mejora de la calidad de vida ocupa un espacio central. Se hace necesario para ello el desarrollo de una adecuada política de bienestar social por parte de las autoridades públicas, en consonancia con la iniciativa social y el movimiento voluntario, como muy acertadamente nos indican los profesores Alemán y Madrigal. En este sentido, habrá que tener en cuenta la definición de la calidad de vida y de sus componentes. Pues bien, cabe destacar que numerosos son los factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores, como son el estado de salud, la posición económica, las relaciones familiares o la participación social.

La influencia del estado de salud sobre la calidad de vida de las personas mayores ha sido un tema muy analizado en los estudios del INSERSO. De los mismos, se obtiene que la salud es el aspecto que más inquietud produce a las personas mayores. Baste pensar que la pérdida de autonomía personal y la situación de dependencia respecto al desempeño de las tareas cotidianas o la accesibilidad al entorno físico, son ejemplos de las limitaciones que puede acarrear el deterioro de la salud, con la consiguiente merma que producen sobre la calidad de vida. Pues bien, la realización de actividades de tipo físico, junto con una adecuada dieta alimenticia son dos de los elementos de mayor importancia, tanto en la prevención como en la curación de la salud. Si éstos cuentan además con la pertinente supervisión médica, podrían favorecer el gran objetivo que supone hoy la existencia de las personas mayores en estado óptimo de salud y libres de discapacidades. Así, los consejos de los facultativos respecto a la realización de actividad física, en unión con una dieta adecuada, constituyen el método más eficaz para retrasar la aparición de los problemas ligados al envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud ha dejado constancia de la necesidad para los mayores de ejercitar los músculos, haciendo una actividad física moderada y regular, con el objetivo de preservar al máximo sus capacidades funcionales. Además, lógicamente hay que tener en cuenta el bienestar psico-social relacionado con la actividad físico-deportiva. La participación social por medio de programas específicos de actividades deportivas tiene gran influencia sobre la calidad de vida de los mayores. Entre los beneficios podemos destacar que, por un lado, contribuyen a que la persona posea un elemento de interés, entretenimiento o diversión muy importante. Por otro lado, además, constituyen un lugar de encuentro social donde hacer posible el intercambio de información y apoyo social. La participación en este tipo de actividades abre muchas posibilidades para hacer amistades y reforzar de la estructura de relaciones interpersonales.

DEPORTE PARA TODOS Y SALUD

Como es sabido de todos, en la década de los setenta surgió un movimiento denominado "Deporte para Todos", impulsado por diferentes organismos. La labor pionera la realizó el Consejo de Europa, que en 1975 dictó la Carta Europea del Deporte para Todos, influenciando así en la política deportiva de los diferentes países miembros, y favoreciendo una nueva tendencia en el deporte que relaciona la salud con la práctica de la actividad físico-deportiva. Se pone de relieve la importancia y necesidad del deporte para todos, como elemento integrador de desigualdades sociales, y como factor generador de bienestar general en el ser humano, tanto físico como psíquico.

Las encuestas llevadas a cabo por el profesor García Ferrando ponen de relieve la relación estrecha que existe entre el deporte y la salud. Así, "Deporte salud. El deporte permite estar en forma", es el significado más aceptado por la población española. De esta forma, el deporte tiene un carácter amplio que engloba diversas actividades físicas.

Podemos afirmar, sin lugar a dudas, que el deporte se ha convertido en uno de los mayores fenómenos sociales de nuestro siglo en sus diferentes manifestaciones: deporte-práctica, deporte-salud, deporte-espectáculo, etc. Lo que estaba reservado a ciertos grupos sociales, ha pasado al resto de la sociedad convirtiéndose en un fenómeno de carácter universal. De esta manera surge, como nos indica el profesor Durán (1997), una eclosión de toda una serie de nuevos modelos deportivos a los que estamos asistiendo (salud, ocio, recreación, relación social, culto al cuerpo, aventura...). Frente a un modelo selectivo y jerárquico aparece un modelo con sentido integrador y democrático, permitiendo el acceso de adultos y tercera edad.

La oferta de los organismos públicos se amplía y diversifica, ya que deben de cubrir las necesidades de capas cada vez más amplias: personas con discapacidad, tercera edad, ejercicio físico como rehabilitación, preparación física para el parto, etc; al mismo tiempo que se cumplen objetivos culturales o sociales.

Cualquier acercamiento a la realidad que define hoy a las personas adultas y/o mayores, ha de partir necesariamente de la consideración de la heterogeneidad que las caracteriza, y muy especialmente en relación al tema que nos ocupa de realización de actividades físico-deportivas. Es preciso destacar ante todo la variedad de los perfiles, ya que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, ni comparten unas mismas características sociodemográficas, sino que por el contrario uno de los rasgos que en mayor medida las define es su gran diversidad interna. Los grupos de mayores más vulnerables económica y socialmente vendrán definidos sobre todo por cuatro grandes factores que nos señalan Mota y López (1998): trayectoria laboral, género, forma de convivencia y edad.

Numerosos son, en este sentido, las variables determinantes en relación a la participación en actividades físico-deportivas de la población adulta. El conocimiento de la realidad sociodemográfica de la población es un requisito fundamental en el estudio de la participación de las personas mayores en este tipo de actividades, y a su vez, esta vinculación dependerá en cada caso de las características personales y de posición social que definen a los mayores.

La diversidad de situaciones en la población adulta, que favorecen o dificultan las actividades físico-deportivas es, por lo tanto, un factor fundamental a tener en cuenta. En nuestro estudio, cabe referirse incluso a diferentes tipos de actividades porque diferentes son también las realidades que rodean. Por ejemplo, las circunstancias varían de un varón de 65 años que se jubila, conviviendo con su esposa, en una gran ciudad y con un excelente estado de salud, a una mujer de 75 años que acaba de enviudar, vive en una pequeña población y nunca en su vida ha realizado actividad físico-deportiva alguna; o a una mujer o varón de 35 años con problemas osteo-articulares.

El nivel educativo continúa siendo hoy en día uno de los factores que más contribuyen a distanciar socialmente a las generaciones. No obstante, con la llegada a la vejez de los denominados "nuevos jubilados", es decir, de personas con un nivel educativo cada vez más elevado, comienza a cambiar la tendencia predominante en épocas pasadas, haciéndose más viable la posibilidad de acercar las actividades físico-deportivas a este sector de la población.

Otro de los factores, que también están contribuyendo a este acercamiento, reside en la importante mejora que se está produciendo en nuestra sociedad en lo que se refiere a la posición económica que disfrutan las personas mayores. La pensión de jubilación, además de ser un elemento de protección social bastante valorado por los propios mayores, otorga la libertad y la independencia monetaria necesarias para emprender aquellas actividades de ocio que realmente deseen los mayores. La jubilación, asimismo, proporciona a las personas la posibilidad de disponer de una cantidad bastante importante de tiempo libre, tiempo que no han podido aprovechar en este sentido mientras estaban insertas en el mercado de trabajo.

En cualquier caso, el entorno de residencia es un nuevo factor muy importante a tener en cuenta en relación a la práctica deportiva. El hábitat rural o urbano donde se desarrolla la persona influye decisivamente en sus actitudes y comportamientos en relación a las actividades físicas de ocio. Si bien en términos absolutos, las personas mayores son más numerosas en los entornos urbanos, en las áreas rurales, en cambio, hallamos una población mayor más envejecida y con niveles medios de estudios e ingresos más reducidos. Por ello, en las zonas rurales la realización de actividades físico-deportivas se encuentra mucho más limitada que en las zonas urbanas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE ACTIVIDADES MÉDICO—DEPORTIVAS

Los beneficios que reporta la participación en los programas de actividades médico - deportivas se centran, en el nivel más abstracto, en tres aspectos. El primero, el hombre dueño de sí mismo, para mantener y mejorar las capacidades funcionales (eficiencia cardiorrespiratoria, mecánica y neuromuscular) y para conseguir una integración personal (conocimiento de sí mismo, catarsis, reto). El segundo, el hombre en el espacio, trata de adaptarse y controlar el ambiente físico que le rodea, mediante la consciencia para desplazarse y proyectarse en relación con cosas y personas que le rodean. Así, el aprendizaje de nuevas destrezas o su mejora permiten un sentimiento de satisfacción. El tercero, el hombre en el mundo social, implica los siguientes aspectos: comunicación, es decir, compartir ideas y sentimientos; integración grupal, mediante el trabajo en equipo y las relaciones de competición y liderazgo; por último, también supone una referencia cultural ya que su participación lleva implícita la comprensión de la cultura en el que está inserto.

Hemos sintetizado en cuatro las ventajas que aporta a las personas mayores la participación en programas de actividades deportivas:

- ▶ El estado físico. Uno de los consejos que los profesionales de las ciencias sanitarias dan con más insistencia a las personas mayores es que combatan la inactividad. Los mayores, por el bien de su salud, necesitan moverse, ejercitar su cuerpo, permanecer activos. Es por ello, que la participación en actividades físico-deportivas les proporciona un fortalecimiento en su estado físico y una ayuda muy importante en cuanto a la prevención de un posible deterioro de la salud.
- ▶ El estado psicológico. La participación en los programas deportivos supone para la persona un aliciente muy importante en su vida. Especialmente para los mayores que se acaban de jubilar, aunque no sólo para ellos, puede suponer un gran incentivo de dedicación del tiempo libre. También cumple un papel muy importante en la prevención de problemas como la depresión o la soledad, problemas que se ha demostrado corren el riesgo de aparecer a raíz de la separación de la persona del mercado de trabajo.

- ▶ La situación familiar. Se ha comprobado, asimismo, que las actividades de ocio y tiempo libre que se llevan a cabo fuera del ámbito doméstico favorecen el buen estado de las relaciones familiares, tanto de las que se mantiene con el cónyuge como con los hijos.
- ▶ La integración social. Otro de los aspectos más beneficiosos que conlleva la práctica de este tipo de actividades por parte de las personas mayores es que incrementa notablemente su participación social. A medida que avanza la edad de las personas, su estructura de relaciones sociales sufre el riesgo de debilitarse a causa de rupturas en la forma de vida impuestas, por ejemplo, por la jubilación, por la viudez, o por el deterioro de la salud. Pues bien, en la lucha contra la desvinculación social de los mayores, y tratando de prevenir situaciones de aislamiento y soledad, la participación en los programas de actividades físico-deportivas puede llegar a cumplir una misión decisiva.

Existe una relación estrecha entre estos aspectos que rodean a la persona: culturales, sociales y psicológicos. Por ejemplo, la pérdida de un familiar ocasiona en muchos casos un grave trastorno que se puede paliar en gran medida con la realización de diferentes actividades, como el asistir a un programa de actividad físico-deportiva y rodearse de otras personas -quizás en sus mismas circunstancias-, el hablar con ellas, el relacionarse, etc.

En fechas recientes, la Federación Internacional de Asociaciones de Personas Mayores ha puesto en marcha un programa de acción para el fomento de la salud, en el cual la actividad física ocupa un lugar central, tanto en la rehabilitación como en el terreno preventivo respecto a enfermedades de carácter físico mental o sensorial. El ejercicio físico y el deporte después de los 60 años es, de hecho, uno de los consejos más importantes que recoge el programa. Para ello, no obstante, se advierte de la necesidad de convencer a los mayores de la utilidad que la actividad física tiene a la hora de prevenir problemas relacionados con la salud, ya que en ocasiones existen reticencias hacia la actividad física por parte de las personas mayores, debido sobre todo a la falta de hábitos.

No obstante, también es necesario tener en cuenta los riesgos que conlleva la realización de ejercicio físico, entre los que destacamos: la posible aparición de lesiones musculoesqueléticas, bien sean por traumatismos agudos o por sobrecarga; infarto de miocardio, sobreentrenamiento y muerte súbita inducida por el ejercicio.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES MÉDICO DEPORTIVAS

Todo individuo que se inicia en un programa de ejercicio físico debe conocer, antes de comenzar la actividad, su estado actual de salud. Lo más recomendable es someterse a un examen médico que identifique cualquier problema que pueda limitar la actividad física o requiera tratamiento antes de iniciarse ésta.

La finalidad de todo programa de ejercicio físico es establecer una mejora del rendimiento metabólico orgánico mediante el entrenamiento de las cualidades físicas básicas: resistencia, fuerza y amplitud de movimiento, así como conseguir una adecuada composición corporal.

Siguiendo las recomendaciones actuales sobre prescripción de ejercicio físico del American College of Sports Medicine, los componentes esenciales para una prescripción sistemática e individualizada del ejercicio incluyen: tipo de ejercicio más apropiado, intensidad, duración, frecuencia y ritmo de progresión de la actividad física.

En lo que concierne a la mejora de la resistencia, que es la cualidad fundamental de la forma física para el mantenimiento de la salud y de la calidad de vida, habitualmente los programas de ejercicio físico se basan en la realización de actividades que incluyan la movilización de grandes grupos musculares durante períodos prolongados. Se recomiendan intensidades bajas a moderadas (entre el 60 y el 90 % de la frecuencia cardíaca máxima), de 20 a 60 minutos de duración, durante tres a cinco días por semana. El paso de realizar ejercicio físico desde los tres días hasta los cinco días por semana se debe efectuar gradualmente. Asimismo, el programa de ejercicio físico deberá de tener un ritmo de progresión adecuado, con una fase inicial, una fase de mejora y una fase de mantenimiento.

Respecto a la fuerza, tiene su importancia dado que permite a la persona tener un buen tono muscular general, en concreto de la musculatura de sostén del esqueleto, ayudando a evitar problemas posturales, aumentando la masa libre de grasa y la densidad mineral ósea.

En cuanto a la estructura de una sesión de ejercicio físico, ésta debe de comenzar con un calentamiento que debe durar entre 5 y 10 minutos, una fase de esfuerzo en donde se realiza el tipo de ejercicio aeróbico elegido, a la intensidad y duración prescritas, junto con ejercicios de tonificación muscular, finalizando con un período de recuperación.

2. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, forma de vida, situación actual y nivel de estudios) de la población estudiada en la presente investigación arrojan datos muy interesantes, ya que se pueden observar diferencias en los dos centros deportivos donde se han llevado a cabo las entrevistas, debido a que las actividades que se realizan en ambos son diferentes, y también porque comprende públicos divergentes. Las tendencias similares, así las notas que definen al conjunto de entrevistados son:

- ▶ Mayor proporción de mujeres (82,9%) que de hombres (17,1%).

- ▶ Edad media elevada (57,3 años).
- ▶ El 91% de los encuestados tiene edades superiores a los cincuenta años y el 52% tiene edades superiores a los 65 años. En consecuencia nos estamos refiriendo a una población adulta de muy elevada edad.
- ▶ Número elevado de participantes que viven acompañados (88%).
- ▶ Proporción considerable de entrevistados con estudios primarios completos o incompletos (52%).

Por otro lado, las principales características diferenciadoras son las siguientes:

- ▶ Número superior de hombres en el Centro Deportivo del Parque del Zaidín, respecto al Estadio de la Juventud.
- ▶ Población más joven en el Centro Deportivo del Parque del Zaidín.
- ▶ Mayor porcentaje de viudos en el Estadio de la Juventud (22%) que en el Centro Deportivo del Parque del Zaidín (9%) y menor proporción de solteros en el Estadio de la Juventud (7%) que en el Centro Deportivo del Parque del Zaidín (17%).
- ▶ Nivel de estudios y de ocupación superior en el Centro Deportivo del Parque del Zaidín que en el Estadio de la Juventud.

SALUD DE LOS ENCUESTADOS

Respecto a la asistencia médica, deducimos que la mayor parte de la población ha visitado al médico en los últimos tres años "varias veces al año", y que en general, esta asistencia sólo se produce cuando se está muy enfermo, o cuando se observa algún malestar, ya que esta visita no se suele hacer por gusto, debido a las implicaciones que conlleva de enfermedad y malestar. Siguiendo esta línea, sí que podemos señalar la existencia de una relación directa entre la edad y la visita médica, es decir, a menor edad menos se visita al médico y viceversa. Al considerar la medicación que siguen los entrevistados, la tendencia mayoritaria es la toma de medicamentos sólo por consejo y prescripción médica, si bien también existe un número considerable de personas que a iniciativa propia los toman.

Respecto a su estado de salud subjetivo, prácticamente la mitad de los encuestados consideran que su salud es "regular"; de hecho, la gran mayoría de ellos padecen molestias y dolores frecuentes en algunas partes de su cuerpo; otro 40% afirma sentirse bien o muy bien, destacando que los hombres evalúan más positivamente su estado de salud que las mujeres.

Con relación a la tipología del dolor y las molestias, podemos deducir que la inmensa mayoría entrevistada declara tener algún malestar en alguna parte de su cuerpo, siendo los dolores más habituales los de espalda en el ámbito cervical y lumbar, en las piernas y en articulaciones, y en general las mujeres presentan porcentajes más eleva-

dos en casi todos los malestares. La presencia de dolor en conexión con la edad, nos permiten concluir que los jóvenes se inscriben en las actividades médico deportivas por prescripción médica, para recuperarse de alguna patología, mientras que las personas mayores acuden para mejorar su estado general de salud.

Las enfermedades más frecuentes señaladas por los entrevistados son, en primer lugar, las relacionadas con el aparato locomotor, seguidas de las cardiovasculares. Destaca que casi la mitad de las personas a las que se le ha pasado el cuestionario, padece dolencias anteriormente sufridas en el seno familiar; siendo el doble de población femenina respecto a la masculina, la que afirma este hecho. Para el tratamiento de las enfermedades se utilizan principalmente los fármacos, siendo, lógicamente, los más consumidos los relativos al aparato cardiovascular y locomotor.

ACTIVIDAD FÍSICA E INSCRIPCIÓN EN LOS PROGRAMAS

En general, la relación de los entrevistados con la actividad física en sentido amplio ha sido elevada a lo largo de su vida, siendo muy escasa la proporción que señala que ha sido "poca" o "ninguna".

En cuanto al medio de conocimiento del Programa, destacamos que el mismo ha sido conocido principalmente por amigos, seguido de la prescripción médica que les obligaba a llevar a cabo actividades físicas determinadas, con el objetivo de mejorar o aliviar las dolencias.

En el ámbito subjetivo, la principal motivación que guía a los encuestados a inscribirse en el programa de actividades médico deportivas del Patronato Municipal de Deportes, es la mejora de la salud y del estado físico. Así nueve de cada diez personas indican estos motivos. Ahora bien, otros motivos que han influido son la prescripción médica o la mejora del estado de ánimo. Se aprecian diferencias si consideramos los tipos de motivaciones según la edad, de forma que mientras los más jóvenes realizan de un modo más habitual las actividades médico deportivas por prescripción facultativa, para los más mayores son más importantes los aspectos psíquicos y sociales.

Respecto al transporte utilizado para llegar a las instalaciones deportivas, destaca sobre el resto ir caminando hasta el recinto, si bien sí existen diferencias concluyentes en función del sexo, ya que mientras siete de cada diez mujeres llegan habitualmente a las instalaciones caminando, sólo la mitad de los hombres lo hace así, optando en mayor medida por el coche.

Las actividades más demandadas del Programa de actividades médico-deportivas del PMD de Granada han sido: Natación Terapéutica, Ejercicio Físico para Mayores y Gimnasia Terapéutica. El resto de actividades también ha tenido aceptación, pero en menor medida. Se observan diferencias en función del género, ya que mientras que los hombres se decantan principalmente por las actividades de natación, las mujeres lo hacen más por las de gimnasia. Estas divergencias se mantienen también cuando

hablamos de actividades complementarias a las médico-deportivas, ya que la participación de las mujeres tiende más a limitarse al horario y lugar establecidos en el programa.

En general, la población entrevistada considera que las personas de su edad no hacen ejercicio físico, alegando como motivo destacado la falta de costumbre, seguido más de lejos por la falta de información. Por tanto, ni las instalaciones inadecuadas, ni la lejanía aparecen como razones de peso para no practicar ejercicio.

VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

Por último y a modo de conclusión final, podemos afirmar que la valoración general es muy positiva, ya que la proporción de participantes que se encuentra satisfecha con el Programa es elevada. Así, la mayoría de los participantes se declara muy satisfecho, siendo inapreciable los que se declaran insatisfechos. Si bien la edad influye en esta opinión, ya que conforme ésta avanza, el porcentaje que dice estar satisfecho se incrementa.

Respecto al grado de satisfacción con aspectos más específicos, la visión de conjunto también es altamente positiva, si bien destacan algunos sobre el resto como son los recursos humanos, la programación y planificación de las actividades y el trato con los demás participantes. Sin embargo, se valoraron menos positivamente las infraestructuras donde se practicaba la actividad física.

Como consecuencia de esta valoración positiva, la inmensa mayoría de los participantes confiesa que seguirá en el programa fundamentalmente por motivos relacionados con la mejora de la salud y el estado físico, aunque subsidiariamente reconocen que dichas actividades también le proporcionan un mejor estado de ánimo y mejoran sus relaciones sociales; así declaran que la influencia del programa en sus vidas ha sido muy positiva y reconocen los beneficios de éste no sólo en el terreno físico, sino también en el psíquico y social.

Se concluye pues este análisis, indicando que el programa que lleva a cabo el Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes de Granada es altamente positivo para las personas que lo realizan, y que sería conveniente, dados los resultados obtenidos, extenderlo a capas más amplias de la población, al mismo tiempo que se diversifica la oferta y se complementa con otras actividades.



BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA, A. (1994): *Fundamentos socioculturales de la motricidad humana y el deporte*. Universidad de Granada. Granada.

AJZEN, I., FISHBEIN, M. (1977): "Attitude-behavior relations: A theoretical analysis an review of empirical research". *Psychological Bulletin*, 84; 888-918.

ALBERDI, I. (1995): *Informe sobre la situación de la familia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

ALEMAN BRACHO, M.C. y MADRIGAL TORRES, P. (1996): "Las prestaciones sociales para la tercera edad en España". En *Bienestar social y necesidades especiales*. Jorge Garcés y M^a Asunción Martínez (dirás.). Tirant Lo Blanch. Valencia.

ALMOND, L. (1983): "A rationales for health related fitness in schools". *Bulletin of Physical Education*, 19; 5-10.

ALMOND, L. (1992): "El ejercicio físico y la salud en la escuela". En: J. Devís y C. Peiró (eds.) *Nuevas perspectivas curriculares en la educación física: la salud y los juegos modificados*. Inde. Barcelona.

ÁLVAREZ BUENO, G. (1992): "Situación de las niñas y las jóvenes en el deporte de base". En: *El ejercicio físico y la práctica deportiva de las mujeres*. Madrid. CSD. MEC. Secretaría de Estado de Educación. MAS. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 12; 25-29.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEES ON SPORTS MEDICINE. (1990): "Strength training, weight and power lifting and body building by children and adolescents". *Pediatrics*, 86-5; 801-803.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. (1994): "Exercise during pregnancy and the postpartum period". *Int. J Gynecol Obstet*, 45; 65-70.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1990): "The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy subjects". *Medicine and Science Sports Exercise*, 265-274.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1983): "Position stand: proper and improper weight loss programs". *Medicine and Science Sports Exercise*, 15; 9-.13.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1991): "Guidelines for exercise testing and prescription". *American College of Sports Medicine*. Philadelphia, Lea & Fegiber.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1993): "Position stand: physical activity, physical fitness and hypertension". *Medicine and Science Sports Exercise*, 25; 1-10.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1994): "Position stand: exercise for patients with coronary artery disease". *Medicine and Science Sports Exercise*, 26; 1-10.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1995a): "ACSM position stand on osteoporosis and exercise". *Medicine and Science Sports Exercise*, 27; 1-7.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1995b): *Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription*. 5th ed. Philadelphia. Lea and Febiger.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1998a): "The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults". *Medicine and Science Sports Exercise*, 975-991.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1998b): "Exercise and physical activity for older adults". *Medicine and Science Sports Exercise*, 30-6; 992-1008.

ANDRÉS, F.; DELGADO, C. (1995): "Política deportiva municipal. El nuevo papel de las corporaciones locales". *Colección Deporte y Municipio*. Consejo Superior de deportes. Madrid.

ARANGO, J. (1987): "La modernización demográfica de la sociedad española". En: J. Nadal; A. Carreras y C. Sudriá (Comps.). *La economía española en el siglo XX. Una perspectiva histórica*. Ariel. Barcelona.

ARRONDO, M. (1992): "Experiencias de deporte recreativo". En: *El ejercicio físico y la práctica deportiva de las mujeres*. Seminario Mujer y deporte. CSD. MEC. Secretaría de Estado de Educación. MAS. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 12; 81-86. Madrid.

AYALA CAÑÓN, L. y RENES AYALA, V. (1998): "El estudio de la pobreza en España". En: *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Fundación FOESSA. Madrid.

BACKER, M.H., MAIMAN, L.A. (1975): "Sociobehavioral determinants of compliance with medical care recommendations". *Medical Care*, 13; 10-24.

BAIETTI, M. Y TINTI, M.G. (1990): "Deporte, dieta y salud del anciano". *Sport & Medicina*, Septiembre-Octubre.

BALAGUÉ (1989): *Mujer y deporte: Aspectos psicológicos*. Donna y Sport. Barcelona.

BALLINA GARCIA, F. J.; FLORES LOZANO, J. A. y RODRIGUEZ PEREZ, A. (1998). "Calidad de vida en las personas mayores". *Medicina Integral*, vol. 32, núm. 2.

BANDY, W.D., IRION, J.M. (1994): "The effect of time on static stretch on the flexibility of the hamstring muscle". *Physical Ther*, 74; 845-852.

BAR'OR, O. (1983): *Pediatric sports medicine for the practitioner*. New York. Springer-Verlag.

BAZO, M.T y DOMINGUEZ-ALCON, C. (1996): "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, pp. 43-56.

BAZO, M.T. (1989): "Personas ancianas: salud y soledad". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 47, pp. 193-223.

BAZO, M.T. (1990): *La sociedad anciana*. CIS y Siglo XXI. Madrid.

BAZO, M^a.T. y MAIZTEGUI OÑATE, C. (1999): "Sociología de la vejez". En: M^a.T. Bazo (Coord.). *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

BEAS JIMENEZ, J.D.; GARCIA CONTRERAS Y MARTINEZ, J.G.; GALLO VALLEJO, M.A.; DE LA PLATA CABALLERO, J.; RUIZ ROMAN, I. (1993): "Estudio de la influencia de un programa de ejercicio físico en un grupo de pacientes con enfermedad osteoarticular degenerativa. Aspectos médicos y psicosociales". En *Revista Dolor & Inflamación*, vol.6, núm.1.

BELSKY, J. K. (1996): *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Ed. Masson, S.A. Barcelona.

BIELZA DE ORY, V. (1989): "La población". En: Bielza de Ory (Coord.) *Territorio y Sociedad en España, II*. Taurus. Madrid.

BLAIR, S.N., KOHL, H.W., GOOYEAR, N.N. (1987): "Grates and risks for running and exercise injuries: studies in three populations". *Res Q Exerc Sports*, 58; 221-228.

BLAIR, S.N., KOHL, W., GORDON, N.. (1992): "How much physical activity is good for health?". *Annual Review of Public Health*, 13; 99-126.

BLANCO PEREIRA, E. (1996): "El asociacionismo como instrumento dinamizador del deporte". En: *Temas para el debate*, 26, 39-42.

BLASCO, T. (1994): *Actividad física y salud*. Martínez Roca. Madrid.

BONEN, A. (1994): "Exercise-induced menstrual cycle changes". *Sports Medicine*, 17; 373-392.

BOONE, T. (1994): "El ejercicio físico obsesivo, algunas reflexiones". *Revista de Educación Física*, 8; 12-16.

BOUCHARD, C., LESAGE, G., LORTIE, G. Y COLS. (1986) : "Aerobic performance in brothers, dizygotic and monozygotic twins". *Med Science Sports Exerc*, 18; 639-646.

BOUCHARD, C., SHEPHARD, R.J., STEPHENS, T. (eds.) (1994): *Physical activity, fitness, and health. International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics. Champaign. Illinois.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; MCPHERSON, B.D. (eds.) (1990): *Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge*. Human Kinetics Book. Champaign, Illinois.

BRAUER B.M., ENKE, H. (1990): "Physical measurements of healthy, athletic girls 9-12 years of age in percentile values". *Arzil Jugendke*, 81-5; 441-443.

BROHM, J.M. (1976) : *Sociologie politique du sport*. Ed. Delarge.

BRUSTAD, R.J. (1993): "Who will go out and play?. Parental and psychological influences on children's attraction to physical activity". *Pediatric Exerc. Science*, 5-3; 210-223.

BUÑUEL HERAS, A. (1986): "Imagen, comportamiento y actitudes frente al fenómeno social de la gimnasia recreativa y femenina". *Revista de investigación y documentación sobre la Ciencias de la educación física y del deporte*. II-2, 35-56.

BUÑUEL HERAS, A. (1992): "La mujer, el tiempo libre y las prácticas deportivas recreativas". En: *El ejercicio físico y la práctica deportiva de las mujeres*. CSD. MEC. Secretaría del Estado de Educación, MAS. Instituto de la Mujer. Serie Debate. 12, 53-58. Madrid.

BUÑUEL HERAS, A. (1995). "Deporte y calidad de vida. Aspectos sociológicos relacionados con la actividad físico-deportiva y el genero". En: *Actas del Congreso Científico Olímpico 1992*. Unisport. Junta de Andalucía. Serie Deporte y Documentación, 1-24; 337-348.

BUÑUEL HERAS, A. (1996): "Mujer, machismo y deporte". *Temas para el debate*, 23, 47-49.

CAGIGAL, J.M. (1994): *¡Oh deporte! Anatomía de un gigante. Obras selectas*. Vol. III. Comité Olímpico Español, Ente de Promoción Deportiva "José M^a Cagigal", Asociación Española de Deporte para Todos. Cádiz.

CALDECOTT, S.. (1988): "Health related fitness - A justification?". *Bul Phys Education*, 24-2; 19-23.

CALE, L., HARRIS, J. (1993): "Exercise recommendations for children and young people". *Physical Education Review*, 16-2; 89-98.

CAÑELLAS, A, ROVIRA, J. (1995): "Los hábitos deportivos de la población adulta barcelonesa". *Apunts: Educación Física y deporte*, 42, 75-79.

CAÑELLAS, A, ROVIRA, J. (1996): "Els hàbits esportius de la població barcelonina, 1995. Resum dels principals resultats de l'enquesta realitzada per l'Àrea de l'Ajuntament de Barcelona". *Revista d'informació i estudis socials. Barcelona Societat*, 5, 4-21.

CARABAÑA, J. y LATIESA, M. (1994): *La fiabilidad de la encuesta de estructura de clase de E.O.Wright*. Working Paper IESA.

CARAMIA, G., ROSSI, R. (1990): "Chronic pediatric pathology and sports". *Pediatr Med Chir*, 12- 4; 333-341.

CARROLL, J.F., POLLOCK, M.L., GRAVES, J.E., LEGGETT, S.H., SPITLER, D.L., LOWENTHAL, D.T. (1992): "Incidence of injury during moderate- and high-intensity walking training in the elderly". *J Gerontol*, 47; 61-66.

CASIMIRO, A.J. (1999): *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, desde final de Primaria (12 años) hasta final de Secundaria Obligatoria (16 años)*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

CAZORLA PRIETO, L.M. (1979): *Deporte y Estado*. Ed. Labor. Barcelona.

CEI, A. (1996): *Psicología del deporte. Investigación y aplicación*. Instituto Andaluz del Deporte. Málaga.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL (1995): *Los mayores*. CIRES. Madrid.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1993): *Estudio nº 2057*. CIS. Madrid.

CERVELLÓ, E. (1996): *La motivación y el abandono deportivo desde la perspectiva de las metas de logro*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

CHANG, E.C. (1990): *Ejercicios terapéuticos chinos. Manual oficial de la República Popular China*. Ibis S.A. Barcelona.

CIS (1990): "Situación social de los viejos en España". *Estudios y Encuestas*, núm. 21. Madrid.

COAKLEY, J., HUGHES, R. citado en CAHILL, B.R., PEARL, A.J. (1993): "Intensive participation in children's sports". *American Orthopaedic Society for Sports Medicines*.

COLLADO, A. (1993): "Consecuencias del envejecimiento de la población". En: *Sociedad y población anciana*, Sánchez Vera, P. (ed.) Murcia, Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.

COLLINS, M.E. (1988): "Education for healthy body weight: helping adolescents balance the cultural pressure for thinnes". *J. School Health*, 58-6: 227-231.

COLQUHOUN, D., KIRK, D. (1987): "Investigating the problematic relationship between health and physical education: An Australian Study". *Physical Education Review*, 10-2: 100-109.

COMETTI, G.. (1988): *Les methodes modernes de musculation*. Tome I: *Donnees theoriques*. Dijon: Université de Bourgogne.

CONSEJO SUPERIOR DE DEPORTES (1998): *Libro Blanco I+D en el Deporte*, Madrid, Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Industria y Energía.

COSTA, M., LÓPEZ, E. (1986): "La educación para la salud". En Martínez Roca: *Salud comunitaria*. 139-165.

CUEVAS, M.J., RODRÍGUEZ, A. (1994): *Los andaluces y el deporte. Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía*. Asociación para la investigación del deporte en Andalucía. II convocatoria de ayudas para la Investigación Deportiva. UNISPORT. Papers. Málaga.

D' AMOURS, Y. (1988): *Activité physique: Santé et maladie*. Québec / Amérique. Québec, Canadá.

DE ANDRES, B., AZNAR, P. (1996): "Actividad física, deporte y salud. Factores motivacionales y axiológicos". *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 46: 12-18.

DE VARGAS, F.X. (1995):. *Deporte y salud. Las actividades físico-deportiva desde una perspectiva de la educación para la salud: síntesis actual*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.

DEBOISE, J. (1996): "Las asociaciones de personas mayores: su papel en la educación a favor de la salud". *Actividad física y salud en la Tercera Edad*, pp.29-38. INSERSO. Madrid.

DEL CAMPO, S. y NAVARRO M. (1987). *Nuevo análisis de la población española*. Ed. Ariel, S.A.

DELGADO, M. (1997): "El entrenamiento de las cualidades físicas en la Enseñanza Obligatoria: salud versus rendimiento. Habilidad motriz". *Revista de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 9; 15-26.

DELGADO, M., GUTIÉRREZ, A., CASTILLO, M.J. (1997): *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación. De la infancia a la edad adulta*. Paidotribo. Barcelona.

DELGADO, M., TERCEDOR, P. (1998): "Actividad física para la salud: reflexiones y perspectivas". En: Ruiz, F., García, A., Casimiro, A.J. *Nuevos horizontes en la E.F. y el deporte escolar*. IAD. 35-44. Málaga.

DELGADO, M., TORRES, J. (1998): "Actividad física para la salud y el tiempo libre". Informe sobre la mesa redonda. Resumen y conclusiones del II Congreso Internacional sobre la Enseñanza de la Educación Física y el Deporte Escolar. *Espacio y Tiempo, Revista de EF*, 9, 22-23-24: 16.

DELGADO, M., TERCEDOR, P. (2002): *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Inde. Barcelona.

DENNISON, B.A., STRAUS, J.H., MELLITS, E.D.; CHARNEY, E. (1988): "Childhood physical fitness test: predictor of adult physical activity levels?". *Pediatrics*, 82; 324-330.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (1996): "Physical activity and health: a report of the Surgeon General". Atlanta. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

DESMOND, S.M., PRICE, J.H., LOCK, R.S.; SMITH, D., STEWART, P.W. (1990): "Urban black and white adolescent's physical fitness status and perceptions of exercise". *J. School Health*, 60. 220-226.

DESPRÉS, J.P. FOULIOT, M.C., MOORJANI, S. Y COLS (1991): "Loss of abdominal fat and metabolic response to exercise training in obese women. *Am J Physiol*, 26; E159 - E167.

DEVÍS, J. (2000): "La ética en la promoción de la actividad física relacionada con la salud". En: *Educación Física y Salud*. Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física. FETE-UGT-Cádiz. 57-78.

DEVÍS, J., GARCÍA PÉREZ, S., PEIRÓ, C., SÁNCHEZ GÓMEZ, R. (1998): "Actividad física y salud. La salud y las actividades aeróbicas". En: AA.VV. *Materiales curriculares para secundaria*. 8-69.

DEVÍS, J., PEIRÓ, C. (1992): *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*. Inde. Barcelona.

DEVÍS, J., PEIRÓ, C., PÉREZ, V., BALLESTER, E., DEVÍS, F.J., GOMAR, M.J., SÁNCHEZ, R. (2000): *Actividad física, deporte y salud*. Inde. Barcelona.

DÍAZ CONDE, M.P. (2002): *La participación social como estrategia de afrontamiento en la jubilación. Una aproximación desde el modelo transaccional de estrés*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

DISHMAN, R.K., (1994): "Prescribing exercise intensity for healthy adults using perceived exertion". *Med Sci Sports Exerc*, 26; 1087-1094.

DISHMAN, R.K., SALLIS, J.F. (1994): "Determinants and interventions for physical activity and exercise". En: Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T. 1994. (eds.) *Physical activity, fitness, and health. International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics. Champaign. Illinois.

DISHMAN, R.K., SALLIS, J.F., ORENSTEIN, D.R. (1985): "The determinants of physical activity and exercise". *Public Health Report*, 100: 158-171.

DUDA, J.L. (1983): "Goals and achievement orientations of Anglo and Mexican-American adolescents in sport and the classroom". *Int. Rev. Sport Sociology*, 4-18: 63-80.

DUDA, J.L. (2001): "Ejercicio físico, motivación y salud: aportaciones de la teoría de perspectivas de meta". En J. Devís (coord.). *La educación física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. 271-281.

DUNNING, E. (1994): "Sport in space and time: civilizing processes". *Int Rev Soc Sport*, 29-4, 331-348.

DURÁN, J. (1997): "Actividad física y deporte en España. Nuevas perspectiva - Nuevos retos". *II Jornadas sobre Sociología del deporte*. Instituto Andaluz del Deporte. Málaga.

DURÁN, J. (1995): "Análisis evolutivo del deporte en la sociedad española (1975-1990) hacia una creciente complejidad y heterogeneidad deportiva". *Revista Española de Educación Física y Deportes* (2), 1: 15-24.

DURÁN, M.A. (1987): "La práctica del ejercicio físico del ama de casa española. Un estudio sociológico". En: *Mujer y Deporte*. Instituto de la Mujer. Madrid.

DURÁN, M.A., HERAS, D., GARCÍA, C., CAILLAVET, F., MOYER, M. (1988): "De puertas adentro". *Serie Estudios*, 12. Madrid. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.

DURÁN, M.A., HERAS, D., GARCÍA, C., CAILLAVET, F., MOYER, M. (1988): *El niño y el deporte*. Paidós. Madrid.

DURAND, M. (1988): *El niño y el deporte*. Paidós. Madrid.

ELIA, E.A. (1991): "Exercise and the elderly". *Clinics in Sports Med*, 10-1: 141-155.

ELIAS, N.; DUNNING, E. (1992): *Deporte y ocio en el Proceso de la Civilización*. F.C.E. México. D.F.

EPSTEIN, L.H., VALOSKI, A., WING, R.R. Y COLS. (1989): "Perception of eating and exercise in children as a function of child and parent weight status". *Appetite*, 12: 105-118.

ESCÁMEZ, J., ORTEGA, E. (1996): *La enseñanza de las actitudes y valores*. Mau. Barcelona.

FEIGENBAUM, M.S. y POLLOCK, M.L. (1997): "Strength training: rationale for current guideline for adult fitness program". *Physician Sportsmed*, 25; 44-64.

FERGUNSON, K.J., YESALIS, C.E., POMREHN, P.R. KIRKPATRICK, M.B. (1988): "Attitudes, knowledge, and beliefs as predictors of exercise intent and behavior in school children". *J. School Health*, 59:112-115.

FERNÁNDEZ RUIZ, I. (1990): "Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa de un barrio de Granada". *Feminae. Seminario de Estudios de la Mujer*. Universidad de Granada.

FOX, K. (1991): "Motivating children for physical activity: towards a healthier future". *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*. 62 (7): 34-38.

FOX, K., BIDDLE, S. (1988): "The child's perspective in physical education. Part 2: children participation motives". *British Journal of Physical Education*, 19 (2): 79-82

FOX, K., BIDDLE, S. (1986): "Health related fitness testing in schools: introduction and problems of interpretation". *Bul Phys Educat*, 22-3; 54-64.

FRANCIS, K. T. (1999): "Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness". *Physical Therapy*, 79 (4): 405-414.

GALIANA MORENO, J.M. (1994): en Prólogo a la obra de Mason, T. *El deporte en Gran Bretaña*. Civitas. Madrid.

GALLO VALLEJO, M.A., GALLO VALLEJO, F.J. (1989): "Ejercicio físico e hipertensión arterial", en Gil Extremera, B., *Actualización en hipertensión arterial*. Gráficas del Sur, pp. 163-172. Granada.

GALLO VALLEJO, M.A. (2000): "El ejercicio físico como rehabilitación de enfermedades crónicas y degenerativas", en De Teresa, C. *Master universitario de Psicología y Gestión familiar (Módulo II)*. Universidad de Valencia, pp. 37-57. Valencia.

GALLO VALLEJO, M.A. (2002) "Programa de actividades médico-deportivas para los mayores: la experiencia del Patronato Municipal de Deportes", en *Primer Congreso Internacional de Actividad física y deportiva para personas mayores*. Servicio de Juventud y Deporte. Diputación de Málaga. Málaga.

GALLO VALLEJO, M.A., GALÁN, M.L. GALLO, M.L. CASTILLO, M.D., LEÓN, M.T. (2003): *Trastorno del comportamiento alimentario*. Formación Alcalá. Jaén.

GARCÍA BONAFÉ, M. (1992): "Las mujeres y el deporte: del corsé al chándal". *Revista Sistema*, pp. 37-53.

GARCÍA CANDAU, J. (1996): *Épica y lírica del fútbol*. Alianza. Madrid.

GARCÍA FERRANDO, M. (1986): *Hábitos deportivos de los españoles (Sociología del comportamiento deportivo)*. MEC. CSD. ICEFD. Madrid.

GARCÍA FERRANDO, M. (1990): *Aspectos sociales del Deporte. Una reflexión sociológica*. Alianza Deporte. Madrid.

GARCÍA FERRANDO, M. (1991): *Los españoles y el deporte (1980-1990). Un análisis sociológico*. MEC. CSD. ICEFD. Madrid.

GARCÍA FERRANDO, M. (1993): *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. MAS. Instituto de la Juventud. Madrid.

GARCIA FERRANDO, M. (1996,a): *Los españoles y el deporte. 1980-1995. Un estudio sobre comportamientos, actitudes y valores*. Consejo Superior de Deportes- Tiran Lo Blanch. Valencia.

GARCIA FERRANDO, M. (1996,b): "Las prácticas deportivas de la población española, 1976-1996". En: Sánchez-Martín, R. (ed.): *La actividad física y el deporte en un*

contexto democrático(1976-1996), Pamplona, Asociación Española de Investigación Social Aplicada al Deporte, pp.9-25.

GARCÍA FERRANDO, M. (1996,c): "Cambios en los hábitos deportivos de los españoles". *Temas para el debate*, 23, 43-46.

GARCÍA FERRANDO, M. (1998). "Estructura social de la práctica deportiva", en García Ferrando, M., Puig, N., Lagardera, F. (comps.): *Sociología del Deporte*. Alianza Editorial.

GARCÍA FERRANDO, M., IBAÑEZ, J., ALVIRA, F. (1990): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universal. Madrid.

GARCÍA FERRANDO, M. (2001): *Los españoles y el deporte: Prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles, 2000*. Consejo Superior de Deportes. Madrid.

GARCÍA MONTES, M^a E. (1997): *La práctica física de tiempo libre en la mujer*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

GAULLIER, X. (1988) : *La deuxième carrière*. Du Seuil. Paris.

GETTMAN, L.R., WARD, P., HAGMAN, R.D. (1982): *A comparison of combined running and weight training with circuit weight training*. *Med Sci Sports Exerc*, 14; 229-234.

GIDDENS, A. (1992): *Sociología*. Alianza Universidad textos. Madrid.

GIL CALVO, E. (1991): *Estado de Fiesta*. Espasa Calpe. Madrid.

GIL, E., MENÉNDEZ, E. (1985). *Ocio y prácticas culturales de los jóvenes. Informe juventud en España*. Publicaciones de Juventud y Sociedad S.A. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. Madrid.

GILLET, B. (1971): *Historia del deporte*. Oikos-Tau. Barcelona.

GILLIAM, T.B., FREEDSON, P.S., GEENEN, D.L., SHAHRARAY, B. (1981): "Physical activity patterns as determined by heart rate monitoring in 6-7 year old children". *Medicine Science in Sport and Exercise*, 13 (1): 65-67.

GINER, S. (1990): *Sociología*. (Nueva versión revisada y ampliada). Ediciones Península. Barcelona.

GODIN, G., SHEPHARD, R.J. (1990): "Psychosocial factors influencing intentions to exercise of young students from grades 7 to 9". *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 57:41-52.

GOLDFINE, B.D., NAHAS, M.V. (1993): "Incorporating health-fitness concepts in secondary physical education curricula". *Journal of School Health*, 63(3): 142-146.

GOTTLIEB, N.H., BAKER, J.A. (1986): "The relative influence of health beliefs, parental and peer behaviors, and exercise program participation on smoking, alcohol use, and physical activity". *Social Science and Medicine*, 22: 915-927.

HAHN, E. (1988): *Entrenamiento con niños. Teoría, práctica, problemas específicos*. Martínez Roca, Barcelona.

HARGREAVES, J. (1995): "Prácticas y valores alternativos en el deporte". *Actas Congreso Científico Olímpico 1992*. Unisport. Serie Deporte y Documentación, 24-II, 520-

HARRIS, D.V. (1980). "Les femmes dans la société et leur participation au sport". En: *Seminarie sur le theme pour une plus grande participation des femmes au sport*. Dublin, Irlande. Conseil de l'Europe. Comité pour le Développement du sport. Section des Sports. Ministère de l'Education. 11-14.

HASKELL, W.L., MONTOYE, H.J., ORENSTEIN, D. (1985). "Physical activity and exercise to achieve health-related physical fitness components". *Public Health Rep*, 100; 202-212.

HEINEMAN, R. (1994): "L'esport com a consum". *Apunts*, 37, 49-56.

HEINEMANN, K. (1991): "Tendencias de la investigación social aplicada al deporte". AAVV. *Políticas deportivas e investigación social*. Gobierno de Navarra. Pamplona.

HERGENROEDER A.G., KLISH, W.J. (1990): *Body composition in adolescent athletes*. *Pediatr Clin North Am*, 37-5; 1057-1083.

HERNÁN, M., RAMOS, M. Y HERNÁNDEZ, A. (2002): *Salud y juventud*. Consejo de la Juventud de España. Madrid.

HERNÁNDEZ MORENO, J. (1997): "El turismo y la animación deportiva para las personas mayores". *World Tourism Organization*. Madrid.

HERNÁNDEZ MORENO, J. (1998): *Análisis de las Estructuras de Juego Deportivo*. Inde. Barcelona.

HEUMANN, L. F. y BOLDY, D. P. (1995): *Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes*. SG Editores S.A. y Fundación Caja de Madrid. Barcelona.

HEYDEN, S. y SCHNEIDER, K Y SCHNEIDER, N. (1992): *Physical fitness and longevity sport for all*. Oja-Telana Edt.Elserver. Science Publishers. Netherlands.

HEYWARD, V.H. (1996): *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Paidotribo. Barcelona.

IGLESIAS DE USSEL, J. (dir.) (1994): "Familia", en M. Juárez (dir.). V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España. Madrid, Fundación FOESSA, pp. 415-547.

IGLESIAS DE USSEL, J. (1996): *Estudio sobre la juventud de la provincia de Granada*. Diputación Provincial de Granada.

IGLESIAS DE USSEL, J., TRINIDAD, A. (1996): "La mujer en el sistema educativo e investigador de Andalucía". *Revista de estudios regionales*, 46, 181-210.

IMSERSO (1997): *La participación social de las personas mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (1990): *La Tercera Edad en España. Necesidades y Demandas*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (1995, a): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (1995, b): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

INSERSO (1996): *Calidad de vida en los distintos contextos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

INSERSO (1997): *Participación social de las personas mayores*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (1990): *Situación de la mujer andaluza en cifras*. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Consejería de la Presidencia. Sevilla.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (1992): *La educación no sexista en la reforma educativa*. Cuadernos de Educación no sexista, I. MAS. Instituto de la Mujer. Madrid.

INSTITUTO VASCO DE LA MUJER. (1995): *Análisis multivariante de la encuesta de presupuestos de tiempo. Mujeres y ámbito del tiempo libre. Valores y actitudes de las universitarias*. Emakuden. Vitoria.

IZQUIERDO, L., DEL RIO, O., RODRÍGUEZ, A. (1988): Tiempo dedicado a la práctica del deporte. En. *Desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. MAS. Instituto de la Mujer. Serie Debate 20, 101-111.

JOHNSON, R. (1995): Exercise dependence: "When runners don't know when to quit". *Sport Medicine and Arthroscopy Review*, 3 (4): 267-273.

JONES, C., BATE, D. (1990): "Health related fitness and physical education. Compatibility explored". *Bul Phys Educat*, 26-2; 5-10.

KELDER, S.H., PERRY, C.L., KLEPP, K-I., LYTKE, L.L. (1994): "Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors". *American Journal of Public Health*, 84-7; 1121-1126.

KELMAN, H.C. (1978): *A social interactional theory of emotions*. Wiley.

KIRK, D. 1990. Educación Física y currículum. Universidad de Valencia. Valencia.

KLESGES, R.C., ECK, L.H., HANSON, C.L., HADDOCK, C.K., KLESGES, L.M. (1990): "Effects of obesity, social interactions, and physical environment on physical activity in preschoolers". *Health Psychology*, 9:435-449.

KRAFT, R.E. (1989): "Children at play: behavior of children at recess". *Journal of Physical Education Recreation and Dance*, 60:21-24.

KRECH, D., CRUTCHFIE, R.S., BALLACHEY, E.L. (1978): *Psicología social*. Madrid, biblioteca nueva.

LAMB, D.R. (1985): *Fisiología del ejercicio. Respuestas y adaptaciones*. Augusto Pila Teleña. Madrid.

LATIESA, M. (1992): *La deserción universitaria*. Siglo XXI. CIS. Madrid.

LATIESA, M. (1994): "Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas". En: García Ferrando y otros: *El Análisis de la Realidad Social*. Alianza Editorial. Madrid.

LATIESA, M. (1996). "La calidad de la información en las encuestas". En: Jiménez Correa, A. y otros (comps.): *Comunicación y Educación*. Granada. Ed. Colegio de Doctores y Licenciados de Andalucía.

LATIESA, M.; MARTOS, P. (1998): "Deporte y salud en la mujer". En Martínez del

Castillo, J. (comp.) *Deporte y calidad de vida*. Investigación social y Deporte. N°4. AEISAD-Librerías Deportivas Esteban Sanz, pp. 85-96

LATIESA, M.; ALVAREZ, A. (2000): *El turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Proyecto Sur de Ediciones. Granada.

LATIESA, M.; MARTOS, P.; PANIZA, J.L. (2001): *Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI*. Investigación Social y Deporte n° 5. Librerías deportivas Esteban Sanz, S.I. Madrid.

LEE, I., CHUNG-CHUNG, C.I., PAFFENBARGER, R.S. (1995): "Exercise intensity and longevity in men: the Harvard alumni health study". *JAMA*, 273; 1179-1184.

LEHR, U. (1980): *Psicología de la senectud*. Barcelona, Herder, S.A.

LEHR, U. (1994): "La calidad de vida de la Tercera Edad: una labor individual y social". En *Envejecimiento y psicología de la salud*, pp.353-372. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid.

LÓPEZ DOBLAS, J. (2000): *Estudio sociológico del envejecimiento de la población andaluza. Condiciones de vida, necesidades y demandas de las personas mayores que viven en solitario*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

LÓPEZ DOBLAS, J. (2003) *La travesía de la población granadina por el siglo XX. De los vaivenes a la modernización demográfica*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

LÜSCHEN, G.; WEIS, K. (1979): "Deporte y Sociedad. Posición y cometidos de una sociología del Deporte". En *Sociología del Deporte*. Ed. Miñon. Valladolid.

MADDUX, J.E., ROBERTS, M.C., SLEDDEN, E.A., WRIGHT, L. (1986): "Developmental issues in child health psychology". *American Psychologist*, 41, 25-34.

MALINA, R.M., BOUCHARD, R.J. (1991): *Growth, maturation and physical activity*. Human Kinetics, Champaign, Illinois.

MANDELL, R.D. (1986) *Historia Cultural del Deporte*. Bellaterra. Barcelona.

MARCOS ALONSO, J. (1989): *Práctica deportiva i actituds envers l'esport a la ciutat de Barcelona. Enquesta sobre els comportaments esportius de la població adulta barceloïna*. Ajuntament de Barcelona.

MARCOS BECERRO, J.F. (1989a): *Salud y deporte para todos*. Eudema. Madrid.

MARCOS BECERRO, J.F. (1989b): *El niño y el deporte*. Eudema. Madrid.

MARCOS ALONSO, J. (1989b): *El difícil cami de la igualtat. Alguns aspects de la practica sportiva femenina a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.

MARCOS BECERRO, J.F. 2000 (coord.): *Entrenamiento de fuerza para todos*. Federación Internacional de Halterofilia. 85-118; 157-194; 241-280; 305-348.

MCARDLE, W.D. ; KATCH, F.I.; KATCH, V.C. (1990): *Fisiología del ejercicio. Energía, nutrición y rendimiento deportivo*. Alianza Editorial. Madrid. Pp. 15-82; 369-452.

MCCULLAGH, P., MATZKANIN, K.T., SHAW, S.D., MALDONADO, M. (1993): *Motivation for participation in physical activity: A comparison of parent-child perceived competencies and participation motives*. *Pediatric Exercise Science*, (5) 3:224-233.

- MCHERSON, B., CURTIS, J., LOY, J. (1989): *The social significance of sport*. Illinois. Champaign Human Kinetics Books.
- MCKEAG, D.B. 1991. "The role of exercise in children and adolescents". *Clin Sports Med*, 10-1; 117-130.
- MARÍN, M. (1997): *Psicología social de los procesos educativos*. Algaida, Sevilla.
- MARTÍNEZ DEL CASTILLO, J. (Dir) (1989): *Las instalaciones deportivas en España*. CSD. Madrid.
- MARTOS FERNÁNDEZ, P. (2000): *Teoría y Sociología del deporte*. Escuela Nacional. Real Federación Española de Fútbol. Madrid.
- MARTOS FERNÁNDEZ, P. (2002): *El Sistema turístico-deportivo de las Estaciones de Esquí y Montaña españolas*. Editorial Universidad de Granada.
- MASON, T. (1994): *El deporte en Gran Bretaña*. Civitas. Madrid.
- MATVEEV, L. (1983): *Fundamentos del entrenamiento deportivo*. Raduga. Moscú.
- MAZZEO, R. Y OTROS (1998): *Exercise and physical activity for older adults*. American College of Sport Medicine. USA.
- MENDOZA, R. (1990): "Concept of healthy lifestyles and their determinants". Invited paper presented at the 2nd European conference of Health Education, Warshaw. 13 p. Citado en: Mendoza R., Sagrera, M.R., Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
- MENDOZA, R., BLANCO, J., MARTÍN, P., MORALES, E., RUIZ, J., SAGRERA, M.R., BATISTA, J.M. (1988): *Los escolares y la salud: Estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), Madrid.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M.R.; BATISTA, J.M. (1994): *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
- MORENO, J.A., RODRÍGUEZ GARCÍA, P.L. (1994): *Contenidos teóricos en E.F. DM-PPU*. Barcelona.
- MOSQUERA, M. J. (1998): "Género y edad en el deporte". En: García Ferrando y otros (comps.): *Sociología del Deporte*. Alianza Editorial. Madrid.
- MOTA LÓPEZ, R., LÓPEZ MADERUELO, O. (1998). "Las personas mayores ante la exclusión social: nuevas realidades y desafíos". En "Las personas mayores", *Revista de Documentación Social*, núm. 112, pp. 147-165.
- NADAL, J. (1988) *La población española (siglos XVI a XX)*. Ariel. Barcelona.
- NARGANES, J.C. (2000): "Relajación y actividad física en la educación obligatoria. Indicaciones para su desarrollo curricular". En: *Educación Física y salud. Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física*. FETE-UGT-Cádiz. 205-221.
- NAVARRO, M., MATEO, M.J. (1993): *Juventud en cifras 1992*. MAS. Instituto de la Mujer. Madrid.

O'CONNEL, J.K., PRICE, J.H., ROBERTS, S.M., JURIS, S.G., MCKINLEY, R. (1985): "Utilizing the health belief model to predict dieting and exercising behavior of obese and nonobese adolescent". *Health Education Quarterly*, 12:343-351.

OCIO/SPORT (1987): "El deporte en Granada". *Editorial Revista Ocio/Sport*, núm. 15.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998): *Glosario Promoción de Salud*. Editado en España por Ministerio de Sanidad y Consumo.

ORTEGA, R. (1992) (coord.): *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Díaz de Santos. Madrid.

OSGOOD, C.E. Y COLS (1957): *The measurement of meaning*. Illinois. University of Illinois press.

PAFFENBARGER, R.S., HYDE, R.T., WING, A.L. Y COLS. (1986): "Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni". *New England Journal of Medicine*, 314; 605-613.

PAFFENBARGER, R.S., WING, A.L., HYDE, R.T. (1981): "Chronic disease in former college students. Physical activity as an index of heart attack in college alumni". *Am J Epidemiol*, 108, 161-175.

PAJARÓN, R. (1987): *La educación física de la mujer en España. Perspectiva de la Segunda Mitad del Siglo XIX*. Ed. Universidad Autónoma de Madrid.

PANGRAZI, R.P., CORBIN, C.B., WELK, G. J. (1996): "Physical activity for children and youth". *Journal of Physical Education Recreation and Dance* 67(4): 38-43

PARCEL, G.S., SIMONS-MORTON, B.G., O'HARA, N.M., BARANOWSKI, T., KOLBE, L.J., BEE, D.E. (1987). "School Promotion of Healthful Diet and Exercise Behavior: An integration of Organizational Change and Social Learning Theory Interventions". *Journal of School Health* 57 (4):150-156.

PARLEBAS, P. (1988): *Elementos de Sociología del deporte*. Unisport. Málaga.

PASCUAL, C. (1994): "Ideologías, actividad física y salud". *Revista de E.F.*, 60; 33-35.

PATE R., R., PRATT, M., STEVEN, N. Y COLS., (1995): "Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine". *Journal of the American Medical Association*, 273 (5): 402-407.

PATE, R. (1995) "Recent statements and initiatives on physical activity and health". *Quest*, 47,3; 304-319.

PATE, R. (1988): "The evolving definition of physical fitness". *Quest*. 40, 178-182.

PATE, R.R., BLAIR, S., DRUSTINE, L., EDDY, D.O., HANSON, P., PAINTER, P., SMITH, K., WOLFE, L. (1991). *Guidelines exercise testing and prescription*. American College of Sports Medicine. Lea & Fegiber. Filadelfia.

PEÑALVER CASTELLANO, R. (1998): "Evolución de la salud y coordinación sociosanitaria en el anciano". *Revista de Documentación Social*, núm. 112, pp. 85-95.

PEREA, R. (1992): "Educación para la salud". En: AA.VV. *Las materias transversales como criterio de calidad educativa*. III Jornadas sobre la L.O.G.S.E. Proyecto Sur de Ediciones

S.A. pp 47-56. Granada.

PÉREZ BELLÓ, A (1993): *El deporte (visto por muchos)*. Ed. Areté. Madrid.

PEREZ ORTIZ, L. (1996): "La posición económica de los ancianos españoles". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, pp. 149-176.

PÉREZ SAMANIEGO, V.M. (1999): *El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: una investigación con estudiantes de magisterios especialistas en Educación Física*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

PERIS, M.D. (1996): "Análisis de patrones de uso del tiempo libre en una muestra de la ciudad de Barcelona". En: M. García Ferrando y J.R. Martínez Morales. *Ocio y deporte en España. Ensayos sociológicos sobre el cambio*. Valencia. Tirant lo Blanch. 53-82.

PERUSSE, L., TREMBLAY, A., LEBLANC, C., BOUCHARD, C. (1989): "Genetic and environmental influences on level of habitual physical activity and exercise participation". *American Journal of Epidemiology*, 129:1012-1022

PLASENCIA, A., BOLIVAR, I. (1989): *Actividad física y salud*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona.

PLATONOV, V.N. (1991): *La adaptación en el deporte*. Paidotribo. Barcelona.

POLLOCK, M.L. (1988): "Prescribing exercise for fitness and adherence". En: R.K. Dishman (ed). *Exercise adherence: its impact on public health*. Champaign, IL: Human Kinetics Books. 259-277.

POLLOCK, M.L., WILMORE, J.H. (1990): *Exercise in health and disease: evaluation and prescription for prevention and rehabilitation*. 2nd edic. Philadelphia: W.B. Saunders. 91-160.

POWELL, K.E., DYSINGER, W. (1987): "Childhood participation in organized school sports and physical education as precursor of adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 3: 276-281.

POWELL, K.E., PAFFENBARGER, R.S. (1985): "Workshop on epidemiologic and the incidence of coronary disease: a summary". *Public Health Reports*, 100, 118-126.

PRATS, M., GARCÍA, M.D., CÁNOVES, G. (1996): "El temps de la vida quotidiana de las dones de Barcelona". *Revista d'informació i studies socials*. Barcelona Societat, 5; 105-109.

PUIG I BARATA, N. (1986): "El deporte y los estereotipos femeninos". *Revista de Occidente*, 62-3, 71-84.

PUIG I BARATA, N. (1989). "Esport i territori o la paradoxa de la salud a través de l'esport". *Apunts: Eduació física y esports*, 18, 63-66.

PUIG I BARATA, N. (1996): *Sociología del deporte en España*. En García Ferrando, M. y Martínez Morales, J.R. *Ocio y Deporte en España. Ensayos sociológicos sobre el cambio*. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia.

PUYOL, A.; VINUESA, J. y ABELLAN, A. (1993). *Los grandes problemas actuales de la población*. Madrid, Síntesis, S.A.

QINGNAN, Z. (1990). *Methods of traditional chinese health care*. Foreign Languages Press. Beijing.

RAMIRO, J.; SÁNCHEZ BAÑUELOS, F.; GARCÍA FERRANDO, M. (Autores); VERA, P.; HERNÁNDEZ VÁZQUEZ, J.L. (Coord.) (1998): *Libro I+D en el deporte*. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Industria y Energía. Madrid.

RAMOS, R. (1990). "Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España". *Serie de Estudios* 26. Madrid. MAS. Instituto de la Mujer.

RAPPOPORT, L. (1978). *La personalidad desde los 26*. Paidós. Argentina.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. (21ª edición). Espasa-Calpe, Madrid.

REBOLLO, S.; MARTOS, P. (1998): "Práctica físico-deportiva y género. Aproximación a una realidad marginal". *Motricidad. Revista EuroAmericana de Ciencias de la Actividad Física y del deporte*". Vol-IV. Granada.

REQUENA SANTOS, F. (1994): *Amigos y redes sociales. Elementos para una sociología de la amistad*. Madrid, CIS y Siglo XXI.

REYNOLDS, K.D., KILLEN, J.D., BRYSON, S.W., MARON, D.J., TAYLOR, C.B., MACCOBY, N., FARQUHAR, J.W. (1990): "Psychosocial predictors of physical activity in adolescent". *Preventive Medicine*, 19:541-551.

ROCHON, A. (1992): *Educación para la salud*. Masson. 27-52.

RODRÍGUEZ CUEVAS, A., CUEVAS ZUBIZARRETA, M.J. (1994): (AIDA. Asociación para la investigación del deporte de Andalucía). *Los andaluces y el deporte. Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía en el medio urbano*. (papers).

RODRÍGUEZ GARCÍA, P.L. (1998): *Educación Física y salud del escolar. Programa para la mejora de la extensibilidad isquiosural y del raquis en el plano sagital*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

RODRÍGUEZ OSUNA, J. (1985): *Población y territorio en España*. Espasa-Calpe, S.A. Madrid.

RODRÍGUEZ, F.A. (1995,a): "Prescripción del ejercicio físico para la salud (I). Resistencia cardiorrespiratoria". *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 39: 87-102.

RODRÍGUEZ, F.A. (1995,b): "Prescripción del ejercicio para la salud (y II). Pérdida de peso y condición musculoesquelética". *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 40: 83-92.

RODRÍGUEZ, J. A. (1994): *Envejecimiento y familia*. CIS y Siglo XXI. Madrid.

RUIZ OLABUÉNAGA, J.M. (1996): "La democratización imperfecta del ocio español". En García Ferrando, M. y Martínez Morales, J.R. (Coords.). *Ocio y Deporte en España. Ensayos sociológicos sobre el cambio*. Tirant lo Blanch (pp. 15-25). Valencia.

RUIZ PÉREZ, L.M., SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1997): *Rendimiento deportivo. Claves para la optimización de los aprendizajes*. Gymnos. Madrid.

SACHS, M.L., PARGMAN, D. (1984): "Running addiction". En: M.L. Sachs, G.W. Buffone (eds.). *Running as a therapy, an integrated approach*. Nebraska University Press, Lincoln, 231-253.

SADY, S.P., WORTMAN, M., BLANKE, D. (1982): "Flexibility training: ballistic, static or proprioceptive neuromuscular facilitation?" *Arch Phys Med Rehabil*, 63; 261-263.

SALCEDO MIGUEL, M. (1993): *Participación femenina en el deporte*. Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. Vitoria-Gasteiz.

SALLIS, J.F. (1994): "Determinants of physical activity behavior in children". En: PATE, R.R., HOHN, R.C. (Ed.). *Health and fitness through physical education*. Human Kinetics, Champaign Ill: 31-44.

SALLIS, J.F., BUONO, M.J., ROBY, J.J., MICAEL, F.G., NELSON, J.A. (1993,b): "Seven-day recall and other physical activity self-reports in children and adolescents". *Medicine Science in Sport and Exercise*, 25: 99-108.

SALLIS, J.F., HOVELL, M.F., HOFSTETTER, C.R., FAUCHER, P., ELDER, J.P., BLANCHARD, J., CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E., CHRISTENSON, G.M. (1989). "A multivariate study of exercise determinants in a community sample". *Preventive Medicine*, 18:20-34.

SALLIS, J.F., MCKENZIE, T.L. (1991): "Physical education's role in public health". *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2): 124-137.

SALLIS, J.F. (2000): "Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies". *Medicine Science in Sport and Exercise*, 32-9; 1598-1600.

SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1998): "El concepto de salud, su relación con la actividad física y la E.F. orientada a la salud". En: Ruiz, F., García, A., Casimiro, A.J. *Nuevos horizontes en la E.F. y el deporte escolar*. IAD. 17-34. Málaga.

SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1996): *La actividad física orientada hacia la salud*. Biblioteca Nueva. Madrid.

SANTOS, F., MONTALVO, A. (1995): *El asociacionismo deportivo*. CSD. Madrid.

SEALS, D.R., HAGBERG, J.M., HURLEY, B.F., EHSANID, A.A., HOLLOSZY, J.O. (1984): "Endurance training in older men and women. Cardiovascular responses to exercise". *J Appl Physiol*, 57; 1024-1029.

SEEFELDT, V., EWING, M. Y WALK, S. (1993): "Overview of young sports program in the United States". En: Weinberg, R.S. y Gould, D. (1996): *Fundamentos de Psicología del Deporte y ejercicio físico*, Ariel. Barcelona.

SERRA, J.R. (coord.) (1996): *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Paidotribo. Barcelona.

SETIÉN, M.L., LÓPEZ, A. (1996): "Estilos de ocio de las mujeres vascas". En: M. García Ferrando y J.M. Martínez Morales. *Ocio y deporte en España*. Ensayos sociológicos sobre el cambio. Tirant lo Blanch. 83-99. Valencia.

SHEPHARD, R.J. (1984): "Physical activity and 'wellness' of the child". En R.A. Boileau (Ed.), *Advances in pediatric sport sciences: Vol 1, biological issues*, Human Kinetics, Champaign Ill: 1-28.

SHEPHARD, R.J. (1994): *Aerobic, fitness and health*. Human Kinetics, Champaign Ill.

SHEPHARD, R.J., JEQUIER, J.C., LAVALLEE, H., LABARRE, R., RAJIC, M. (1980):

"Habitual physical activity: Effects of sex, milieu, season, and required activity". *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 20:55-66.

SPIRDUSO, W. (1998): *Psysical dimensions of aging*. Human Kinetics Publishers. USA.

STEFANICK, M.L. (1993): "Exercise and weigth control". En: Holloszy, J.O. (ed). *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 21. 363-396. Williams and Williams. Baltimore.

STRAND, B., REEDER, S. (1996): "Increasing physical activity trough fitness integration". *Journal of Physical Education Recreation and Dance*, 67 (3): 41-46.

SUBIRATS, J. (1992): *La vejez como oportunidad. Un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

SUBIRATS, M. (1987): "La transmisión de estereotipos sexuales en el sistema escolar". En: *La investigación en España sobre mujer y educación*. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer. Madrid. 19-24.

TAPPE, M.K., DUDA, J.L., EHRNWALD, P.M. (1989): "Perceived barriers to exercise among adolescents". *Journal of School Health*, 59:153-155.

TAYLOR, D.C., DALTON, J.D., SEABER, A.V., GARRETT, W.E. (1990): "Viscoelastic properties of muscle-tendon units: the biomechanical effect of stretching". *Am J Sports Med*, 18: 300-309.

TELL, G.S., VELLAR, O.D. (1988): "Physical fitness, physical activity, and cardiovascular disease risk factors in adolescents: The Oslo youth study". *Preventive Medicine*, 17:12-24.

TERCEDOR, P. (1998): *Estudio sobre la relación entre actividad física habitual y condición física salud en una población escolar de 10 años de edad*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

TERCEDOR, P. (2001): *Actividad física, condición física y salud*. Wanceulen. Sevilla.

TERCEDOR, P., AVILA, F., DE LA TORRE, M.A., MONTIEL, R. (1996): "Utilización de cuestionarios de actividad física en promoción de la salud". *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 3 (3): 31-38.

TERCEDOR, P., DELGADO, M. (2000): "Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares". *Lecturas. Educación Física y Deportes. Revista Digital*, año 5; 24. (www.wfdeportes.com/efd24b/estilo.htm.)

TORO, J. (1996): *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel. Madrid.

TORO, J. (2000): "Educación Física y trastorno del comportamiento alimentario". En: *Educación Física y Salud. Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física*. FETE-UGT-Cádiz. 309-312.

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.

TORRES, J. (1999): "Dinámica de los esfuerzos en actividades de condición física-salud". En: *I Jornadas Andaluzas sobre Actividad Física y salud* (Edición digital). Granada.

TRIGO, E. (1992): "Las actividades motrices en el tiempo libre de los jóvenes de Galicia". *Apunts d'Educació Física i sport*, 27; 66-76.

VÁZQUEZ GÓMEZ, B. (1992): *La presencia de la mujer en el deporte español*. En: *El ejercicio físico y la práctica deportiva de las mujeres*. Madrid. CSD. MEC. Secretaría del Estado de Educación. MAS. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 12; 9-15.

VÁZQUEZ GÓMEZ, B. (1993): *Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres españolas*. Serie Estudios 34. MAS. Instituto de la Mujer. Madrid.

VÁZQUEZ GÓMEZ, B. (1991): "La niña y el deporte: La motivación para el deporte y los valores de la niña". *Infancia y sociedad*, 10.

VELÁZQUEZ, R. (1996): "Actividad físico-deportiva y calidad de vida: Una respuesta educativa. *Revista Española de Educación Física y Deportes* (3), 2, 4-13.

VINUESA ANGULO, J. (1991): "El proceso de envejecimiento de la población en Europa y en España". En *La Tercera Edad en Europa. Necesidades y demandas*. Madrid. INSERSO.

VV.AA. (1995): *La función del deporte en la sociedad. Salud, socialización, economía*. CSD. Madrid.

WALKER, A. (1996): "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, pp. 17-42.

WANG GUO FUMIN (2000): "Tai-ji y masaje chino". En: *Educación Física y Salud*. Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física. FETE-UGT-Cádiz. 337-346.

WATSON, G.G. (1984): "Competition and intrinsic motivation in children's". *International Journal of Sport Psychology*, 15 (3): 205-218.

WEEKS, J. R. (1993): *Sociología de la población*. Alianza Editorial. Madrid.

WEINBERG, R., GOULD, D. (1996): *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*. Ariel. Barcelona.

WENGER, H.A., BELL, G.J. (1986): "The interactions of intensity, frequency, and duration of exercise training in altering cardiorespiratory fitness". *Sports Med*, 3; 346-356.

WEYER, W. (1985): *La organización del deporte federado y su financiación en la República Federal de Alemania*. Madrid. Consejo Superior de Deportes.

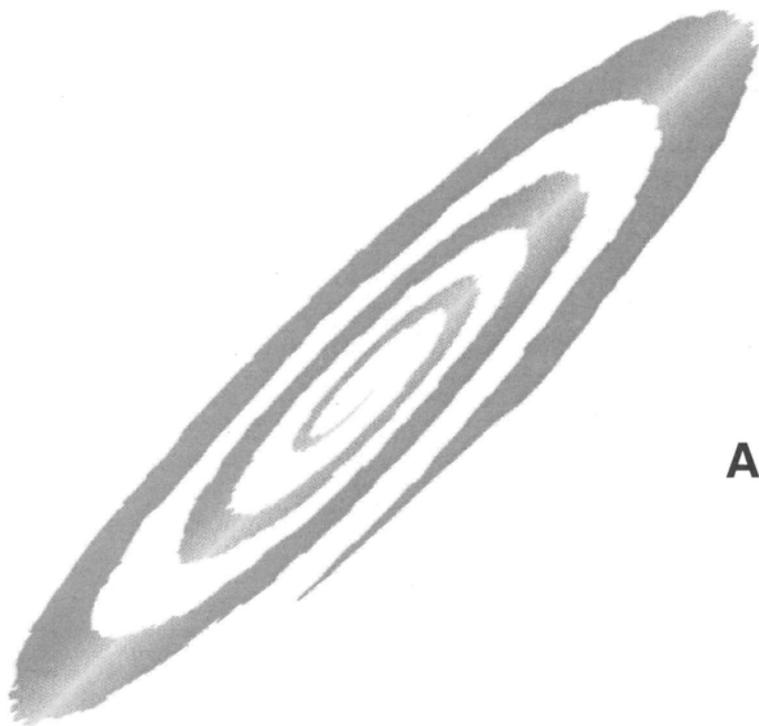
WHITE, A. (1990): "Influencias familiares en la participación deportiva de los jóvenes". *Perspectivas de la actividad física y el deporte*, 5, 5-9.

WILLIAMS, P.T. (1997): "Relationship of distance run per week to coronary heart disease risk factors in 8283 male runners: the national runner's health study". *Arch Intern Med*, 157; 191-198.

WOLD, B., ANDERSSON, N. (1992): "Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation". *International Journal of Sport Psychology*, 23 (4): 343-359

ZAMBRANA, J. M. (1986): *Deporte para todos... los adultos*. Editorial Alhambra. Madrid.

ZARAGOZA, A., PUIG I BARATA, N. (1990): *Oci, esport i societat*. Promociones y publicaciones universitarias. Barcelona.



ANEXO

El Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada está interesado en conocer su opinión y en evaluar las actividades que se llevan a cabo en las distintas instalaciones. Con este fin, el Departamento de Sociología de la Universidad de Granada ha confeccionado el cuestionario que se va a aplicar. Nadie mejor que los propios usuarios para aportar ideas, sugerencias y soluciones a las deficiencias que pudieran encontrar. Por ello, nos dirigimos a ustedes y les rogamos que cumplimenten el cuestionario que se adjunta.

Esperamos y deseamos que todas sus respuestas sean de utilidad, no solamente para los que actualmente se encuentran inscritos en las actividades médico-deportivas, sino también para las futuras personas que lo puedan estar.

TODAS LAS RESPUESTAS SON COMPLETAMENTE ANÓNIMAS, ya que en el cuestionario no tienen que identificarse, y así podrán expresar libremente sus opiniones. Muchas gracias por su ayuda, que seguro nos será muy útil para mejorar el servicio.

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

Las preguntas se pueden rellenar de dos formas

- Las cerradas, rodeando con un círculo el número que corresponda.
- Las abiertas, escribiendo con sus palabras en el espacio de líneas rayadas.

Si tiene cualquier duda o necesidad de alguna aclaración para rellenar el cuestionario, tres personas se encuentran a su disposición en las instalaciones deportivas.

POR FAVOR: ES MUY IMPORTANTE QUE NOS DEVUELVA EL CUESTIONARIO DURANTE ESTA SEMANA

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

I) SALUD Y MEDICINA

P.1. ¿Nos puede indicar con qué frecuencia ha ido al médico durante los últimos tres años?

- Una vez al año 1
- Varias veces al año 2
- Una vez al mes 3
- Varias veces al mes 4
- Una vez a la semana 5

P.2. Se considera Ud. una persona que acude al médico...

- Sólo cuando estoy muy enferma 1
- Cada vez que me observo algún malestar 2
- Regularmente, para prevenir enfermedades 3

P.3. ¿Ud. se define como una persona que le gusta mucho, bastante, regular, poco o nada visitar al médico?

- Mucho 1
- Bastante 2
- Regular 3
- Poco 4
- Nada 5

P.4. Y respecto a los medicamentos...

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Suelo tomar alguno por mi cuenta	1	2
Por consejo del farmacéutico	1	2
Por prescripción del médico	1	2
Por consejo de algún amigo o familiar	1	2

P.5. En general, ¿qué tal se encuentra Ud. de salud?

Muy bien	1
Bien.....	2
Regular.....	3
Mal	4
Muy mal	5

P.6. EN LA ACTUALIDAD, ¿tiene dolor o molestias en alguna parte de su cuerpo?

Sí	1	
No	2	(PASAR A LA PREGUNTA 10)

P.7. Su dolor o molestias se localizan en:

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Molestias en articulaciones	1	2
Molestias en espalda a nivel cervical	1	2
Molestias en espalda a nivel dorsal	1	2
Molestias en espalda a nivel lumbar	1	2
Molestias en manos	1	2
Molestias en piernas	1	2
Molestias en brazos y hombros	1	2
Molestias en cadera	1	2
Molestias en la cabeza	1	2

P.8. ¿Qué tipo de dolor o molestias tiene?

Leves	1
Soportable sin medicación	2
Soportable con medicación	3
Intenso sin medicación	4
Intenso con medicación	5

P.9. ¿Con qué frecuencia aparece el dolor o las molestias'?

- Constantemente, siempre..... 1
Cuando adopto determinadas posturas..... 2
Con mucha frecuencia..... 3
Me duele por épocas..... 4
Sólo me duele a veces..... 5
Con muy poca frecuencia6

P.10. A continuación le pedimos que nos describa las enfermedades que Vd. padece, por orden de

importancia:

- 1^a _____
2^a _____
3^a _____
4^a _____
5^a _____

P.11. VAMOS A REFERIRNOS A CONTINUACION A LAS **DOS ENFERMEDADES** QUE HA CITADO EN PRIMER LUGAR. PARA CADA UNA DE ELLAS, UTILICE LA COLUMNA CORRESPONDIENTE PARA CONTESTAR A LAS SIGUIENTES CUESTIONES (SI SOLO TIENE UNA ENFERMEDAD RELLENE LA PRIMERA COLUMNA)

PRIMERA ENFERMEDAD

P.11.a.1. ¿Qué tratamiento precisa su enfermedad?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Visita periódica médica	1	2
Cuidados médicos	1	2
Rehabilitación	1	2
Medicación	1	2

P.11.a.2. ¿Qué medicación toma?

P.ll.a.3. De estos cuidados, ¿cuáles lleva a cabo?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Realizar ejercicio físico.....	1	2
Seguir una dieta adecuada.....	1	2
No coger peso, no hacer grandes esfuerzos.....	1	2

P.ll.a.4. ¿Y qué otros cuidados además?

P.ll.a.5. ¿Esta enfermedad suya, la ha sufrido antes su familia?

Sí	1
No	2

SEGUNDA ENFERMEDAD

P.ll.bl. ¿Qué tratamiento precisa su enfermedad?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Visita periódica médica	1	2
Cuidados médicos	1	2
Rehabilitación	1	2
Medicación	1	2

P.ll.b.2. ¿Qué medicación toma?

P.ll.b.3. De estos cuidados, ¿cuáles lleva a cabo?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Realizar ejercicio físico	1	2
Seguir una dieta adecuada	1	2
No coger peso, no hacer grandes esfuerzos	1	2

P.II.b.4. ¿Y qué otros cuidados además?

P.II.b.5. ¿Esta enfermedad suya, la ha sufrido antes su familia?

Sí 1

No 2

II) DEPORTE/ ACTIVIDAD FISICA

P.12. De los deportes que aparecen a continuación, ¿nos puede indicar en qué medida los practica actualmente?

	<u>Nunca o casi nunca</u>	<u>Varias veces al año</u>	<u>Varias veces al mes</u>	<u>Varias veces a la semana</u>
Nadar	1	2	3	4
Bicicleta	1	2	3	4
Senderismo, Andar	1	2	3	4
Gimnasia de mantenimiento, terapéutica	1	2	3	4

P.13. Y en lo que se refiere a la actividad física en sentido amplio (pasear, nadar en los veranos, ir a coger setas...), ha sido Ud. una persona que durante su vida le ha gustado...

Mucho..... 1

Bastante..... 2

Regular..... 3

Poco 4

Nada 5

P.14. ¿Por qué?

P.15. ¿Qué motivos han hecho que se inscribiera en estas actividades médico-deportivas?

	<u>POCO</u>	<u>REGULAR</u>	<u>BASTANTE</u>
Mejorar mi salud y mi estado físico	1	2	3
Por consejo del médico	1	2	3
Mejorar mi estado de ánimo	1	2	3
Relacionarme con otras personas	1	2	3
Otro: ¿cuál?	1	2	3

III) PROGRAMA DE ACTIVIDADES MEDICO- DEPORTIVAS DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES

P.16. ¿Cómo conoció estos programas de actividades médico-deportivas?

- Por prescripción médica 1
- Por amistades 2
- Por familiares 3
- Por prensa, radio, televisión 4

P.17. ¿Presentaba dolor o molestias en alguna parte de su cuerpo ANTES de iniciar el Programa Médico-deportivo?

- Sí 1
- No 2 (PASAR A LA PREGUNTA 19)

P.18. ¿Considera que el dolor o las molestias han continuado, han aumentado o han disminuido respecto al inicio del Programa?

- Han aumentado 1
- Han permanecido igual 2
- Han disminuido 3

P.19. **ACTUALMENTE**, ¿en qué actividad está inscrito del programa médico-deportivo del Patronato Municipal de Deportes? (SI ESTA INSCRITO EN VARIAS, INDIQUE LA MÁS IMPORTANTE)

- Ejercicio físico para Mayores 1
- Ejercicio físico y acuático para Mayores 2
- Ejercicio físico y taichí para Mayores 3
- Gimnasia terapéutica 4
- Ejercicio físico para la hipertensión arterial 5
- Gimnasia en el agua 6
- Natación terapéutica 7
- Natación para minusválidos 8

P.20. Sobre la actividad que está realizando, conteste, por favor, a las siguientes preguntas:

P.20.a. ¿Desde cuando la realiza? _____ AÑOS y _____ MESES

P.20.b. ¿Cuántos días a la semana asiste? _____

P.20.c. ¿Piensa que esta frecuencia es la adecuada para sus molestias o debería aumentar o, en cambio, disminuir?

Adecuada	1
Aumentar	2
Disminuir	3

P.20.d. ¿Con qué frecuencia ha asistido?

He asistido siempre	1	(PASAR A LA P.20.e)
No he podido asistir algunas veces	2	
He asistido poco	3	

P.20.d.l. ¿Por qué no ha asistido?

Por enfermedad o motivos de salud míos propios	1
Por enfermedad de algún familiar	2
Por motivos familiares	3
Por coincidir con citas con el médico	4
Otros motivos	8

Señale cuáles: _____

P.20.e. ¿Cuál es su **grado de satisfacción** con el Programa Médico- deportivo que está haciendo?

Muy satisfecho	1
Bastante satisfecho	2
Regular	3
Poco satisfecho	4
Muy poco satisfecho	5

P.20.f. Y más concretamente, ¿cuál es su grado de satisfacción con cada uno de los siguientes aspectos?

	<u>NADA</u>	<u>POCO</u>	<u>REGULAR</u>	<u>BASTANTE</u>	<u>MUCHO</u>
Ejercicios específicos para las zonas del cuerpo que tengo afectadas.....	1	2	3	4	5
Ejercicios que realizamos en general.....	1	2	3	4	5
Exámenes médicos.....	1	2	3	4	5
Horario de la actividad.....	1	2	3	4	5
Personal especializado.....	1	2	3	4	5
Compañeros.....	1	2	3	4	5

P.20.g. Desde que realiza la actividad, ¿qué aspectos han mejorado?

P.20.h. ¿Y qué aspectos cree que han empeorado?

P.20.i. Además de hacerlo en las instalaciones deportivas, ¿realiza los ejercicios del Programa en casa o en algún otro sitio?

- Muy a menudo 1
- A menudo 2
- Alguna vez 3
- Casi nunca 4
- Nunca 5

P.21. De las razones que aparecen a continuación, ¿hasta qué punto influyen en que Vd. siga asistiendo?

	<u>POCO</u>	<u>REGULAR</u>	<u>BASTANTE</u>
Mejorar mi salud y mi estado físico.....	1	2	3
Por consejo del médico.....	1	2	3
Mejorar mi estado de ánimo.....	1	2	3
Relacionarme con otras personas.....	1	2	3
Otra: ¿cuál? _____	1	2	3

P.22. ¿Qué medio de transporte utiliza para venir normalmente?

Andando	1
Autobús	2
Conduzco mi coche	3
Me trae otra persona en coche	4

P.23. ¿Qué influencia ha tenido la inscripción en este Programa de actividad médico-deportiva en su vida?

Muy negativa	1
Negativa	2
Ni negativa ni positiva	3
Positiva	4
Muy positiva	5

P.24. ¿Por qué?

P.25. Y más concretamente, ¿qué influencia ha tenido sobre los siguientes aspectos?

	<u>POSITIVA</u>	<u>NIPOSITIVA</u>	<u>NI NEGATIVA</u>	<u>NEGATIVA</u>
Su estado físico.....	1	2	3	4
A nivel social.....	1	2	3	4
Su estado de ánimo.....	1	2	3	4
A nivel familiar.....	1	2	3	4

P.26. ¿Qué nivel de satisfacción tiene con los aspectos que se indican a continuación?

	<u>NADA</u>	<u>POCO</u>	<u>REGULAR</u>	<u>BASTANTE</u>	<u>MUCHO</u>
Programa de ejercicios.....	1	2	3	4	5
Instalaciones deportivas.....	1	2	3	4	5
Instalaciones accesorias.....	1	2	3	4	5
Monitores.....	1	2	3	4	5
Médicos.....	1	2	3	4	5
Organización en general.....	1	2	3	4	5

P.27. ¿Existe algún motivo de insatisfacción respecto a la inscripción en el programa que desee comentar?

P.28. ¿Existe algo que Ud. cambiaría especialmente para mejorar el servicio?

P.29. Además de las actividades que realiza, ¿qué otra u otras les gustaría que se ofreciesen?

P.30. En términos generales, ¿considera Ud. que las personas de su edad hacen ejercicio físico?

Sí 1
 No 2

P.31. Y cada uno de los motivos que aparecen a continuación, ¿hasta qué punto cree Ud. que influyen en las personas de su edad para no hacer ejercicio?

	<u>POCO</u>	<u>REGULAR</u>	<u>MUCHO</u>
Falta de tiempo.....	1	2	3
Instalaciones no adecuadas.....	1	2	3
Instalaciones alejadas del domicilio.....	1	2	3
No hay costumbre.....	1	2	3
No le llega información.....	1	2	3

IV) VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

P.32. Sexo:

Varón 1
 Mujer 2

P.33. ¿Qué edad tiene? _____ años

P.34. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero 1
 Casado 2
 Separado/divorciado 3
 Viudo 4

P.35. ¿Cuántos hijos tiene? _____ hijos

P.36. Lugar de residencia actual:

P.36.a. Barrio o zona: _____

P.36.b. Localidad: _____

P.37 ¿Actualmente vive Vd. solo /a o acompañado / a?

Solo/ a 1 (PASAR A LA P.39)

Acompañado/ a 2

P.38. ¿Quién convive con usted?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Pareja	1	2
Hijos	1	2
Otros familiares	1	2

P.39. ¿Cuál es o ha sido la profesión principal durante su vida?

P.40. ¿En qué situación se encuentra Vd. actualmente?

En paro 1

Jubilado/ a 2

Sus labores 3

Trabajo a tiempo completo, todo el año 4

Trabajo a tiempo parcial, todo el año 5

Trabajo de forma ocasional 6

P.41. Nivel de estudios

Primarios incompletos	1
Estudios primarios	2
Bachiller elemental	3
Bachiller superior, FP, BUP, COU	4
Diplomatura universitaria	5
Licenciatura universitaria	6

NORMAS DE PRESENTACIÓN PARA LA ADMISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN ¹

(Resumen junio 2002)

1. Los trabajos breves o sumarios de investigación que se presenten para su eventual publicación por el Consejo Superior de Deportes (C.S.D.) deberán tener una extensión de 30 a 40 páginas (DIN-A-4, espaciado interlineal 1'5). Se recomienda seguir el esquema general de trabajos de investigación:
 - a) Introducción que exponga los fundamentos del trabajo y especifique claramente sus objetivos.
 - b) Descripción de las fuentes, métodos, materiales y equipos empleados en su realización.
 - c) Exposición de los resultados y discusión de los mismos.
 - d) Conclusiones finales.

Deberá figurar con toda claridad:

- **Título completo del trabajo en castellano y su versión inglesa;** y si se desea, también en francés.
- **Iniciales del nombre y apellidos de los autores.**
- **Resúmenes** del contenido, **en castellano y en inglés**, y si se desea, también en francés, de un mínimo de 100 y un máximo de 250 palabras, acompañados de las **palabras clave** que definan el contenido del trabajo (6 a 10, preferentemente extraídos del texto del trabajo).
- **Notas al pie de página o final del texto:** Se acompañarán en anexo al final del texto, debidamente numeradas, indicándose en el texto el lugar al que hace referencia cada nota.
- **Referencias bibliográficas** de obras citadas en el texto.
- **Ilustraciones** : Según el tipo de ilustraciones que acompañen el trabajo (tablas, gráficas, fotografías, etc.), deben entregarse en la forma y en el soporte más apropiado para garantizar una óptima reproducción, así como en forma de copia o fotocopia impresa, en anexo al texto, debidamente numerados y acompañados del título o leyenda correspondiente. En el texto se indicará el lugar en el que, en principio, debería insertarse cada ilustración.

2. Indicación de ayudas percibidas por el C.S.D.: se indicarán el tipo y los años de ayuda percibida.
3. **Datos de los autores.** Los textos que se presenten para su publicación deben ir firmados por sus autores y acompañados de los datos completos de la institución o centro, dirección completa y teléfono de contacto de los mismos. Deberán enviar sus

(1) **Nota:** Estas normas se basan en normas ISO y normas UNE. Puede solicitarse la versión completa «PROGRAMA EDITORIAL. Publicaciones del C.S.D. NORMATIVA GENERAL PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS. Revisada junio 2002» , así como el modelo oficial de cesión de derechos y aceptación de las bases, a:

trabajos al Servicio de Documentación del Consejo Superior de Deportes, acompañados de una fotografía del autor y un breve curriculum relacionado con la obra (máximo 10 líneas).

4. **Soportes de presentación.** El trabajo deberá entregarse en papel DIN-A-4, por duplicado, con espacio interlineal de 1,5, en lengua castellana, y en disquete, grabado en un fichero con procesador de textos para MS-DOS: Word para Windows (versión NO superior a 8.0), Wordperfect (versión NO superior a 6.1), o ASCII, **sin códigos de formato del procesador de texto.**
5. Los perceptores de ayudas del C.S.D. que presenten sumarios de investigación de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos para su publicación por el Consejo Superior de Deportes (a través del Centro de Alto Rendimiento y de Investigación en Ciencias del Deporte) cederán **por escrito** todos los derechos de autor y de reproducción del trabajo en cualquier tipo de soporte (incluidas microformas o bases de datos informatizadas) al C.S.D. y harán constar la aceptación de las presentes normas, haciendo uso del modelo establecido para el efecto.

Se admiten también propuestas de artículos científicos-técnicos a iniciativa propia de otros autores, en las mismas condiciones que las establecidas para los perceptores de ayudas del C.S.D., reservándose éste el derecho de aprobar o declinar su publicación.

6. Asimismo los autores asumirán expresamente el compromiso de realizar las modificaciones y correcciones necesarias en el caso de aprobarse la publicación, lo que se comunicará por escrito a los mismos.
7. La admisión-aceptación de estos trabajos no implica obligatoriamente su publicación que, en cualquier caso, se decidirá por la Comisión de Evaluación o Consejo Asesor de Publicaciones creado al efecto.
8. El C.S.D. se reserva el derecho de publicación de los sumarios presentados, así como de su resumen, en el medio y momento que considere oportunos, en el marco de su programa editorial.
9. El C.S.D. no asumirá necesariamente las opiniones expresadas por los autores en los trabajos y sumarios de investigación que publique.
10. El C.S.D. remitirá a los autores cinco ejemplares de la publicación para su libre disposición.
11. En el caso de no publicarse el trabajo o sumario presentado en el plazo de dos años, el autor podrá solicitar del C.S.D. la devolución de los textos y materiales originales, quedando una copia en el Consejo Superior de Deportes.
12. **Tratamiento automatizado de los datos.** A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos que se soliciten a los autores de trabajos a publicar por el C.S.D. podrán ser objeto de tratamiento automatizado y su utilización posterior con fines estadísticos y de investigación, respetando la confidencialidad y el anonimato mediante la previa disociación.

La responsabilidad del fichero automatizado corresponde al Servicio de Documentación del Consejo Superior de Deportes, ante quién se puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Consejo Superior de Deportes
SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN

Unidad: Publicaciones

C/ Martín Fierro s/n

28040 Madrid

Tel.: 91-589.05.28

Fax.: 91- 589 05 30

Email: documentación.caricd@csd.mec.es ; csd.publicaciones@csd.mec.es

Colección:
ESTUDIOS SOBRE CIENCIAS DEL DEPORTE
Serie de Investigación

- 1 Análisis biomecánico de los lanzamientos en atletismo
- 2 Adaptación hormonal e inmunológica al entrenamiento
- 3 Indicadores para la detección de talentos deportivos
- 4 Estructura ocupacional y mercado laboral en el deporte
- 5 Patrocinio, comunicación y deporte I: la comercialización del deporte en una sociedad mediática
- 6 Patrocinio, comunicación y deporte II: publicidad y patrocinio en eventos deportivos
- 7 Los deportistas olímpicos españoles: un perfil sociológico (análisis sociológico de los participantes en los juegos olímpicos celebrados en el periodo 1980-1992)
- 8 Métodos de estudio de composición corporal en deportistas
- 9 Valores sociales y deporte : fair play versus violencia
- 10 Educación física y práctica docente
- 11 El deporte en las universidades españolas : análisis de la encuesta realizada por el consejo superior de deportes sobre el deporte y su organización, practica y equipamientos en las universidades
- 12 Análisis biomecánica de las técnicas deportivas : salto de altura, lanzamientos de jabalina, y carrera de velocistas ciegos
- 13 Rendimiento deportivo : parámetros electromiográficos (EMG, cinemáticos y fisiológicos)
- 14 Nuevas perspectivas didácticas y educativas de la educación física
- 15 Experiencias de formación de docentes y entrenadores en el ámbito de la actividad física y el deporte
- 16 Investigación epistemológica. el campo disciplinar en educación física
- 17 Control del dopaje: aspectos analíticos de los esteroides anabolizantes
- 18 Ejercicio y estrés : aspectos celulares y moleculares
- 19 Tecnología deportiva: control del rendimiento de los deportistas y de las instalaciones
- 20 Política y violencia en el fútbol
- 21 Biomecánica de la fuerza muscular y su valoración. análisis cinético de la marcha, natación, gimnasia rítmica, bádminton y ejercicios de musculación
- 22 El apoyo biomecánico al rendimiento deportivo. lanzamiento atlético, carreras, relevos, natación, tenis y tiro.
- 23 Efectos e implicaciones de variables fisiológicas sobre el entrenamiento
- 24 Participación deportiva : perspectiva ambiental y organizacional
- 25 Nacimiento e implantación de la Educación Física en España: los tiempos modernos
- 26 Rendimiento deportivo en altitud
- 27 Aplicación de nuevas tecnologías en medicina deportiva
- 28 Mejora del proceso enseñanza-aprendizaje en educación física
- 29 Estudios sobre el deporte y el medio ambiente
- 30 Las mujeres en la alta competición deportiva
- 31 Control del dopaje: aspectos analíticos de sustancias prohibidas en el deporte
- 32 Análisis biomecánico de la técnica de natación: programa de control del deportista de alta competición
- 33 Deporte y lenguaje
- 34 Aspectos jurídicos de las actividades físico-deportivas en el medio natural
- 35 Mujeres y actividades físico-deportivas
- 36 Deporte y calidad de vida en la población adulta

COLECCIÓN "ESTUDIOS SOBRE CIENCIAS DEL DEPORTE"

En 1994 apareció el primer número de unas publicaciones monográficas con el título general de "SERIE ICd DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DEL DEPORTE". Esta publicación del Consejo Superior de Deportes tenía como objetivo satisfacer la demanda de información científica especializada, difundiendo los trabajos que, en la mayoría de los casos eran el resultado de proyectos de investigación subvencionados por el propio organismo y los cuales, por su calidad, actualidad y rigor científico, se consideraban de interés para los especialistas.

Al cabo de varios años, la demanda de este tipo de información sigue vigente, pero se ha visto la necesidad de atender también otras demandas y difundir informes técnicos, estadísticas y estudios que, siendo de gran interés para determinados sectores, no tenían cabida en la serie interpretando su título en un sentido estricto.

Este es el motivo que llevó al editor a crear, en 2001, un nuevo título de colección más amplio y con una imagen nueva - "Estudios sobre Ciencias del Deporte" -, bajo el cual continuará, por un lado, con el mismo planteamiento de calidad y rigor científico la **Serie de Investigación**. Al igual que en la etapa anterior, los trabajos que se publican en la misma son seleccionados por un Comité Científico, y están sujetos a la "Normativa General para la presentación de trabajos" del Programa de publicaciones del Consejo Superior de Deportes.

Por otra parte, se inició, con numeración independiente y dentro de la misma colección, una **nueva "Serie de Informes"**, con contenidos y objetivos diferentes que se seleccionarán con los criterios adecuados para satisfacer las necesidades de distintos sectores de destinatarios sobre temas y aspectos de actualidad.

Las referencias bibliográficas correspondientes a los artículos publicados en la colección "Estudios sobre Ciencias del Deporte", elaboradas por el Servicio de Documentación, se remiten para su inclusión en la base de datos bibliográfica sobre deportes ATLANTES, fruto de la colaboración entre distintos centros de documentación e información y bibliotecas deportivas españolas e iberoamericanas. Esta base de datos se encuentra en uno de los dos CD-ROM de Silver Platter que albergan además SPORTDISCUS y HERACLES.



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE



PVP: 5,63 €
I.V. A. incluido

ISBN 84-7948-126-4



9 788479 491260