



La práctica de actividad física y hábitos de salud de los futuros maestros en Educación Primaria de la Universidad de Barcelona. Un estudio sobre la incidencia de la Educación Física vivida en la ESO en su futura acción docente

Alex Leonardo Garrido Méndez

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO

La práctica de actividad física y hábitos de salud de los futuros maestros en Educación Primaria de la Universidad de Barcelona. Un estudio sobre la incidencia de la Educación Física vivida en la ESO en su futura acción docente

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:
ALEX LEONARDO GARRIDO MÉNDEZ

DIRIGIDA POR:
DR. FRANCESC BUSCÀ DONET

BARCELONA, 2014

A mis padres: Blanca y Emilio,
ejemplos de amor, constancia y superación.

AGRADECIMIENTOS

Llegando a las instancias finales de este trabajo, es tiempo de mencionar a las personas que han aportado amablemente al desarrollo de esta investigación, sin las cuales ésta no hubiese sido posible.

A mi director de tesis, el Dr. Francesc Buscà Donet, por su calidad académica, su ayuda constante y sobresaliente en cada una de las fases de este proceso.

A mis padres, por su amor, su buena herencia educativa y por haberme inculcado el camino del trabajo, la superación y la responsabilidad.

A mi novia Andrea Butrón, por su amor incondicional que ha sido motivación y faro en momentos de cansancio, además de su compañía y ayuda pese a la distancia y las dificultades.

Al Dr. Jaume Aymar, Javier y a todos quienes habitan el antiguo monasterio de Sant Jeroni de la Murtra en Badalona.

Al programa Beca Presidente de la República para estudios en el extranjero, pues sin sus beneficios no hubiese comenzado este largo camino.

A Paqui Pacheco y todo el personal del CEM Mundet, por haberme dado la posibilidad de trabajar y mantenerme durante toda mi estadía en Cataluña.

A la Tuna de Ciencias de la Universidad de Barcelona, por su cofradía, “parches”, viajes y alegría.

A la Dra. Caterine Galaz, por su importante ayuda en los primeros párrafos de este documento.

A la Dra. Marta Caplloch, por su desinteresada guía en el momento oportuno.

Al Profesor Carlos Matus, por su importante apoyo académico.

Al Dr. Gonzalo Aguayo, por su aporte en la correcta escritura.

A mi amigo José Berrios y mi amiga Carol Flores por su ayuda en la parte estadística.

A Ludwig Van Beethoven, porque su música y obra fueron compañía e inspiración en tantas horas de soledad.

A todos ellos y muchos más que tengo en mi mente y corazón...¡Muchas gracias!

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	6
Justificación.....	12
Preguntas de investigación y objetivos de investigación.....	14
□ Objetivo general.....	14
□ Objetivos específicos.....	15
Capítulo 1. Conceptualizaciones terminológicas relacionadas con la actividad física y la salud.....	16
1.1. Salud.....	16
1.2. Hábitos saludables.....	19
1.3. Actividad física y actividad física saludable.....	20
1.4. Estilo de vida.....	21
1.5. Calidad de vida.....	24
Capítulo 2. Aproximación histórica de la relación entre actividad física, ejercicio físico, deporte y salud.....	26
2.1. La actividad física orientada a la salud.....	27
2.2. La importancia de la actividad física para la salud.....	35
2.2.1. Beneficios físicos.....	36
2.2.2. Beneficios psicológicos.....	38
2.2.3. Beneficios conductuales.....	39
2.3. Los hábitos de práctica físico-deportiva en España.....	41
2.3.1. Los hábitos de práctica físico-deportiva en el conjunto del Estado español.....	42
2.3.2. Los hábitos de práctica físico-deportiva en la Comunidad ..Autónoma de Cataluña.....	51
2.4. Resumen del capítulo.....	58

Capítulo 3. Los estilos de vida en las sociedades occidentales.....	60
3.1. Delimitación de los hábitos saludables para el estudio	61
3.2. Características de los estilos de vida en las sociedades actuales	71
3.3. Las enfermedades y causas de muerte relacionadas con los hábitos inadecuados.....	76
3.3.1. El caso español.....	81
3.4. Los hábitos inadecuados.....	84
3.4.1. El sedentarismo y sus efectos	85
3.4.2. La alimentación inadecuada y sus efectos	91
3.4.3. El descanso inadecuado y sus efectos	96
3.4.4. El consumo de tabaco	98
3.4.5. El consumo excesivo de alcohol y sus efectos	102
3.5. La Promoción de la Salud	108
3.5.1. A nivel mundial.....	110
3.5.2. A nivel europeo	111
3.5.3. A nivel estatal español.....	112
3.5.4. A nivel catalán.....	114
3.6. Resumen del capítulo.....	116
Capítulo 4. La formación de hábitos saludables desde la Educación Física. .	118
4.1. La Educación Física orientada a la salud	120
4.1.1. La Educación Física como área curricular: finalidad y función	122
4.2. La incorporación curricular de la salud.....	127
4.2.1. La LOGSE	129
4.2.2. La LOE.....	130
4.2.3. El curriculum catalán.....	133
4.2.4. Características del alumnado de la ESO	138
4.3. La Educación para la Salud (EpS) como Tema Transversal.....	140
4.3.1. Concepto de Educación para la Salud	141
4.4. La generación de hábitos	143
4.4.1. El hábito y sus componentes	145
a) Actitud.....	147
b) Motivación	149
c) Interés.....	151

4.5. Estado de la cuestión de la enseñanza-aprendizaje de la EFpS.....	151
4.5.1. El factor teórico-conceptual en el ámbito de la Educación Física ..	156
4.5.2. Conocimientos	159
4.5.3. Creencias.....	160
4.5.4. Pensamiento docente	162
a) La valoración de la experiencia en las clases de Educación Física	165
b) Qué y cómo se pretende enseñar: qué contenidos y objetivos se consideran como los más importantes en materia de salud	168
c) Qué y cómo evaluar los contenidos de salud	169
d) Qué dificultades se esperan encontrar en un futuro desempeño profesional	169
4.6. Resumen del capítulo.....	171
Capítulo 5. Diseño de la investigación	173
5.1. Enfoque de la investigación	173
5.2. Alcance del estudio	176
5.3. Población y contexto	176
5.3.1. Determinación de la muestra para la aplicación del cuestionario ..	177
5.4. Instrumentos	179
5.4.1. El cuestionario	179
5.4.2. El grupo de discusión.....	185
5.5. Procedimiento y análisis de datos	186
Capítulo 6. Resultados y discusión	192
6.1. Análisis del estilo de vida que desarrollan los estudiantes de magisterio con respecto a la práctica de actividad física, alimentación, descanso y consumo de alcohol y tabaco.	192
6.1.1. Actividad Física.....	192
6.1.2. Alimentación	195
6.1.3. Descanso.....	196
6.1.4. Consumo de tabaco y alcohol.....	197
6.2. Análisis de las ideas en relación a la actividad física saludable	200
6.3. Análisis de las influencias de la Educación Física en los hábitos desarrollados en la actualidad	203

6.4. Análisis del pensamiento docente de los estudiantes de Educación primaria en relación a la enseñanza de la EFpS	212
Capítulo 7. Conclusiones	222
7.1. Conclusiones de los objetivos específicos	222
7.2. Limitaciones de la investigación	226
7.3. Aporte de la investigación y propuestas a futuro	227
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	229
INDICE DE ILUSTRACIONES	257
Índice de Gráficos	257
Índice de Tablas	258
Índice de Figuras.....	259
ANEXOS	260
Anexo 1. Instrumento de validación del cuestionario	261
Anexo 2. Cuestionario definitivo.....	284
Anexo 3. Transcripción del grupo de discusión	293

INTRODUCCION

El sedentarismo es una característica de las sociedades occidentales en la actualidad. Esto se debe principalmente a las formas de trabajar, desplazarse y emplear el tiempo libre que tienen las personas, las cuales tienden a minimizar la actividad física total desarrollada durante el día (Capdevila, 2000; Delgado & Tercedor, 2002; Pérez & Delgado, 2004; Rodríguez García, 2006; Sánchez Bañuelos, 2004; Weineck, 2000). En la actualidad es bien conocido que la inactividad física provoca trastornos en la salud de las personas, afectando sus dimensiones física, psíquica y social (Kohl et al., 2012). De acuerdo a fuentes especializadas, como la Organización Mundial de la Salud¹ (2011a), la falta de actividad física representa el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante, y es responsable del 6% de las muertes registradas en todo el mundo.

Además del sedentarismo, se puede observar la incidencia de ciertos hábitos inadecuados para la salud en otros ámbitos de la vida cotidiana, como la alimentación, caracterizada por un desequilibrio en la cantidad y variedad de los alimentos que componen la dieta (Agencia Española de Seguridad Alimentaria², 2005); el descanso, entendido como insuficiente para recuperar las energías gastadas en las jornadas de trabajo y el consumo de drogas tanto de carácter legal (tabaco, y alcohol en exceso), así como también las de carácter ilegal (Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad³, 2010).

Debido a estos fenómenos se pueden observar importantes índices de enfermedades crónicas no transmisibles que causan graves perjuicios a la salud de las personas, como las patologías cardíacas, la obesidad, la diabetes, algunos tipos de cánceres, etc., las cuales se cuentan como una de las mayores causas de muerte en el mundo y en España (Capdevila, 2000; Devís, 2000; OMS, 2011a; Pérez & Delgado, 2004). A raíz de estos hechos, diversas autoridades a nivel mundial y nacional, han realizado acciones para abordar estos problemas sanitarios, tratando de revertir las consecuencias provocadas por la falta de actividad física, la

¹ En adelante OMS

² En adelante AESA

³ En adelante MSPS

alimentación y el descanso inadecuado y el uso de sustancias nocivas. Por ejemplo, una de las recomendaciones de la OMS (2011a), tiene por objeto prevenir las enfermedades no transmisibles a través de la práctica de actividad física en el conjunto de la población. A nivel español, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, pretende analizar las evidencias sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de prevención primaria de enfermedades como la obesidad y el consumo de alcohol en menores de 18 años. Además, señalan dentro de sus planes estratégicos, proteger y promover la salud, así como incentivar los hábitos de vida que ayuden a alcanzar estos propósitos.

Por otro lado, es importante considerar que la escuela ha sido hasta ahora la institución de referencia en la formación de personas, principalmente desde el siglo pasado, teniendo como una de sus asignaturas troncales a la Educación Física. En ésta se ha venido observando también una repercusión de los problemas de salud que aquejan a las sociedades modernas, como la falta de actividad física (Pérez & Delgado, 2004; Rodríguez García, 2006). Esto queda de manifiesto en el currículum escolar, el cual ha experimentado una evolución a través de la inclusión paulatina del tema *salud* dentro de sus contenidos. Así, uno de los objetivos de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo⁴, de 3 de octubre de 1990 (BOE, 1990), estuvo directamente relacionado con el cuidado de la salud. De esta manera, en el Artículo 13, se establece como objetivo para la Educación Primaria:

h) valorar la higiene y la salud de su propio cuerpo, así como la conservación de la naturaleza y del medio ambiente.

Para el caso de Educación Secundaria, señala en su Artículo 19:

i) valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente.

Asimismo, en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación⁵, de 2006, se ha continuado evolucionando e incluyendo de manera más clara y a más temprana edad, la búsqueda de la salud. Así, a partir de la misma norma, el Decreto

⁴ En adelante LOGSE

⁵ En adelante LOE

181/2008, para la Educación Infantil en Cataluña, señala que:

10.5. Los materiales didácticos que se utilicen han de respetar los principios, valores, derechos y deberes constitucionales y estatutarios y se han de adecuar a lo que establece este decreto y las prescripciones que efectúe el Departamento de Educación para su aplicación. En particular, los juguetes han de fomentar los hábitos saludables y comportamientos no sexistas (Diario oficial de la Generalitat de Catalunya, 2008).

Continuando con la LOE, en la Educación Primaria, en su Artículo 17, uno de sus objetivos señala para ese nivel:

k) valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física como medios para favorecer el desarrollo personal y social.

Y para la Educación Secundaria, en su Artículo 23, señala:

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social (...)

Se evidencia, entonces, una constante preocupación por los contenidos relativos a esta materia a través de los objetivos para alcanzar hábitos y conocimientos hacia el cuidado de la salud. Este progreso se evidencia con más claridad al observar los objetivos curriculares de la asignatura de Educación Física. Así, el Real Decreto 1007/1991, de 26 de junio (BOE, 1991), en donde se establecieron las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria⁶, señala como primer objetivo general:

1. Conocer y valorar los efectos que tiene la práctica habitual y sistemática de las actividades físicas en su desarrollo personal y en las mejoras de su calidad de vida y de salud.

⁶ En adelante ESO

En el mismo sentido, se evidencia la evolución de los objetivos específicos relacionados con la salud, al comparar los Reales Decretos 1007/1991 y el 3473/2000, de 29 de diciembre (BOE, 2000), por el cual se modificó el primero y por el que se establecieron las nuevas enseñanzas mínimas correspondientes a la ESO. En éste último, se detalla la necesidad de conocer y comprender la implicación en una serie de actividades o hábitos de salud, mientras que en el primero la finalidad no es tan clara, centrandó la atención sobre los beneficios de hábitos tales como el ejercicio físico, la higiene postural, la alimentación, etc. sin destacar su incidencia sobre ella (Pérez & Delgado, 2004).

Esto se fundamenta en el Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre (BOE, 2007), que establece las Enseñanzas Mínimas para la ESO, en donde se señala como uno de sus objetivos, de acuerdo al Artículo 3. Objetivos de la Educación secundaria obligatoria, que ésta debe contribuir a desarrollar en los alumnos y alumnas la capacidad de:

k) conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. (p. 679)

La propuesta curricular de Educación Física, establecida por la LOE, vigente desde el curso académico 2006/2007 y que derogó a la LOGSE, sigue la tendencia de la norma anterior, realzando con más claridad la búsqueda de la salud. En el Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la ESO (BOE, 2007), se establece que:

La materia de Educación física en la Educación Secundaria obligatoria debe contribuir no sólo a desarrollar las capacidades instrumentales y a generar hábitos de práctica continuada de la actividad física, sino que, además, debe vincularla a una escala de valores, actitudes y normas, y al conocimiento de los efectos que tiene sobre el desarrollo personal, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos generales de la etapa. (p. 710)

(...) debe contribuir no sólo a desarrollar las capacidades instrumentales y a generar hábitos de práctica continuada de la actividad física, sino que además, debe vincularla a una escala de valores, actitudes y normas, y al conocimiento de los efectos que tiene sobre el desarrollo personal, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos generales de la etapa. (p. 710)

Igualmente, a través del ejercicio físico se contribuye a la conservación y mejora de la salud y el estado físico, a la prevención de determinadas enfermedades y disfunciones y al equilibrio psíquico, en la medida en que las personas, a través del mismo liberan tensiones, realizan actividades de ocio, y disfrutan de su propio movimiento y de su eficacia corporal. Todo ello resulta incluso más necesario dado su papel de compensar las restricciones del medio y el sedentarismo habitual de la sociedad actual. La materia de Educación Física actúa en este sentido como factor de prevención de primer orden. (p. 710)

Y dentro de sus objetivos, indica:

4. Conocer y consolidar hábitos saludables, técnicas básicas de respiración y relajación como medio para reducir desequilibrios y aliviar tensiones producidas en la vida cotidiana y la práctica deportiva. (p. 711)

Ahora, para la Educación Primaria, el Artículo 17 señala el siguiente objetivo:

k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social. (p. 49)

De acuerdo a todas estas normas, las autoridades educativas plasman, entonces, una preocupación social por el tema de la salud, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades provocadas por las conductas insanas, promoviendo el desarrollo de hábitos activos y saludables a través de los conocimientos sobre el cuidado de la salud y su práctica.

Pese a todas las normativas, se puede constatar en la actualidad, luego de dos décadas de reformas orientadas al cuidado de la salud en Educación Física, que la situación de los hábitos de vida de la población española sigue mostrando una tendencia hacia el desarrollo de hábitos inadecuados (Departament de Salut, 2012c; MSPS, 2010).

Es en este punto donde surge la interrogante de cuál ha sido el aporte de la Educación Física, la “huella” que ha dejado esta asignatura en el alumnado en relación a la formación de hábitos de práctica de actividad física y otros hábitos saludables que puedan perdurar en el tiempo, una vez egresados del sistema escolar obligatorio.

En el mismo sentido, cabe interrogarse sobre qué ideas posee el futuro profesorado de Educación Primaria acerca de la enseñanza de hábitos activos y saludables en la escuela, al reconocer, en ese colectivo, la primera referencia escolar que tendrán las futuras generaciones. Para ello, se considera necesario conocer qué y cómo piensan abordar con sus futuros alumnos los contenidos referidos al cuidado de la salud, con la intención de concientizar y promover reflexiones acerca de su enseñanza, ayudando a mejorar, así, la calidad de vida de su futuro alumnado. Es preciso señalar que el interés de esta investigación por este colectivo en particular radica en la relevancia que adquieren los aspectos relacionados con la Educación Física orientada a la salud, tales como sus experiencias como alumnos en ésta asignatura; así como sus comportamientos, conocimientos, creencias y pensamientos para mejorar la enseñanza.

Así, este trabajo pretende ser un “puente” entre el pasado, presente y futuro de la enseñanza de esta área, contribuyendo con el bienestar de las nuevas generaciones a través de la conservación y mejora de la salud; ayudando a prevenir, al mismo tiempo, las principales enfermedades relacionadas con los estilos de vida en la actualidad.

Por estas razones, el presente trabajo quiere aportar algunas precisiones sobre las fortalezas y debilidades de la Educación Física con respecto a la promoción de la salud a través de esta área escolar, para facilitar la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables durante todo el periodo escolar (Delgado & Tercedor, 2002).

Justificación

Las ideas anteriores se fundamentan en la importancia que adquieren los siguientes argumentos:

- a) Considerar a la salud como uno de los ejes centrales de la existencia humana (Casimiro, 1999). Esto constituye un interés especial para el investigador, siendo así un argumento válido para dar pie al estudio (Heinemann, 2008), en concordancia con la profesión del investigador.
- b) Considerar a la escuela como el lugar idóneo para llevar a cabo la promoción de la actividad física orientada a la salud y hábitos saludables, ya que en ella tiene lugar el proceso de educación obligatoria desde los 6 hasta los 16 años de edad (Costa & López, 1986; Fortuny & Gras, 1988; González Arévalo, 2010; Mendoza, Sagrera & Batista; 1994; Lleixà, 2003).
- c) El auge alcanzado por el término *salud* en la sociedad actual (Pérez & Delgado, 2004), que se evidencia, por ejemplo, en los objetivos de la Unidad Condición física y Salud de la asignatura de Educación física, de acuerdo a la evolución de los currículos de la LOGSE y LOE.
- d) De acuerdo a Ruiz et al. (2010), los programas de Educación Física escolar pueden beneficiar a los adolescentes con diferentes niveles de actividad física, sin importar sus características individuales.
- e) Promover una concienciación del profesorado de Educación Primaria sobre la importancia de la cineantropometría (medida y evaluaciones de su tamaño, forma, proporcionalidad y composición del cuerpo humano) en el plano de la educación y la salud, antes de un sistema de rendimiento y detección de talentos deportivos (Casimiro, 1999).

- f) De acuerdo a Harris y Cale (1997, citados por Delgado & Tercedor, 2002), el impacto que pueden tener los programas de Educación Física sobre la salud es una cuestión ampliamente reconocida.
- g) Es importante considerar que una cosa es lo que el profesorado pueda decir que piensa y otra cosa es lo que realmente piensa (Moreno & Álvarez, 2010).
- h) Siguiendo a Contreras, Ruiz, Zagalaz y Romero (2002), se debe poner énfasis en la importancia del estudio de las creencias que posee el profesorado para mejorar la formación inicial.
- i) Los maestros son los principales agentes de salud en el medio escolar, por lo que sería muy apropiado aprovechar la oportunidad de la escuela para formar en este aspecto (Fortuny & Gras, 1988).
- j) Finalmente, de acuerdo a Sánchez Bañuelos (2004), pese a todas las características positivas atribuidas a la Educación Física, se llega a la conclusión de que ésta no constituye el motor que debería ser para la práctica de actividad física. Esto evidencia la necesidad de generar nuevas ideas para cambiar esta situación, potenciando a ésta asignatura como un referente efectivo de formación de hábitos activos y saludables para toda la vida, desde el periodo escolar.

Preguntas de investigación y objetivos de investigación

A partir del análisis de los apartados anteriores, surgen las dos preguntas que guiarán la investigación. Estas son:

1. ¿La Educación Física recibida en el periodo de la ESO ha sido un referente efectivo para formar hábitos saludables en el alumnado?
2. ¿De qué forma abordarán los nuevos profesores los contenidos de salud con sus futuros alumnos para fomentar la adquisición de hábitos saludables?

A partir de estas interrogantes se busca responder a la problemática aún no resuelta de cuál es el legado de la asignatura de Educación Física en la formación y mantenimiento de hábitos saludables en sus dimensiones teóricas, a través de los conocimientos y las creencias; y la práctica, a través del desarrollo de sus hábitos de vida. Y, por otro lado, cuáles son las ideas del futuro profesorado para mejorar la enseñanza de hábitos saludables al momento de ejercer su profesión.

- Objetivo general

Valorar si los comportamientos e ideas hacia la educación para la salud que desarrollan los alumnos del grado de primaria, guardan relación con los aprendizajes sobre hábitos de práctica física y salud de las clases de Educación Física recibidas en la ESO y cuáles son sus pensamientos acerca de la enseñanza de la Educación Física para la salud.

- Objetivos específicos

1. Describir el estilo de vida que desarrollan los estudiantes en su vida cotidiana en los ámbitos de actividad física, alimentación, descanso y consumo de alcohol y tabaco.
2. Constatar qué ideas (conocimientos y creencias) poseen en materia de actividad física saludable.
3. Identificar el nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos que desarrollan.
4. Identificar los pensamientos que poseen para la enseñanza futura de la educación para la salud.

Capítulo 1. Conceptualizaciones terminológicas relacionadas con la actividad física y la salud

Para comenzar a profundizar en las ideas del estudio, se considera necesario definir algunos conceptos importantes que permitan comprender de mejor manera su enfoque. Por esta razón, se delimitará el significado de los siguientes términos: salud, hábitos saludables, actividad física, actividad física saludable, ejercicio físico, deporte, estilo de vida, estilo de vida saludable y calidad de vida. Esta terminología constituirá el fundamento para conocer y relacionar los contenidos que se presentarán a posteriori en torno al objeto de estudio.

1.1. Salud

En 1948, la OMS la redefinió como un estado completo de bienestar físico, mental y social, o sea, no como la simple ausencia de enfermedad, sino como un amplio concepto de sentido positivo. Sin embargo, autores como Marcos Becerro (1989) y Sánchez Bañuelos (2004), agregan que la salud se comprende mejor por los contenidos de su concepto que por una definición académica. Esto se debe a que se trata de una condición humana multidimensional, es decir, con componentes físicos, psicológicos y sociales que se estructuran en un *continuum* que va desde el extremo positivo, en el que se la entiende como una capacidad de disfrutar y resistir desavenencias; hasta un polo negativo, en el cual se la entiende como enfermedad y, en su nivel máximo, como mortalidad (Bouchard & cols., citados por Delgado & Tercedor, 2002).

Siguiendo a Marcos Becerro (1989), se puede considerar que existen dos tipos de salud: la física, entendida como aquella relacionada con todos los procesos fisiológicos; y la mental, relacionada con el normal funcionamiento de los procesos psicológicos, siendo necesario un buen equilibrio entre ambas para hablar de un buen estado de salud. No obstante, de acuerdo a su característica multidimensional, cabe considerar también al ámbito social. Así, Casimiro, Delgado y Águila (2005), señalan que estos tres factores van unidos íntimamente, de manera que una afección física puede influir en el ánimo de la persona, afectando también sus relaciones sociales.

En el mismo sentido, la Generalitat de Catalunya (2012) señala que la salud emocional o mental, es un concepto amplio relacionado con la manera de sentirse, de pensar o actuar en la vida cotidiana. Aquí destaca la importancia de “sentirse bien” para reflejar un estado de bienestar psicológico, para desarrollar las capacidades y afrontar satisfactoriamente situaciones como el estrés, tener relaciones sociales satisfactorias y trabajar de forma eficiente. Un buen estado mental estará relacionado con aspectos como estar motivado, sentirse con energía, seguridad y autoconfianza, tranquilidad y control, entre otras. De esta manera, la salud está determinada por una serie de factores presentes en la vida cotidiana de las personas.

Casimiro et al. (2005) la consideran como un derecho humano, la cual es casi imposible de cuantificar, incluso de definirla de una sola manera debido a la complejidad de sus características de tipo subjetivo (percepción individual), relativo (no hay un estándar ni modelo fijo), dinámico (cambiante en función del contexto) e interdisciplinar (atendido por médicos, psicólogos, educadores, etc.). En un sentido social, resaltando su aspecto positivo para la vida y su carácter utilitario, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 2001a), la señala como un recurso para la vida, y no como el objetivo de ésta. Se trata de un concepto que acentúa los recursos sociales y personales, así como también las aptitudes físicas. Para conseguir estos objetivos es necesario contar con algunos aspectos como paz social, recursos económicos suficientes, una vivienda adecuada, un ecosistema estable y un uso correcto de los recursos. Esto supone que la salud depende además de algunos factores externos relacionados con el ambiente en el cual se desarrollan los individuos, siendo determinante conseguir una sociedad pacífica y de condiciones favorables de desarrollo para alcanzarla.

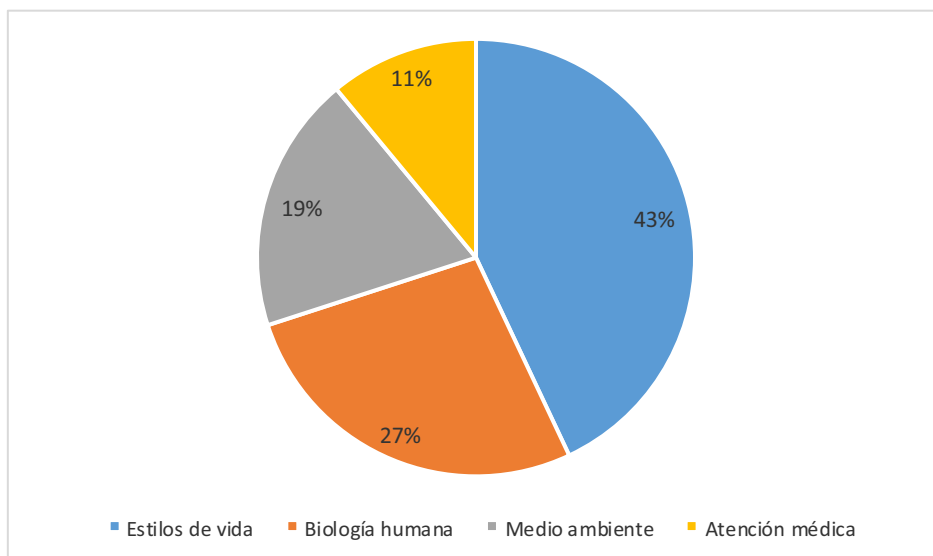
Casimiro (1999), sostiene que no existe un estado ideal de salud, debido a que no hay estilos de vida prescritos como óptimos para todo el mundo, pues factores variables como la cultura, los ingresos económicos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones, el ambiente del trabajo y del hogar, hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados para cada persona en particular.

En concreto, de acuerdo a Lalonde (1981), se pueden nombrar cuatro factores que determinan el estado de salud:

- La biología humana (envejecimiento, herencia genética),
- El medio ambiente físico y social (contaminación, pobreza, marginación),
- El estilo de vida (ejercicio físico, alimentación, descanso, etc.) y,
- El sistema de asistencia sanitaria (calidad y accesibilidad).

De esta manera, el estilo de vida constituye el factor más determinante (ver gráfico 1), y junto con las demás variables, irán interrelacionando y condicionando la salud de los individuos. Estas relaciones van provocando una modificación que puede ser favorable o desfavorable, de acuerdo a la naturaleza positiva o negativa de esas variables.

Gráfico 1. Determinantes de la salud humana (Lalonde, 1981)



Finalmente, se adopta para este estudio la definición de Generelo, Julián, Soler y Zaragoza (2004), quienes señalan a la salud como:

(...) un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales. Se trata de un concepto dinámico y cambiante que identificamos con términos como bienestar y calidad de vida. Nos referimos a la salud integral que es un derecho de la persona y cuya promoción debería ser una disciplina interdisciplinar, en el que la escuela tiene un papel muy importante. (p. 125)

A partir de esta, se considera a la salud como una expresión de bienestar y calidad de vida de la persona, la cual debe ser una preocupación de múltiples sectores de la sociedad, especialmente desde la educación a través de un enfoque preventivo.

1.2. Hábitos saludables

Siguiendo a Delgado y Tercedor (2002), un hábito corresponde a “un modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de conductas iguales o semejantes” (p. 60), pudiendo encontrarse en muchos ámbitos de la vida de las personas. Ahora bien, al hacer referencia a un hábito relacionado con la salud, se puede decir que se trata entonces de comportamientos más o menos estables que tienen repercusión sobre ella, que, en un sentido positivo, corresponden a hábitos saludables.

Martín del Burgo, Gallardo y Tomás (2002) nombran como hábitos saludables a llevar una alimentación equilibrada, mantener una higiene adecuada, prevenir accidentes, disfrutar del tiempo libre, ejercitar la mente y hacer deporte. Con respecto al último factor, señalan que es posible obtener importantes mejoras en la calidad de vida realizando pequeños cambios en los hábitos cotidianos, como por ejemplo, aumentar la cantidad de actividad física total diaria.

Para Sánchez Bañuelos (2004) los hábitos de vida y los de salud van íntimamente ligados, sugiriendo que se debería hablar de hábitos saludables de vida a la hora de definirlos, resaltando así su aspecto cotidiano. Entre los comportamientos que consideran favorables para la salud, hace referencia a la práctica de tres tipos: una alimentación correcta, una actividad física realizada con una frecuencia, intensidad y duración adecuada, y un descanso regular de duración apropiada. Por el contrario, destaca como principales hábitos nocivos, fumar cigarrillos, abusar del alcohol, comer en exceso y consumir dietas inadecuadas.

Para este estudio, se delimita como hábitos saludables: realizar actividad física, tener una alimentación adecuada, dormir las horas adecuadas, evitar el consumo de tabaco y de alcohol en exceso. La elección de estos factores se

fundamenta en que se trata de los comportamientos más promovidos por las distintas autoridades sanitarias como la OMS, el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad, el Ministerio de Educación y el Departament de Sanitat, para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

1.3. Actividad física y actividad física saludable

Desde el punto de vista biológico-motor, Caspersen, Powell y Christenson (1985) definen a la actividad física como cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos, que tiene por resultado un gasto energético. Sin embargo, más allá de este concepto puramente biomecánico, Devís (2000) agrega que:

La actividad física hace referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana y que, como muchas otras manifestaciones de la vida de las personas, es multidimensional, o sea, presenta dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales, que son aspectos importantes a la hora de definirla. (p. 12)

De esta manera, se reconoce que la actividad física se manifiesta en el individuo no sólo en su aspecto somático, sino también en los ámbitos psicológico y social. Es así como en la actualidad, y desde la década de los 90, está científicamente aceptado que la práctica de actividad física proporciona beneficios en estos tres ámbitos (Casimiro et al. 2005).

La actividad física es un concepto amplio que aglutina prácticas de muchos tipos y, por lo tanto, es importante señalar que no todas sus formas son iguales desde un punto de vista saludable. En este sentido, Devís (2000), señala que los factores a considerar para realizar una actividad física con orientación saludable son:

1. El tipo de actividad: en relación a la intensidad y el riesgo que implica su práctica.
2. La manera de realizarla: en relación a su naturaleza de tipo recreativa o competitiva.
3. Las características personales de los y las participantes: edad, sexo, condición física, discapacidad, etc.

Además de estas características, se considera importante también contar con un reconocimiento médico, así como procurar una máxima calidad, es decir, considerar la seguridad, la intensidad y la ejecución técnica durante su desarrollo para, posteriormente, conseguir una perfecta recuperación orgánica o descanso (Casimiro, 1999; Casimiro, Delgado & Águila, 2005). De este modo, actividades como el deporte de alta competición y los “deporte-aventura” podrían ser menos saludables que otras actividades recreativas de menos riesgo, debido a las características y exigencias para el organismo que implica, por ejemplo, buscar el triunfo ante todo, incluso ante la propia salud. La actividad física saludable es, por tanto, un comportamiento preventivo que protege contra factores de riesgo y enfermedades; mientras que los modos de vida sedentario, en especial las ocupaciones y el ocio inactivo, las favorecen (De Teresa & Vázquez, 2007).

En resumen, en este estudio se establece que la actividad física saludable es aquella que busca conseguir el mayor número de efectos positivos y reducir al máximo sus riesgos (Casimiro, 1999; Delgado, Casimiro & Águila, 2005), a través de la adecuación de la intensidad y la seguridad de acuerdo al sexo, edad y condición física de la persona.

1.4. Estilo de vida

El Glosario de Promoción de la Salud de la Junta de Andalucía (citado por Casimiro, 1999) señala que:

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante los procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por lo tanto, no son fijos, sino que están sujetos a modificaciones. (p. 10)

Por su parte, García, Puig y Lagardera (2002) destacan la relación entre el estilo de vida y las características personales de los individuos, tales como la personalidad, las ideas, las creencias, las actitudes generales y la interacción con los diversos miembros de la sociedad que llevan a determinadas opiniones e incluso

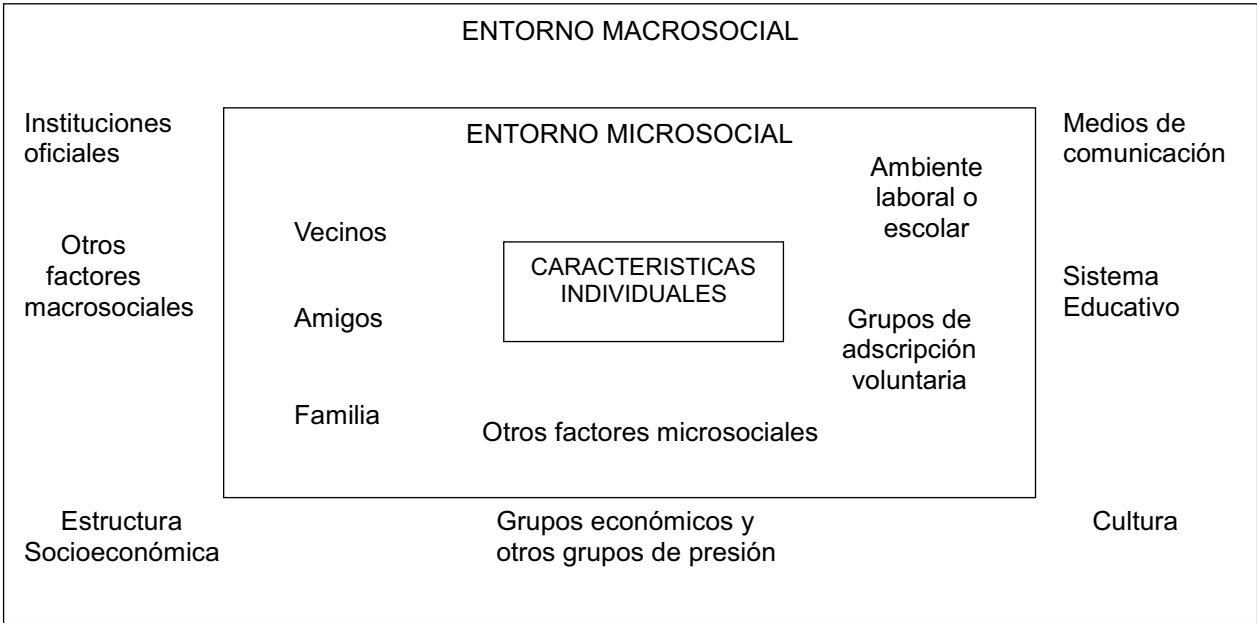
comportamientos. Dicho de otra manera, es la forma en que cada persona organiza su vida.

Raposo (2010) señala como componentes del estilo de vida, en la actualidad, al ejercicio físico, la alimentación, el consumo de sustancias nocivas, el comportamiento al conducir y las prácticas sexuales; y, profundizando más, señala que:

En el estilo de vida hay que tener en cuenta el consumo de drogas institucionalizadas y no institucionalizadas, la falta de ejercicio, el consumo excesivo de grasas animales, el consumo excesivo de hidratos de carbono, la promiscuidad sexual, la violencia, la conducción peligrosa y los embarazos en edades extremas. (p. 55)

Mendoza et al. (1994) señalan los aspectos sociales en donde existen también diversas influencias que determinan el estilo de vida. Entre ellas, se consideran las que van desde las características personales, pasando por las de tipo *microsocial*, como la vivienda, la familia, los vecinos, los amigos, el ambiente laboral y/o estudiantil; hasta llegar a las de tipo *macrosocial*, como la cultura, la influencia de grupos económicos, las instituciones oficiales, los medios de comunicación, y los medios físico geográficos como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Factores determinantes de los estilos de vida (Mendoza et. al., 1994)



En los países desarrollados, el estilo de vida está fundamentalmente determinado por los comportamientos y el medio ambiente, por lo que la mayoría de los problemas de salud son susceptibles de ser evitados o mitigados mediante acciones educativas y sanitarias (Molina & Fortuny, 2003).

Ahora bien, los estilos de vida saludable corresponden a la creación de patrones más o menos estables que guardan relación con la salud (Generelo et al., 2004). Un estilo de vida saludable guarda relación con los patrones de conducta de seguridad, o sea, que buscan conservar la salud, dentro de los cuales tienen mucha importancia aquellos relacionados con la práctica de actividad física (Garoz & Maldonado, 2004).

Espluga (2010) destaca como variables de un estilo de vida saludable a las conductas, las creencias, los hábitos y las acciones que contribuyan al mantenimiento, restablecimiento o mejora de la salud; por ejemplo: los hábitos alimentarios, de sueño y las visitas al médico. El mismo autor señala además que en los estudios sociológicos sobre la salud se utilizan numerosos indicadores relacionados con los estilos de vida de las personas; en general, con los comportamientos, siendo muy relevantes los vinculados a las conductas de consumo, la dieta, el uso de drogas, la práctica de actividad física y las relaciones afectivas y sexuales:

Dentro de una determinada sociedad no hay un único estilo de vida saludable, sino muchos, cualquiera que sea la definición de salud que se adopte. El estilo ideal de vida saludable no existe, afortunadamente, porque implicaría que sólo una forma de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable. Además, cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro. Dentro de esta relatividad, podría clasificarse como saludable si genera o mantiene la salud. (Mendoza et al., 1994, p. 17)

Garoz y Maldonado (2004) resumen esta idea señalando que "...un estilo de vida saludable debe ayudar a conseguir años a la vida, mejorar su calidad y hacer menos probable la aparición de enfermedades o incapacidades" (p. 264) y estará vinculado, precisamente, a construir dimensiones de seguridad a través de un comportamiento saludable.

Finalmente, siguiendo a Rodríguez (citado en Espluga, 2010), se establece como un estilo de vida para este estudio al:

(...) conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de una persona, es decir, el conjunto de patrones de conducta individuales que muestran una cierta consistencia en el tiempo, en las condiciones más o menos constantes, y que, en función de su naturaleza, pueden constituir dimensiones de riesgo o de seguridad. (p. 14)

Así, adopta una perspectiva temporal, es decir, en donde la cotidianeidad y la constancia de las acciones pueden ser de carácter positivo o negativo para la salud.

1.5. Calidad de vida

Para Genereño (citado en Serra, 2008), el concepto calidad de vida es dinámico y cambiante, que promueve estilos de vida que ofrezcan al individuo alternativas a las situaciones degradantes de ésta, y que en sí mismos constituyan situaciones atractivas. Matos y Sardinha (citados en Serra, 2008) señalan además que la calidad de vida se relaciona con todos los aspectos del bienestar de la persona: físico, psicológico, social y ambiental, en la cual se distinguen dos elementos, uno subjetivo o psicosocial, y otro objetivo, de carácter social, económico, político y ambiental.

Por su parte, Moscoso y Moyano (2009) señalan que se trata, al igual que la salud y el estilo de vida, de un atributo multidimensional que depende de muchos factores referidos a la calidad, es decir, a la mejora de un aspecto relacionado con la vida cotidiana. Por lo tanto, cuando se habla de mejorar la calidad de vida de uno o varios individuos, se hace referencia a mejorar condiciones como las económicas, la salud, la estabilidad política, la seguridad social, la participación social, la estabilidad familiar, la igualdad de género, etc. Lawton (citado por Moscoso & Moyano, 2009) destaca aspectos como la satisfacción con la vida y el bienestar, la salud y la competencia física, el ambiente físico o la percepción del ambiente. Badía (citado en Olmedo, 2010) y Dever (citado por Subirats Bayego, Subirats Vila & Soteras, 2012), señalan que la calidad de vida tiene su máxima expresión cuando está relacionada con la salud, siendo así su factor más importante. Describiendo sus tres dimensiones, se pueden identificar las siguientes:

- La dimensión física: se trata de la percepción positiva del estado físico o la salud, procurando la ausencia de enfermedades, sus síntomas y efectos adversos derivados de los tratamientos. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida de buena calidad.
- La dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de la autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, etc.
- La dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, cómo la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

En este estudio se recoge la definición de Raposo (2010), quien señala a la calidad de vida como un atributo multidimensional que depende de factores biológicos, ambientales, socio-culturales y, de manera especial, del estilo de vida; los cuales tienen características subjetivas, como las percepciones, y otras objetivas como la sociedad y el ambiente donde se desenvuelven los individuos.

Capítulo 2. Aproximación histórica de la relación entre actividad física, ejercicio físico, deporte y salud

“Es la historia madre de la verdad, émula del tiempo, depósito de las acciones, testigo de lo pasado, ejemplo y aviso de lo presente, advertencia de lo por venir”

Miguel de Cervantes y Saavedra

A través del tiempo, el ser humano siempre ha mostrado preocupación por su salud, la cual entendía como un bien, un valor para vivir y, en consecuencia, a la enfermedad como un camino hacia la muerte, el fin último de la especie. Por otro lado, desde sus orígenes la actividad física ha desempeñado un papel fundamental en su vida cotidiana: gracias a los movimientos que le permitía realizar su aparato locomotor, la capacidad de caminar, correr, trepar, nadar, entre otras, fueron desde su filogénesis características innatas de los primeros *homos* africanos hace más de 500.000 años. Con el pasar de la historia los ejercicios físicos adquirieron más complejidad y organización, hasta encontrar en la actualidad muchas expresiones, como, por ejemplo, el deporte y la danza, las cuales pueden tener, de acuerdo a sus fines, una orientación saludable.

Por esta razón, revisar el historial de la relación entre la actividad física y la salud adquiere vital importancia a la hora de comprender como han evolucionado las prácticas físicas de acuerdo a la necesidad y a los usos otorgados por distintos colectivos humanos a través del tiempo. Hoy, la actividad física –incluyendo al ejercicio físico y el deporte- conserva un carácter multiuso, sin embargo, para este estudio se profundizará específicamente en la reconocida característica de ser un medio eficaz para procurar, mantener y mejorar la salud.

De esta forma, el presente capítulo pretende revisar un conjunto de antecedentes sobre la actividad física y su relación con la salud, así como nombrar los beneficios relacionados con su desarrollo y los factores que determinan el nivel de práctica de la población. Con ello, se pretende comprender las bases que han fundamentado el desarrollo de la práctica físico-deportiva orientada a la salud hasta la actualidad.

De acuerdo con los objetivos del estudio, el análisis se enfocará en el contexto español, pero también catalán, adoptando, de esta manera, una posición histórica y geográfica determinada.

2.1. La actividad física orientada a la salud

Todos los colectivos humanos han mostrado gran preocupación por la salud, por ser un aspecto que influye continuamente en la vida de cada individuo. La figura de alguien encargado de curar las enfermedades, tales como médicos, chamanes y otros, se encuentran en muchas culturas desde la antigüedad, por lo que la relación ser humano-salud, tiene tras de sí un largo recorrido.

A la hora de hablar del cuidado de la salud a través de los comportamientos, Costa y López (1986) señalan que la historia del ser humano está ampliamente recorrida por una preocupación social hacia la salud y el bienestar. Así, nombran algunos ejemplos como los consejos dietéticos de Pitágoras (580 a. C- 495 a. C), los cuales eran concebidos como estilo de vida de alto contenido moral y ético; las prescripciones dietéticas del occidente cristiano medieval; las ideas de Huarte de San Juan (1530-1588), quien se refirió a la alimentación de los padres y su influjo en los hijos engendrados; y los modernos discursos sobre los estilos de vida y la promoción de la salud en las sociedades modernas.

Así también la relación entre la actividad física y la salud posee amplios antecedentes. Desde tiempos remotos, es posible encontrar civilizaciones que se valieron de las prácticas físicas como un medio para buscar y mantener la salud. Al hacer referencia a la relación entre estos dos conceptos, se puede decir que se trata de un hecho cultural e histórico, presente en muchas sociedades a lo ancho del mundo, manifestándose en expresiones como la danza y el deporte (Delgado & Tercedor, 2002).

Al revisar ahora los datos del nexo entre estos dos factores en la historia de la humanidad, se destacan como pioneras las civilizaciones de la Antigua China y la Grecia clásica, a través del ejercicio y las actividades lúdico-corporales realizadas con propósitos higiénicos y educativos. La Edad Media constituyó un periodo de escaso aporte en este ámbito, ya que debido a su ideología teocéntrica, preocupada

esencialmente del aspecto espiritual, se produjo una desatención por todo lo relativo al cuerpo. Avanzando en el tiempo, se puede considerar que, junto con el Renacimiento, se recuperan los ideales helénicos y comienzan a valorarse las actividades físicas orientadas a la salud durante los siglos venideros. Esto se consiguió a través de algunos movimientos sociales, evolucionando hasta llegar a expresiones complejas como el deporte contemporáneo y, más tarde, a una orientación más saludable.

A partir de esto, se revisarán a continuación, de manera cronológica, los aportes de la Antigua China y la Grecia clásica, el Renacimiento y, adaptando el modelo de Delgado y Tercerdor (2002), los de la Ilustración, los Movimientos Higienista, *Fitness*, Social hacia la salud y Educativo hacia la salud:

a) Antigua China y Grecia clásica: Guillet (1971) señala que estas civilizaciones ya poseían conocimientos sobre los beneficios que la práctica de actividad física le otorgaba a la salud. El mismo autor agrega que los chinos parecen haber sido los primeros en hacer un amplio uso razonado de los ejercicios físicos para estos fines. Éstos ya poseían un método de educación física denominado *Kong – Fu*, creado hacia el año 2700 a. C. con fines religiosos y para curar el cuerpo de las enfermedades y debilidades del alma. Bodhidharma (siglo V d. C.), quién fuera abad del templo *Shaolin*, introdujo la gimnasia india en China intentando normar los antiguos conocimientos sobre el yoga, creando así los “18 ejercicios” como una manera de compensar la vida esencialmente sedentaria de los monjes (Diem, 1966).

Por su parte, en la Grecia clásica, la influencia de los ejercicios físicos se evidenciaba en dos ámbitos: 1) en la importancia que se le otorgó en la educación y 2) en el lugar que tuvieron en los juegos atléticos dentro de la celebración de las fiestas. Por esto, la civilización griega se destaca por ser una de las pioneras en incluir profundamente los ejercicios físicos en la vida de las personas, convirtiéndolos en uno de los pilares de su cultura y sistema educacional (Guillet, 1971). Zagalaz (2001), señala que para los griegos la práctica de la gimnasia era una obligación moral y, por eso, buscaron la formación del cuerpo dirigida a conseguir belleza y fortaleza. En el mismo sentido, para Platón (427 – 347 a. C.) la gimnasia era concebida como una necesidad natural del ser humano, haciendo

referencia a la gran importancia otorgada al movimiento. En su libro IV de República (citado por Pérez & Delgado, 2004), el filósofo daba cuenta de la preocupación del uso de la *gimnasia* como medio educativo, para la formación del cuerpo y del alma. Vázquez (citado en Zagalaz, 2001), señala que Aristóteles incluye el tratamiento del cuerpo en la educación con un sentido médico-higienista, alejándose de las prácticas *gymnicas*, que en ése entonces estaban profesionalizadas, por considerarlas excesivas y poco saludables. Ulmann (1977), a través de Rodríguez García (2006), destaca la figura de Hipócrates (460-370 a. C.), quien también se refirió a la práctica de los ejercicios como algo importante en la formación, y que debía ser desarrollado a base de penas y esfuerzos.

Los antiguos griegos poseían una conciencia muy clara de todos los beneficios que podían obtener de la actividad física para la formación de la persona, es así, como hacia el año 440 a. C., aparece la *Gimnástica*, la cual promovió el cuidado de la salud a través de ejercicios físicos (Guillet, 1971). Finalmente, Galeno (130-200 d. C.), consolida la asociación educación física-salud, al afirmar que el objeto de la *gimnástica* era precisamente poseer un buen estado corporal (Zagalaz, 2001).

b) El Renacimiento: luego de la Edad Media, en esta época se recuperó la importancia de las ideas de los autores clásicos griegos, orientando la producción teórica y la práctica de los médicos-filósofos en torno a dos tradiciones que se recuperan de la cultura grecolatina: la humanística, o socrática; y la médica, o hipocrático-galénica (Moreu, 2009). Aquí se destacó Hieronymus Mercurialis (1530-1606), médico italiano que organizó la gimnasia en tres dimensiones: militar, atlética y médica. Sus aportes pueden considerarse como un auténtico eslabón entre la gimnasia griega y la educación física moderna (Blázquez, 2010), constituyendo, así, un aporte al enfoque educativo de la actividad física.

Mercurialis estableció también algunos principios para la realización de la gimnasia médica, como una forma de medicina preventiva (Delgado & Tercedor, 2002). Él señaló que toda persona sana debe realizar ejercicios de forma regular, así como la urgencia de desarrollar ejercicio físico las personas con un estilo de vida sedentario (Ramos Gordillo, 2003). En esta época, otro autor importante fue Cristóbal Méndez (1500-1553), quien publicara su obra *El Libro del ejercicio*

corporal y de sus provechos, el año 1553, en Sevilla. Con ella, el autor se distancia de otros textos de la misma temática, al no basarse en la dietética –como en los *regimina sanitatis* medievales- sino en el ejercicio, el cual Méndez consideraba como una actividad libre de la actividad laboral; y aconsejó el ejercicio de acuerdo a la edad y al sexo (Ramos Gordillo, 2003).

Así, la higiene renacentista contribuyó a la fundamentación de una nueva pedagogía, presente en la obra de médicos, filósofos y profesores de la cada vez más importante institución universitaria, en aquella época (Moreu, 2009).

c) La Ilustración: en el “Siglo de las luces” se destaca la figura de Jean Jacques Rousseau (1712-1778), quien fue un filósofo suizo de gran influencia para la educación y especialmente para la educación física, debido a sus teorías sobre la formación de carácter naturalista, en las cuales el ámbito corporal emerge como un equilibrio entre lo físico y lo intelectual, donde éste último predominaba en ese entonces (Rodríguez López, 2000). Esto se plasma en su obra “El Emilio”, donde propone ideas sobre la educación del niño, desde su infancia hasta su inserción en la sociedad.

Rousseau le otorgó un gran valor a la educación física en el periodo de la infancia y la juventud (Pérez Ramírez, 1993). Por eso, y considerando la época de sus obras, para algunos autores es considerado el “padre de la Educación Física” (Rodríguez López, 2000). Ejemplo de su legado es su pensamiento acerca del papel de la actividad física en la formación de la persona, señalando que los movimientos son la primera escuela: a mayor actividad física, mayor aprendizaje (Rodríguez López, 2000).

Rousseau, en uno de sus postulados sobre la formación humana, señala que la educación física es una de las mejores actividades educativas, ya que plantea el retorno a la naturaleza y educa los sentidos y la percepción (Rousseau, 2011). Esto se evidencia a través de uno de sus pensamientos al respecto:

La vida activa, el trabajo de los brazos, el ejercicio, el movimiento, le han llegado a ser de tal modo necesarios, que no podría renunciar a ellos sin sufrir. Reducirle de golpe a una vida muelle y sedentaria sería aprisionarle, encadenarle, mantenerle en un estado violento y constreñido; yo no dudo de que su humor y su salud no quedasen con ello igualmente alterados. (p. 684)

Y en otra, señalando la importancia de la dimensión física para el desarrollo de las ideas:

¿Queréis, pues, cultivar la inteligencia de vuestro alumno? Cultivad las fuerzas que esa inteligencia debe gobernar. Ejercitad continuamente su cuerpo, hacedle robusto y sano para hacerlo sabio y razonable; que trabaje, que actúe, que corra, que grite, que esté siempre en movimiento; que sea un hombre de vigor y pronto lo será por la razón. (p. 178).

En esta época aparece el concepto de “gimnasia educativa”, comenzando así el fortalecimiento de la unificación de la salud y la educación, apareciendo también la emergente Educación Física como asignatura escolar. Alemania fue uno de los países pioneros en la implementación de ésta, con la creación de las “Escuelas filantrópicas”, cuyo movimiento sociopedagógico, conocido como “filantropismo pedagógico”, lo iniciara J.B. Basedow (1724-1790) y donde tuvieron gran influencia las ideas de Rousseau (Blázquez, 2010; Delgado & Tercedor, 2002).

Simultáneamente, en Europa, se estaba realizando una labor similar en España; y posteriormente, en Suecia, con el enfoque de educación de la postura y el estudio analítico de la correcta ejecución de los ejercicios. Mientras tanto, la escuela inglesa se estaba encargando de expandir el deporte por el continente. Finalmente, se puede decir que en Francia se estaba desarrollando el enfoque más educativo de la actividad física en el ámbito escolar (Delgado & Tercedor, 2002).

d) El Movimiento Higienista: surge a mediados del siglo XIX y principios del XX debido a la falta de salubridad que comenzaban a presentar las grandes urbes, producida a raíz de las características ambientales negativas del estilo de vida de la Revolución Industrial. Esta situación provocó una gran preocupación social por la higiene ambiental, en donde la propia población se mostró receptiva en cuestiones que tenían que ver directa o indirectamente con la higiene, como los nuevos hábitos alimentarios e higiene domiciliaria (Monés, 2009); llegando así también a los centros educacionales, donde se comienzan a dar las primeras directrices sobre la higiene

(Delgado & Tercedor, 2002). Debido a su concepción ideológica, este Movimiento promovía el contacto con la naturaleza por lo que contemplaba actividades como salidas al campo o a la montaña para buscar un mejor bienestar a través del alejamiento de las urbes (Monés, 2009). Uno de estos exponentes fue Baden Powell, quien no depositaba gran confianza en los deportes para la promoción de la salud debido a su carácter competitivo (Vilanou, 2008).

De acuerdo a Rodríguez García (2006), la integración de la salud en los centros educacionales se le atribuye precisamente a esta tendencia. En Barcelona, Pere Felip Monlau (1808-1871), humanista y doctor en medicina, escribió un tratado sobre higiene pública en el año 1847. En este, una de sus ideas más relevantes fue la de promover la medicina preventiva a través de hábitos de limpieza, alimentación y de prácticas físicas como, por ejemplo, la gimnasia, el baile o la natación, con la intención de luchar contra el sedentarismo. En materia escolar, señalaba que cada recinto debería contar con un gimnasio para la práctica física. Por otro lado, con respecto a la higiene privada, hizo referencia a aspectos como la vivienda, la edad, la etnia, la profesión y los hábitos de vida (Monés, 2009).

f) El Movimiento *fitness*: o también llamado Movimiento de la condición física (Devís & Peiró, 1997), surge a mediados del siglo XX, hasta la década de los 70 (Delgado & Tercedor, 2002). Tuvo un origen anglosajón y se caracterizó por tener como objetivo aumentar la condición física de los escolares estadounidenses ante una posible inferioridad en los test de condición física frente a los niños y jóvenes de países de Europa del Este (Devís & Peiró, 1997).

A través de este movimiento se buscó mejorar el aspecto cuantitativo de la condición física para la búsqueda del rendimiento, pero sin una orientación saludable (Devís & Peiró, 1997). Sin embargo, a partir de la misma década, se comienza a producir una reorientación de esta tendencia hacia la salud, la cual puede considerarse hoy como la más instaurada en el ámbito educativo en varias partes del mundo y de la cual se ha comenzado en España hace relativamente pocos años (Delgado & Tercedor, 2002).

g) El Movimiento social hacia la salud: surge en la década de los 80; y por el cual comienza a emerger una conciencia social en la población sobre los temas de salud. Bajo esta tendencia aparecen la gimnasia de mantenimiento, el auge de las dietas, la aparición de las bebidas *light*, el aumento desmesurado de practicantes de actividad física de manera improvisada, la popularización del *jogging*, la promoción de la salud mental entre otras expresiones (Devís & Beltrán, 2007; Delgado & Tercedor, 2002).

Crawford y Tinning (citados en Devís & Beltrán, 2007) señalan que en esa década se van conformando en las sociedades desarrolladas lo que se conoce como “Nueva conciencia de la salud”. Esta situación fue provocada por el aumento de las llamadas “enfermedades modernas”, especialmente las cardiovasculares, lo que propició la búsqueda de un ambiente a favor de una medicina preventiva que redujera los costes de la tradicional medicina terapéutica, así como favorecer un concepto más abierto, positivo y dinámico de la salud, orientado especialmente a la promoción de ambientes y estilos de vida más saludables.

En España, la preocupación social por los temas de salud surgió a finales de los años 70 y a principios de los 80, haciéndose populares, por ejemplo, las carreras a pie. Estas, sin embargo, se realizaban con una gran dosis de improvisación, y a menudo orientada más a la condición física que a un enfoque saludable (Delgado & Tercedor, 2002). Con la llegada de la década de los 80 y principios de los 90, se intenta incluir el tema de la salud en el currículo escolar de acuerdo a las nuevas directrices para la enseñanza de la Educación Física.

h) El Movimiento educativo hacia la salud: finalmente, en la década de los 90, surge una tendencia en donde la escuela hace eco de los problemas que aquejan a la sociedad, como el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, y se comienzan a incluir contenidos que buscan el cuidado y la mejora de la salud desde el período escolar.

El marco de referencia de esta tendencia se puede apreciar en la inclusión del concepto *salud* en el currículo español de Educación Física de la LOGSE, aprobada en el año 1990, y con un mayor énfasis en la LOE, aprobada en el año 2006. Así, se

puede apreciar claramente la preocupación del sistema educativo por este ámbito. Surge además el concepto de Educación para la Salud, como un Tema Transversal, el cual será profundizado más adelante.

De esta manera, la tabla 1 muestra un resumen destacando el aspecto esencial de cada uno de los puntos revisados.

Tabla 1. Evolución de la actividad física orientada a la salud

MOMENTO	APORTES
Antigua China y Grecia	En China, se realizan ejercicios para buscar la armonía del cuerpo. En Grecia, a través de las ideas de Platón y Galeno, se practican ejercicios para buscar la salud integral.
Renacimiento	Se realizan los primeros ensayos que rescatan la educación corporal para el mantenimiento y mejora de la salud.
Ilustración	Se proponen nuevas y brillantes ideas acerca de la educación física, con una orientación higiénica.
Movimiento Higienista	Se incluye la educación higiénica en los centros educacionales para compensar la negativa condición de salubridad de las ciudades.
Movimiento <i>Fitness</i>	Se comienza a practicar actividad física como cuidado del cuerpo y para obtener salud física a través de la mejora de la condición física.
Movimiento social hacia la salud	Emerge una conciencia popular hacia la importancia del cuidado de la salud, enfatizando la prevención de las enfermedades producidas por los estilos de vida inadecuados.
Movimiento educativo hacia la salud	La escuela se hace eco de los problemas de la sociedad, como el sedentarismo y la obesidad, y comienza a incluir objetivos de salud en el currículo de la enseñanza formal.

Elaboración propia

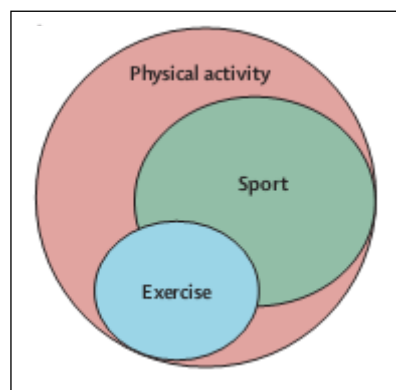
De acuerdo a los datos anteriores se puede decir que la evolución de las distintas formas de prácticas físicas, se ha traducido en un reconocimiento científico y social de los beneficios que le pueden otorgar a la salud de las personas. De ahí la importancia que tiene su desarrollo en la actualidad, siendo incluidas como unos de los objetivos de la educación formal.

En este sentido, se mostrarán a continuación los principales beneficios que la actividad física puede infundir en la salud de las diferentes dimensiones de las personas.

2.2. La importancia de la actividad física para la salud

De acuerdo a la revisión terminológica realizada en el capítulo 2, se puede constatar una conexión entre la actividad física, el ejercicio físico y el deporte, debido a la existencia de algunos factores comunes entre ellos, y cuyo vínculo es la naturaleza motriz del ser humano (ver figura 2).

Figura 2. Relaciones entre actividad física, ejercicio y deporte (Adaptado de Khan et al. 2012, p. 60)



En la actualidad, está ampliamente aceptado que la práctica regular de actividad física produce múltiples beneficios para la salud de las personas, por lo que adquiere gran importancia a la hora de procurar y conseguir una buena calidad de vida (Duda, 2001; Limón, 2004). De ahí que se puede encontrar la existencia de un fuerte nexo entre la actividad física y la salud (Consejo Superior de Deportes, 2010) y, en el mismo sentido, constituye la principal justificación para la promoción y la práctica de actividad física, ejercicio o deporte con orientación saludable.

Las evidencias a favor de los efectos positivos de esta relación son muchas e importantes, considerando todos los beneficios que puede otorgar a las dimensiones física, psicológica y social de las personas. Desde los Juegos Olímpicos de Londres de 1948, ha crecido exponencialmente la convicción de definir a la actividad física como la mayor forma de prevención de enfermedades y una potente terapia médica (Khan et al., 2012).

Básicamente, se pueden distinguir dos formas principales de percibir sus ventajas; éstas son: la prevención, en donde la práctica de actividad física moderada actúa como mecanismo de prevención primaria, secundaria y terciaria (Departament de Salut, 2012c) y ayuda a evitar muchos tipos de enfermedades (Limón, 2004); y la terapéutica, que ayuda a la recuperación de una afección ya contraída. Salvo por alguna contraindicación médica, todas las personas de cualquier edad pueden obtener beneficios a nivel preventivo, siempre y cuando se realice una práctica conforme a la condición de la persona, es decir, considerando su edad, sexo, y condición física (Capdevila, 2000). Por lo tanto, practicar una actividad física de manera regular constituye una prioridad a la hora de mantener y mejorar la salud (Departament de Salut, 2012a; 2012b).

A partir de esto, se revisarán los principales efectos positivos que la actividad física puede otorgar a la salud, de acuerdo a sus efectos en los ámbitos físico, psicológico y social.

2.2.1. Beneficios físicos

Los principales efectos positivos en el ámbito físico son:

a) De carácter preventivo:

- Reducción del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Consejo Superior de Deportes, 2010; Koba et al., 2011; Subirats Bayego et al., 2012).
- Disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica (Consejo Superior de Deportes, 2010; Koba et al., 2011).
- Prevención y/o retraso del desarrollo de hipertensión arterial y disminución de los valores de la tensión arterial en las personas hipertensas (Consejo

Superior de Deportes, 2010; Subirats Bayego et al., 2012).

- Reducción de riesgo de accidente cerebro-vascular (Subirats Bayego et al., 2012).
- Aumento del flujo sanguíneo e intercambio capilar (Serra & Guillaumet, 2004).
- Mejora el perfil lipídico en la sangre (reducción de los triglicéridos y aumento del colesterol HDL) (Consejo Superior de Deportes, 2010; Koba et al., 2011).
- Ayuda al control y regulación de las cifras de glucosa en la sangre. Disminuye el riesgo de padecer diabetes mellitus no insulino dependiente o tipo II (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Mejora la digestión, optimizando la regulación del ritmo intestinal (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Incremento de la utilización de la grasa corporal como sustrato energético, por lo que ayuda en el control del peso, previniendo el sobrepeso y la obesidad (Consejo Superior de Deportes, 2010; Subirats Bayego et al., 2012).
- Mantenimiento y mejora de la fuerza y resistencia muscular. En general, mejora la aptitud musculo-esquelética (Consejo Superior de Deportes, 2010, Subirats Bayego et al., 2012).
- Ayuda al mantenimiento de la estructura y función de las articulaciones (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- En los niños, ayuda a establecer unos hábitos de vida cardio saludables y a combatir los factores de riesgo (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) y desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- En las mujeres, reduce el riesgo de colecistectomía por coleditiasis (Subirats Bayego et al., 2012).
- En los mayores, reduce el riesgo de limitación funcional y discapacidad física, caídas y pérdida de la función cognitiva y, en general, a atenuar los efectos del envejecimiento y aumentar la longevidad (Blasco, 1994; Subirats Bayego et al., 2012).

Asimismo, la actividad física puede ser también un medio para mejorar la calidad de vida, a través de la liberación de las tensiones producto de las jornadas laborales (Gavin, 1992; Zambrana, 1985).

b) De Carácter terapéutico:

- Puede actuar a favor de la abstinencia en casos de tratamientos de desintoxicación por el alcohol (Capdevila, 2000).
- Puede resultar una buena técnica para disminuir el consumo y la apetencia de fumar en personas que están en tratamiento de deshabitación (Capdevila, 2000).
- En los hombres, disminuye la hipertrofia prostática (Subirats Bayego et al., 2012).
- Reduce el insomnio (Subirats Bayego et al., 2012).
- Mejora la capacidad máxima de ejercicio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Subirats Bayego et al., 2012).

El ejercicio físico ayuda también a reducir el sobrepeso, y se utiliza como tratamiento de la obesidad con resultados satisfactorios, en combinación con una dieta equilibrada (Blasco, 1994).

2.2.2. Beneficios psicológicos

a) De carácter preventivo:

- Mejora el estado de humor, siendo un factor importante en la lucha contra la depresión, la ansiedad (Subirats Bayego et al., 2012), la psicosis, y la predisposición al alcoholismo y a la drogadicción. También puede ayudar en la mejora de algunos casos de retraso mental (Blasco, 1994; Gavin, 1992; Plasència & Bolívar, 1989).
- Combate el estrés, ayudando a liberar tensiones y a conciliar el sueño optimizando su calidad (Blasco, 1994; Generalitat de Catalunya, 2011; Consejo Superior de Deportes, 2010; Subirats Bayego et al., 2012).
- Mejora la autoimagen y la autoestima (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Aumenta el entusiasmo y el optimismo (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Disminuye el absentismo laboral (Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Ayuda al mantenimiento y desarrollo de las capacidades cognitivas (Blasco, 1994; Harriet, 2010).
- Mejora el rendimiento académico y ayuda a la formación del carácter (Sánchez Bañuelos, 2004; Pérez Samaniego, 1999).

Además, cabe señalar la sensación de satisfacción psicológica que produce el aprendizaje de nuevas destrezas o la mejora de aquéllas que ya se poseen, ayudando a la auto aprobación de la imagen personal y provocando sensaciones placenteras, que actúan como un elemento reforzador hacia el mantenimiento de una actividad físico-deportiva (Zambrana, 1985).

b) De carácter terapéutico:

- Se ha utilizado con éxito en el tratamiento contra el estrés y las drogo-dependencias (Departament de Salut, 2012b).
- Ayuda a controlar los síntomas de la depresión y la ansiedad, los cuales pueden llevar a una persona a la recaída de la enfermedad (Capdevila, 2000, Consejo Superior de Deportes, 2010).
- Mejora el rendimiento académico (Pérez Samaniego, 1999; Sánchez Bañuelos, 2004).
- Facilita la movilidad y la promoción social (Pérez Samaniego, 1999; Sánchez Bañuelos, 2004).
- Ayuda a la formación del carácter (Pérez Samaniego, 1999; Sánchez Bañuelos, 2004).

2.2.3. Beneficios conductuales

De acuerdo a la importancia del estilo de vida para este estudio, se pretenden destacar de manera especial los efectos positivos en este ámbito. Serra y Guillaumet (2004) señalan que el ejercicio físico contribuye al abandono de los hábitos tóxicos (especialmente al consumo de tabaco), a tener una dieta equilibrada y a reducir el consumo de alcohol. Además interviene positivamente en la modificación de los factores de riesgo más importantes. En síntesis, sus efectos positivos, en este ámbito son:

- Control del peso corporal y de la dieta (Blasco 1994; Consejo Superior de Deportes, 2010; Subirats Bayego et al., 2012).
- Previene la iniciación del consumo de tabaco (Subirats Bayego et al., 2012).
- Control del tabaquismo (Blasco, 1994; Subirats Bayego et al., 2012).
- Control del abuso de alcohol y de otras drogas (Blasco, 1994).

- Promueve los comportamientos preventivos (controles médicos) y los comportamientos de asunción de riesgo (Plasencia & Bolívar, 1989).
- Abstinencia en casos de desintoxicación por el alcohol (Capdevila, 2000).
- En materia de consumo de tabaco, existen algunas evidencias de que el ejercicio físico puede resultar una buena técnica para disminuir su consumo y la apetencia de fumar en personas que están en tratamiento de deshabitación (Capdevila, 2000).

Por otro lado, se debe considerar que si bien la práctica de actividad física aporta beneficios en todos los aspectos anteriores, también puede provocar algunos riesgos si no se practica con la guía ni la seguridad necesaria para prevenir algunos perjuicios de tipo físico y psicológico. Estos pueden ocurrir al no considerar las condiciones de la persona, como la edad, sexo, estado de salud, etc., ni el contexto donde se realiza dicha práctica (dominio del medio, implementación adecuada, etc.). Siguiendo a Capdevila (2000), dentro de los primeros, se pueden nombrar aquellos ocasionados por la falta de calentamiento, las lesiones musculares, tendinosa y ósea, alteraciones cardiovasculares, alteraciones por calor, una planificación inadecuada, entre otras. Dentro del ámbito psicológico, se encuentra la adicción negativa al ejercicio y un agotamiento excesivo producto de intensidades y frecuencia indebidas de la práctica. Para evitar estos riesgos, es necesario poseer una buena información sobre cuáles son las conductas inadecuadas y sus consecuencias, las condiciones ideales de práctica y contar con una guía competente a la hora de realizar un ejercicio físico o deporte (Capdevila, 2000). No obstante, y a modo de síntesis, se puede decir que pese a existir riesgos relacionados con la práctica de actividad física, los beneficios serán siempre potencialmente mayores que los perjuicios (Subirats Bayegos et al., 2012).

En la tabla 2, se puede observar una síntesis de los principales efectos beneficiosos y también perjudiciales derivados de la práctica de actividad física.

Tabla 2. Beneficios y riesgos de la actividad física (Pérez Samaniego, 1999, p. 115)

ÁMBITO	BENEFICIOS	RIESGOS/PERJUICIOS
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 (sueño, apetito, sexual, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos leves. - Afecciones cardio-respiratorias. - Lesiones musculoesqueléticas. - 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 <i>burn out</i>). - Anorexia inducida por el ejercicio.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento académico. - Movilidad social. - Construcción del carácter. 	

2.3. Los hábitos de práctica físico-deportiva en España

Una vez conocidos los antecedentes históricos relacionados con la orientación saludable de la actividad física y los múltiples beneficios asociados a su desarrollo, a continuación se analizará la situación actual de su práctica, tanto en el marco de Estado español como de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se revisarán, entonces, algunos antecedentes relevantes específicos de cada caso, como las características del deporte popular, así como los ámbitos educativo y jurídico. En este sentido, se considera importante conocer cómo han evolucionado las prácticas de actividad física, a través de algunos movimientos sociales y leyes educativas y deportivas, que constituyeron hitos fundamentales para su introducción en la sociedad, determinando así, el nivel de práctica de actividad física y su orientación saludable.

Con el fin de determinar las características de cada población, se revisará el nivel de práctica deportiva intentando conocer los factores más importantes relacionados con la práctica: los intereses, las motivaciones, las frecuencias y los limitantes percibidos para no realizarla, a través de estudios relacionados con la temática en ambos contextos.

2.3.1. Los hábitos de práctica físico-deportiva en el conjunto del Estado español

España, debido a su ubicación geográfica mediterránea, ha sido influenciada por la cultura de las prácticas físicas y lúdicas de civilizaciones como la griega, la romana y la árabe, las cuales fueron siendo adoptadas paulatinamente por los habitantes de la península. Debido a este proceso de evolución histórica, hoy posee un gran acervo cultural en materia de expresiones físicas, de modo que se la puede catalogar como un país rico en juegos y deportes tradicionales (Moreno, Mata & Gómez, 1992). Así, se pueden encontrar expresiones en distintos puntos del país como la lucha canaria, los juegos de levantamiento y transporte de peso del País Vasco, la construcción de castillos humanos o “castellers” en Cataluña. En este ámbito, es importante destacar también la importancia de la danza como otra expresión muy extendida en muchos lugares, como el Flamenco, en Andalucía; la Jota, en Castilla; o la Sardana, en Cataluña, entre otras.

En la segunda mitad del siglo XIX, el deporte moderno pasó de las Islas Británicas al continente y luego a la Península, comenzando así su difusión en la sociedad española. Por otro lado, en los últimos años del mismo siglo, un acontecimiento que fundamentará la actividad física en este país, al reconocer su valor para la salud, lo constituyó el período que Pastor Pradillo (2005) denomina “La implantación de la asignatura de Educación Física”, que tuvo lugar entre los años 1883 y 1939. El mismo autor, señala que en octubre de 1891 Pedro de Alcántara (1842-1906) se refería al “Renacimiento de la educación física” en el país, al enunciar dos principios fundamentales:

1. Atender a la par los intereses del cuerpo y a los del espíritu, esto es, adecuar el cuerpo para sí y para el alma; y 2. No limitar la función educativa a lo que solo tiene por objeto el desarrollo progresivo de las energías corpóreas aumentando la robustez y la fuerza física sino considerar, como parte de ella, los que miran especial o

predominantemente a preservar y restablecer la salud del cuerpo (Higiene y Medicina) de modo que la Educación Física resulte, en sí misma, integrada mediante la acción simultánea y recíproca de las tres funciones propias de toda educación: desarrollar, prevenir y restablecer. (p. 20)

De acuerdo a lo anterior, la Educación Física tenía entonces un enfoque higiénico-sanitario, debido a sus objetivos en aspectos de índole fisiológico, preventivo y terapéutico. Dentro de sus lineamientos se destaca el hecho de considerar al ejercicio físico como un medio que, en condiciones seguras, es capaz de conservar la salud y prevenir la mayoría de las enfermedades de la época, como la tuberculosis (Pujadas, 2008).

García Candau (2007) señala que en la primera mitad del siglo XX, las autoridades gubernamentales españolas promovían la actividad física y el deporte como una buena manera de mejorar la calidad de vida y contribuir a mejorar la cultura del país. En este período se destaca la difusión que comienza a tener la Educación Física en el mundo académico, la que ya era considerada como un método racional y progresivo para la formación de las personas. Por esta razón, comenzó en la escuela básica para luego expandirse a la enseñanza media y, posteriormente, a la Universidad. En aquellos momentos, debido al contexto histórico de la época, fue también un argumento para la formación de los soldados. El ejército también concedió gran importancia a la práctica deportiva y, especialmente, al cultivo de la educación física para fines de fortalecimiento físico orientado a la vida militar (García Candau, 2007).

Siguiendo a Pastor Pradillo (2005), un hito importante lo constituyó la Ley 77/1961 -de 23 de diciembre, de Educación Física- ya que, debido a que esta normativa, se sienta por primera vez y de manera integral las directrices correspondientes a la organización de la estructura institucional, financiera y política de toda la esfera de la Educación Física y el deporte. Sin embargo, su aporte más relevante fue ser la primera ley que diseñó y reguló de forma exclusiva la totalidad de este sector. De esta manera, esta asignatura se reconoce oficialmente por parte del Estado como un nuevo ámbito de actividad social, incluida entre sus funciones y objetivos. En concordancia con lo establecido por esta norma, el mismo autor señala que:

En España, la Educación física y el deporte, serán reconocidos como parte irrenunciable de las competencias del Estado, objeto y fin de su acción política y administrativa y, por lo tanto, claro ámbito de intervención, de protección y de regulación pública. (p. 134)

A partir de esto, se decidieron aspectos importantes como la formación de los titulados, la dotación de la infraestructura de material y la financiación de las instalaciones.

Desde el punto de vista conceptual, Pastor Pradillo (2005) cita a Elola, quién manifestó ante el Pleno de las Cortes la orientación fundamental que la define:

El principio fundamental de la Educación Física y deportiva es un instrumento eficaz de la formación del hombre y un medio preventivo de sanidad, por lo cual constituye una necesidad pública que el Estado reconoce y garantiza como derecho de todos los españoles y como objeto de su especial protección y ayuda. (p. 134)

Por todo lo anterior, se consolida la importancia de la asignatura de Educación Física como un medio que procura conservar la salud de las personas a través del bienestar y fortalecimiento del cuerpo y de la prevención de enfermedades.

En el año 1970, se promulga la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación de la Reforma Educativa, que marca nuevas directrices para la asignatura. En el mismo sentido, Pastor Pradillo (2005) cita a Virno, quien plantea como principios fundamentales de la educación: a) proteger y potenciar integralmente la salud física, abarcando todos los ámbitos del organismo; b) considerar al organismo en su integridad, considerando su aspecto psíquico y dirigiendo una acción-físico educativa hacia un incremento de la armonía total; y c) potenciar la salud física, como condición inalienable y factor biológico de la salud psíquica y moral.

Abordando ahora la práctica deportiva popular, Moscoso y Moyano (2009) consideran que el proceso de la entrada del deporte en la sociedad española es un fenómeno reciente. Si bien, antiguamente eran habituales los juegos tradicionales en las clases populares, nunca llegó a abarcar el conjunto de la sociedad como lo hace hoy el deporte moderno. Este fenómeno lo atribuyen a la universalización de la enseñanza pública y la propagación del Estado de bienestar. Los mismos autores, señalan a las “Campañas de deporte para todos” de 1975, incluida en la Carta

Europea del Deporte para Todos, y a la adopción de leyes en materia de cultura física y deportiva, como hechos que tuvieron el objetivo de provocar un cambio en la manera de concebir el deporte y el ejercicio por parte de las autoridades y de la ciudadanía en general.

Más adelante, en la década de los 90, la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, reconoce a esta actividad como una de las que posee mayor arraigo, movilidad y capacidad de convocatoria en la sociedad española. Así, el Consejo Nacional del Deporte (2012), señala que el deporte es un elemento fundamental del sistema educativo y su práctica es importante para el mantenimiento de la salud y, por tanto, puede actuar como corrector de los desequilibrios sociales, contribuyendo al desarrollo de la igualdad entre los ciudadanos, creando hábitos favorecedores de la inserción social y fomentando la solidaridad; propiciando la utilización activa y participativa del ocio. Todo esto coloca al deporte como un elemento determinante en la calidad de vida actual. Finalmente, cabe señalar las directrices de promoción de la salud incluidos en los objetivos curriculares de la LOGSE y la LOE, los que van consolidando la promoción de la salud desde la escuela.

Para analizar ahora el desarrollo de la práctica físico-deportiva de la población, se debe tener en cuenta una serie de factores que definen al deporte dentro del ámbito sociológico. En primer lugar, el deporte constituye el gran vehículo que canaliza las actividades físicas en las sociedades actuales (Sánchez Bañuelos, 2004; Departament de Sanitat i Seguritat Social, 1994), esto queda de manifiesto al ser el objeto de estudio de muchos trabajos de investigación que tratan la temática de la práctica de actividad física en los grupos humanos (Sánchez Bañuelos, 2004). En segundo lugar, este análisis se enfocará en las actividades desarrolladas en el tiempo libre. Esto se debe a que la mayoría de las actividades laborales tienen un carácter predominantemente sedentario (Sánchez Bañuelos, 2004; Weineck, 2000). Esta idea es apoyada por García Ferrando (1997), quién, en la tabla 3, y de acuerdo a la Encuesta Nacional del Deporte de 1995 y la Encuesta Nacional de Salud de 1987, indica que las personas realizan trabajos en donde la actividad física tiene poca o nula implicación. De esta manera, las opciones “De pie la mayor parte de la jornada sin grandes esfuerzos” y “Sentado la mayor parte de la jornada”, representan las tendencias mayoritarias, en relación a las actividades laborales.

Tabla 3. Tipo de actividad física desarrollado en el trabajo (García Ferrando, 1997, p. 124)

	Encuesta 1995 (%)	Encuesta 1987 (%)
De pie la mayor parte de la jornada sin grandes esfuerzos	42	54
Sentado la mayor parte de la jornada	29	32
Caminando, llevando algún peso, desplazamiento frecuente	19	9
Trabajo pesado, tareas que requieren un gran esfuerzo físico	9	4
NC	1	1
N	(1.871)	(59.752)

En el mismo sentido, cabe señalar que uno de los atributos del deporte que más le otorga la población es precisamente la de ser un factor positivo para la salud. García Ferrando, en 1997, señalaba a través de las encuestas de los años 1995, 1990 y 1985, que el significado primordial del deporte para la población corresponde a un método para conservar o mejorar los niveles de salud. Del mismo modo, en datos más recientes, a través de la encuesta de 2010, esta idea continúa siendo una de las más relevantes, tal como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Expresiones que mejor definen lo que es deporte (García Ferrando & Llopis, 2011)

EL DEPORTE ES...	%
Una manera de estar en forma	52
Salud, una terapia saludable	50
Un entretenimiento	39
Una manera de mejorar a línea o el aspecto físico	13
Un espectáculo	10
Una forma de evasión	9
Un negocio	6
Una forma de relación social	6
Un medio para formar el carácter de la persona	4
Una profesión	2
N.C.	9

En este mismo ámbito, a partir de datos del Centro de Investigaciones Sociológicas⁷ (2010), en la tabla 5 se puede observar que las definiciones del deporte, ordenadas en primer y segundo grado de acuerdo, tienen relación mayoritariamente con las ideas de estar en forma y con la creencia de ser medio para buscar salud.

Tabla 5. Definiciones del deporte, en primer y segundo lugar (adaptado de Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010, p. 2)

	Primer lugar (%)	Segundo lugar (%)
Un entretenimiento	23,5	15,7
Una manera de estar en forma	30,4	21,7
Un espectáculo	4,1	5,8
Salud, una terapia saludable	28,7	21,1

Otro aspecto importante corresponde al interés que señala la población por el deporte. En el tabla 6, se observa el análisis de cinco encuestas relacionadas con la temática, donde se muestra que, desde la década del 80, las categorías Mucho y Bastante han sido las más significativas. Este hecho supone un elevado y constante interés por esta actividad.

Tabla 6. Evolución de los intereses de la población por el deporte, 1980-2010

INTERES	2010 (%)	2005 (%)	2000 (%)	1990 (%)	1980 (%)
Mucho	21	18	18	23	15
Bastante	42	43	42	42	33
Poco	25	27	25	23	27
Nada	12	12	15	11	22
NC	—	—	—	1	2
N	(8.925)	(8.170)	(5.160)	(4.625)	(4.493)

Sin embargo, pese al gran nivel de consenso de las atribuciones saludables y al interés asignado al deporte, el nivel de práctica no refleja tal grado de percepción positiva. Se produce entonces una paradoja dada por el contraste entre el alto nivel

⁷ En adelante CIS

de interés que se manifiesta por el deporte y el bajo nivel de desarrollo que muestra la población (Khan et al. 2012). García Ferrando (2001, 2006a) y Martínez del Castillo (2005) señalan el contraste entre el valor que los españoles le dan al deporte y al ejercicio físico y la incongruencia con la práctica, ya que sólo una minoría reconoce hacer ejercicio en su vida cotidiana.

Una vez conocidos estos aspectos, se examinarán algunos datos importantes relacionados con la actividad física de los españoles: su participación, la frecuencia de práctica, los principales limitantes percibidos y las principales motivaciones para practicar deporte.

a) Práctica de actividad física

De acuerdo a la tabla 7, se puede apreciar el análisis de ocho encuestas realizadas desde 1975 hasta el 2010. De acuerdo a ella, se puede decir que la categoría “No practica ninguno” ha presentado la mayor prevalencia en todo los años analizados, relegando claramente a las opciones más activas a un segundo y tercer plano.

Tabla 7. Evolución de la práctica deportiva de los españoles, 1975-2010 (adaptado de García Ferrando, 2006, p. 25 y García Ferrando & Llopis, 2010, p. 41)

PRACTICA DEPORTIVA	2010	2005	2000	1995	1990	1985	1980	1975
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Practica un deporte	24	23	21	23	18	17	16	15
Practica varios deportes	19	14	16	16	17	17	9	7
No practica ninguno	57	63	63	35	36	53	63	78
N	(8.220)	(8.170)	(5.160)	(4.271)	(4.625)	(2.008)	(4.493)	(2.000)

b) Frecuencia de práctica

En la tabla 8 se puede observar una evolución positiva de acuerdo a la cantidad de veces por semana que se practica un deporte, constatándose un aumento de las frecuencias en general, junto con una disminución de las categorías menos constantes. Sin embargo, cabe considerar que este aspecto positivo sólo se encuentra en los practicantes, es decir, al grupo minoritario con respecto al que no practica.

Tabla 8. Frecuencia con la que se practica deporte, 1985-1995 (García Ferrando & Llopis, 2011, p. 66)

PRACTICA DEPORTIVA	2010	2005	2000	1990
	(%)	(%)	(%)	(%)
Tres veces o más por semana	57	49	49	31
Una o dos veces por semana	37	37	38	28
Con menos frecuencia	6	14	13	41

c) Principales limitantes percibidos

En la tabla 9 se muestran los principales argumentos que alejan a las personas de una práctica deportiva. De acuerdo a sus resultados, se puede apreciar que los motivos más significativos son: la pereza y la desgana, el rechazo por el deporte, la edad, el cansancio por las actividades laborales o académicas y los motivos de salud. A partir de la primera opción, se observa como preponderante la actitud de la pereza ante el ejercicio físico, lo que deja en evidencia la preferencia por la comodidad en vez de experimentar la sensación del esfuerzo. En segundo lugar, el rechazo hacia la actividad física indicaría que, en general, el deporte no ha sabido entusiasmar a la mayoría de las personas. En tercer lugar, se percibe a la edad como un factor limitante; sin embargo, si no se padece una enfermedad que lo impida todas las personas de cualquier edad podrían practicar una actividad física de acuerdo a sus posibilidades (Duda, 2001). En cuarto lugar, la percepción por el cansancio y el estudio, suponen la necesidad imperativa que tienen las personas de anteponer el descanso, producto de las jornadas laborales o académicas, antes del esfuerzo físico. Finalmente, en quinto lugar, el factor salud supone la percepción de problemas o enfermedades como barrera.

Si bien no se encuentran dentro de las preferencias más significativas, las categorías “No verle utilidad o beneficios” y “No le enseñaron en la escuela”, son también importantes, debido a su relación con la formación escolar recibida. A partir de estas respuestas, se observa que hay personas que no estarían lo suficientemente informadas acerca de los beneficios de la práctica de actividad física y, en el mismo sentido, hay algunas que acusan específicamente a la escuela de este hecho.

Tabla 9. Motivos por los que nunca ha hecho deporte, 1980-2010 (García Ferrando & Llopis, 2010, p. 184)

MOTIVOS POR LOS QUE NUNCA SE HA HECHO DEPORTE	2010 (%)	2005 (%)	2000 (%)	1990 (%)	1980 (%)
Por pereza y desgana	36	23	21	19	--
No le gusta	32	36	39	26	23
Por la edad	31	27	32	30	41
Cansancio por el trabajo o los estudios	24	16	15	16	8
Por la salud	20	14	15	11	14
Falta de tiempo	8	--	--	--	--
Incompatibilidades horarias con instalaciones	7	--	--	--	--
No le enseñaron en la escuela	6	6	8	11	14
No hay instalaciones deportivas cerca	4	5	5	8	--
No hay instalaciones deportivas adecuadas	3	2	2	6	6
No verle utilidad o beneficios al deporte	3	5	8	5	3
Por falta de dinero	3	--	--	--	--
Otras razones	5	5	3	2	2

d) Las principales motivaciones para practicar deporte

En la tabla 10 se puede observar que las principales motivaciones están relacionadas con el mantenerse activo, la diversión, mantener o mejorar la salud y el gusto por el deporte. De acuerdo a la primera opción, se puede constatar que la motivación está relacionada con el hecho simple de la búsqueda de la actividad física, lo que supone una motivación por evitar el sedentarismo. Esta opción se muestra como la más relevante en todas las encuestas. En segundo lugar, se observa el gusto por el aspecto lúdico del deporte; esto supone la adhesión por la diversión y esparcimiento que entrega como una forma de ocio. En tercer lugar, se encuentra el argumento relacionado con la salud, lo que indica que, si bien se muestra como una de las principales preferencias, no sería más importante que las ideas relacionadas con el hecho motriz y lúdico. Finalmente, en cuarto lugar, el gusto por el deporte evidencia una gran adhesión a los aspectos lúdicos y técnicos.

Tabla 10. Motivos por los que hace deporte la población, 1980-2010 (García Ferrando & Llopis, 2011, p. 168)

MOTIVOS PRACTICA DEPORTIVA	2010	2005	2000	1990	1980
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Por hacer ejercicio físico	70	60	58	58	58
Por diversión y pasar el tiempo	50	47	44	46	51
Por mantener y/o mejorar la salud	48	32	27	--	--
Porque le gusta el deporte	41	34	34	40	47
Por encontrarse con amigos/as	28	23	24	28	25
Por mantener la línea	23	16	13	15	15
Por evasión	15	10	8	8	14
Porque le gusta competir	5	3	4	4	--
Otros motivos	4	3	2	4	2
N	(8.220)	(8.170)	(5.160)	(4.271)	(4.625)

2.3.2. Los hábitos de práctica físico-deportiva en la Comunidad Autónoma de Cataluña

Al realizar ahora una aproximación al contexto catalán, se pueden encontrar antecedentes que muestran los valores y las finalidades otorgadas a la actividad físico-deportiva en esta Comunidad. En este sentido, en Cataluña, al igual que otros países mediterráneos como Italia o Francia, el fenómeno deportivo estuvo en un principio dado en sectores reducidos de la sociedad, como la burguesía, para luego expandirse hacia otros sectores sociales. Esto sucedió durante los primeros decenios del siglo XX, en lo que Pujadas (2008) denomina la “democratización del ocio”.

En Cataluña, el deporte moderno se fue introduciendo gracias a algunos factores como la actividad industrial, a través de las costumbres de numerosos profesionales extranjeros; pero sobre todo, por el deseo de los sectores sociales por cambiar las formas del ocio urbano y su modernización (Pujadas, 2008). Cabe señalar, además, que en un comienzo las condiciones laborales, económicas y de infraestructura, obstaculizaron el acceso de las clases trabajadoras al deporte; mientras que otras las dificultaban para otros colectivos, como las mujeres. Sin embargo, surgieron algunas instituciones que se encargaron de promocionar el deporte popular, como el *Ateneu Enciclopèdic Popular*, en 1909, y el *Centre*

Autonomista de Dependents del Comerç i de la Indústria, de 1903, las cuales tuvieron un rol muy importante en la difusión del deporte para un mayor grupo de personas en la sociedad.

El proceso de difusión del deporte se desarrolló en dos líneas generales: en las formas deportivas reglamentadas, derivadas de antiguas prácticas de origen militar y cercanas al ocio aristocrático, como la esgrima, la lucha, algunas modalidades de navegación y la equitación -con influencia inglesa o francesa, organizados en clubes privados- ; y en la forma más popular, donde se practicaban juegos como el frontón, con todas sus modalidades, el cual ya tenía una larga presencia popular (Pujadas, 2008). De esta manera, entre los años 1931 y 1936 se registraban al menos 241 sociedades deportivas en Barcelona (Torredabella, 2000). En consecuencia, el deporte se transformó en una plataforma social que daba acceso a la cultura y, en algunos casos, a la militancia y a la lucha política (Pujadas & Santacana, en Torredabella, 2000), donde estaba vinculado a conceptos como el nacionalismo, la consciencia de clase, la ciudadanía, el naturismo, la higiene y el pacifismo (Torredabella, 2000). Muestra de ello fue el *Ateneu Enciclopèdic Popular Sempre Avant*, que en el año 1930 tenía la idea de formar una Universidad popular sobre la base de sus principales postulados ideológicos: la tradición “atenística”, el deseo de una revolución pacífica a través de la educación y la cultura, la confianza en la mejora de la humanidad, la unión de la cultura y el trabajo, la lucha contra los males de la sociedad industrial, el gusto por la naturaleza, la vida al aire libre y la lucha contra el sedentarismo. Finalmente, cabe decir que el periodo franquista supuso una manipulación política de la actividad deportiva, la cual acabó siendo valorada con desconfianza por algunos educadores catalanes (Torredabella, 2000).

Por otro lado, en el ámbito educativo, ya en los años de la *Mancomunitat de Catalunya*, entre los años 1914 y 1925, Trabal (citado en Santacana, 2004), señalaba con respecto a la importancia de la actividad física en el ámbito escolar que:

(...) la educación ha de ser integral y para poseer esta calidad ha de ser moral, intelectual y física, la necesidad que, en todas las escuelas, se practique Educación Física y que todas las escuelas tengan la debida condición para que los alumnos puedan ser educados en el cultivo armónico de su cuerpo, es una verdad tan evidente, que la más ligera reflexión encuentra miles de argumentos para fomentarla. (p. 56)

En esta época, ya se consideraba al sedentarismo y sus efectos negativos que ocasionaba a la población. Así, Trabal (citado en Santacana, 2004), señala que la actividad física debía paliar las horas que los estudiantes pasaban sentados: “frente a estas necesidades orgánicas de movimiento, la escuela aporta para conseguir las finalidades didácticas que le están encargadas, la obligación de una atención sostenida y, por tanto, de una inmovilidad forzada” (p. 56).

De esta manera, en Cataluña la actividad física fue también una forma para emplear el ocio y cuidar de la salud de las personas, insertándose en la sociedad a través de las normativas políticas y educativas desde el siglo XX.

A continuación, se analizará el nivel de práctica deportiva de la población en Cataluña, realizando una comparación para interpretar los cambios ocurridos, considerando un periodo de diez años. Este se basará en la interpretación de los datos de la *Enquesta sobre la pràctica d'activitats físico-esportives a Catalunya* y de *Hàbits esportius a Catalunya*, ambas publicaciones de la Secretaria General de l'Esport de la Generalitat de Catalunya (1995, 2009).

a) Práctica de actividad física

Según la encuesta de 1995, los resultados sobre el nivel de práctica físico-deportiva, de acuerdo a los porcentajes por alternativa, fueron los siguientes: Declaran hacer deporte (34,6%), Antes hacían deporte (14,6%), Han hecho alguna actividad físico-recreativa durante el año anterior (29,6%) y Nunca han hecho deporte (21,3 %). Por otro lado, según los datos del estudio de 2009, los resultados fueron: practica deporte (25 %), practica diversos deportes (17,6%) y no practica (56,8%). Al comparar estos datos, en la tabla 11, se puede apreciar que en el año 1995 las personas implicadas en la práctica de actividad física llegaban a un 34,6%. Si bien el nivel de personas que no practica llegaba al 65,5%.

Por su parte, la encuesta del año 2005 reveló que las personas activas representaban un 42,6% y, al contrario, las inactivas, un 56,8%. Si bien se puede observar un aumento del nivel de personas que practican deporte y una disminución de las que no practican, se puede decir que los niveles de actividad continúan siendo más bajos que los indicadores más inactivos.

Tabla 11. Nivel de práctica deportiva en Cataluña (adaptado de Secretaría General de l'Esport, 2009, p. 20; 1995, p. 19)

	2005 (%)	1995 (%)
Practica deporte	42,6	34,6
No practica deporte	56,8	65,5
N	(915)	(2.500)

b) Frecuencia de práctica

Con respecto a la frecuencia de práctica deportiva, los resultados de la encuesta de 1995 fueron: tres veces a la semana (41%), una a tres veces por semana (33%), más de 50 veces al año (9,8%), 20-50 veces al año (12,2%) y menos de 20 veces al año (4%). Por su parte, los datos de la encuesta de 2005 fueron: tres veces por semana (39,8%), una o dos veces por semana (43,0%), Con menos frecuencia (10,7%), Durante las vacaciones (6,2%) y No contesta (0,2%). A partir del análisis de ambas fuentes, la tabla 12 muestra que, por un lado, la frecuencia de práctica de tres veces por semana ha tenido un leve descenso pero, por otro lado, el nivel de frecuencias de una y dos veces por semana se incrementó. Finalmente, se puede apreciar un descenso en el nivel que agrupa a las frecuencias más bajas.

A modo de síntesis, se puede decir que ha habido una evolución positiva en cuanto a la frecuencia de práctica. De esta manera, si bien ha descendido el nivel de tres veces por semana, se puede observar que los practicantes de menos frecuencia han pasado a desarrollarla una o dos veces por semana.

Tabla 12. Frecuencia de práctica deportiva en Cataluña (adaptado de Secretaría General de l'Esport, 1995, p. 20; 2009, p. 21)

	2005 (%)	1995 (%)
3 veces a la semana	39,8	41
1 o 2 veces por semana	43,0	33
Con menos frecuencia	17,1	26
N	(402)	(1.603)

c) Principales limitantes percibidos

Los principales argumentos para no practicar deporte responden a muchos aspectos, sin embargo, los principales, en cuanto a mayor porcentaje de respuestas, en la encuesta de 1995 fueron: falta de tiempo (57,6 %), falta de hábitos deportivos (36,2%), no me gusta (16,3%) y por motivos de salud (11,7%). Por su parte, los resultados correspondientes al 2005 fueron: no le gusta (42,2%), falta de tiempo libre (41,4%), por pereza (27,5%), por la edad (24,7%).

Al analizar los datos de ambas fuentes, la tabla 13 muestra que la falta de tiempo se mantiene como uno de los limitantes más constantes, ocupando el segundo lugar en 1995, y el primer lugar de las preferencias en el 2005. Por su parte, el rechazo por el deporte ha mostrado un descenso significativo, lo que supone un aumento de la aceptación por parte de la población. Llama la atención especialmente la “falta de hábitos deportivos”, la cual estaría evidenciando un déficit formativo en ese aspecto. Esta idea sería reforzada, someramente, por la falta de formación en la escuela (7,7%), de la encuesta de 1995, y falta de formación (3,2%) del 2005. Finalmente, la pereza, la edad y los motivos de salud también aparecen como argumentos para no practicar deporte.

Tabla 13. Principales limitantes de la práctica deportiva en Cataluña (adaptado de Secretaría General de l'Esport, 1995, p. 42; 2009, p. 70)

	2005 (%)		1995 (%)
Falta de tiempo	57,6	No le gusta	42,2
Falta de hábitos deportivos	36,2	Falta de tiempo	41,4
No me gusta	16,3	Por pereza	27,5
Por motivos de salud	11,7	Por la edad	24,7
N	(251)		(879)

d) Principales motivaciones para practicar deporte

Al comparar ambas fuentes, la tabla 14 muestra que el gusto por el deporte se mantiene constante como una de las principales razones para practicarlo. Así también es relevante el aspecto lúdico, ubicándose en el segundo lugar en ambas encuestas. Es importante también el aspecto relacionado con la búsqueda de la actividad, o sea, el hecho motor y mantenerse en forma. Finalmente, y de manera especial para este estudio, se puede apreciar una evolución positiva dada por el

aumento del nivel de personas que practican deporte, motivados por mantener o mejorar su salud.

Tabla 14. Motivos por los que hace deporte la población (adaptado de Secretaría General de l'Esport, 1995, p. 26; 2009, p. 68)

	2005 (%)		1995 (%)
Para hacer ejercicio	64,7	Porque me gusta	38,2
Por diversión y pasar el tiempo	45,8	Por diversión	37,1
Para mantener o mejorar la salud	37,1	Para mantenerse en forma	36,7
Porque le gusta el deporte	31,3	Para mantener o mejorar la salud	16,7
N	(402)	N	(1.603)

Finalmente, cabe considerar la encuesta de Espluga (2010), quien realizó un estudio acerca de la percepción del estado de salud en la población comprendida entre los 15 y los 65 años (ver tabla 15). Esta investigación reveló que la población tiene, en general, una buena percepción de su propia salud, siendo el sector juvenil el que ha experimentado un mayor incremento en los niveles más positivos (Excelente y Muy buena), lo que supone que gozan de una muy buena salud. Por su parte, los adultos también experimentaron aumentos en los niveles más positivos, aunque no muestran valores como los de los jóvenes, se puede decir también que disfrutaban de una muy buena salud, debido al aumento de los niveles más positivos y descenso del más negativo.

Tabla 15. Estado de salud percibida de la población de 15 a 65 años según el grupo de edad en Cataluña, 2002 y 2006 (Espluga, 2010, p. 37)

Estado de Salud Percibida	Jóvenes (15-29 años)		Adultos (30-65 años)	
	2002 (%)	2006 (%)	2002 (%)	2006 (%)
Excelente	12	14	6	7
Muy buena	32	38	18	22
Buena	49	41	54	50
Regular	5	6	17	17
Mala	1	1	5	4
Total	100	100	100	100

De acuerdo a la revisión de este apartado, se puede decir que los niveles de práctica en el Estado español y en Cataluña presentan muchas semejanzas, de acuerdo a los resultados obtenidos en los temas en cuestión. Si bien la Comunidad Autónoma de Cataluña presenta un nivel de actividad física por sobre la media española (García Ferrando, 1997, 2001), en ambos análisis se puede apreciar un predominio general del sedentarismo. Si bien es cierto que *la Secretaria General de l'Esport* (2009) reconoce una mejora en cuanto a los niveles de práctica de actividad física, también reconoce que hay que hacer esfuerzos imprescindibles en cuanto a la desigualdad presentada por sectores de la población como las mujeres, los adultos mayores y la gente con bajos estudios.

Más allá de analizar las causas relacionadas de la situación de estos colectivos, los resultados muestran que la población española y catalana tienen un estilo de vida más bien sedentario, y por ello, tiene un mayor riesgo de padecer las enfermedades relacionadas con su desarrollo.

2.4. Resumen del capítulo

Al finalizar este capítulo, se puede decir que la preocupación por la salud ha sido un tema inherente por parte de todos los colectivos humanos desde tiempos remotos. Por otro lado, la actividad física también ha sido una expresión cultural de muchos pueblos, donde algunos la conocieron y cultivaron con fines educativos, de ocio y de higiene.

Desde la Antigüedad, algunas civilizaciones han conocido y desarrollado las prácticas físicas como un medio que contribuye a la consecución y mantenimiento de la salud. Con el paso del tiempo, éstas han ido evolucionado y adquiriendo mayor organización y protagonismo hasta conseguir, en las últimas décadas, una gran relevancia social. Todo ello ha sido producto del amplio reconocimiento de muchos sectores de la sociedad de los beneficios que otorga a la salud de las personas en sus dimensiones física, psicológica y social, llegando a promoverse y practicarse en el ámbito escolar a través de la asignatura de Educación Física.

No obstante, actualmente la práctica de actividad física se encuentra limitada por muchas variables en la sociedad española. Ya sea por falta de tiempo, porque no les gusta, por pereza o porque no le ven beneficios, la mayoría de las personas muestran una marcada predilección hacia actividades sedentarias en su tiempo libre. Esto contrasta con el hecho de que hoy en día casi nadie duda de la importancia del deporte y la actividad física, no tan sólo en el ámbito del ocio, sino también de los intereses generales de la población (Sicilia, Águila, Orta & Muyor, 2008). Sin embargo, sorprende el hecho de que la práctica físico-deportiva no sea uno de los elementos relevantes en la vida de las personas, considerando que el deporte es un fenómeno social y cultural de primer orden, valorado frecuentemente como uno de los elementos característicos de las sociedades actuales (García Ferrando & Llopis, 2011; Khan et al., 2012; Solana, 2010).

Ahora bien, el problema que representa la falta de actividad física lo constituyen los problemas para la salud y sus patologías relacionadas, como las de tipo circulatorio, el cáncer, la obesidad, entre otras. Es aquí donde además se encuentra que la inactividad física puede estar relacionada con otras conductas de

riesgos, considerando que en los estilos de vida de las personas las causas de riesgo están muchas veces relacionadas con otras conductas perjudiciales (Costa & López, 1986), como fumar tabaco y llevar una dieta inadecuada, configurando así, un estilo de vida muy común en las sociedades actuales. La situación actual en España y Cataluña siguen la misma tendencia hacia un estilo de vida más sedentario y menos sano que en otros países occidentales y desarrollados. El Departament de Salut (2012c) señala que si bien los indicadores de vida son buenos y ve favorable la evolución de los indicadores del cáncer y las enfermedades cardiovasculares y accidentes de tráfico, aún no se observan tan buenos resultados con respecto al sedentarismo y otros aspectos del estilo de vida, como la alimentación; el consumo de tabaco; alcohol y otras drogas, destacando a las enfermedades crónicas como uno de los mayores problemas de la sociedad.

A raíz de esta situación, surge una preocupación para mejorar la calidad de vida de la población, procurando la modificación de las conductas y los hábitos menos sanos hacia un estilo de vida más activo y saludable. Sin embargo, se constata que la falta de actividad física persiste como barrera para obtener y mantener ese estilo de vida. De ahí la importancia de cambiar los hábitos nocivos para ayudar a prevenir o mitigar las enfermedades derivadas de un estilo de vida insano, y los problemas sociales relacionados; sobre todo si se considera, por ejemplo, que en Cataluña la esperanza de vida al nacer es de 78,9 años para los hombres y 84,7 años para las mujeres, siendo levemente superior a la española (78, 55 y 84,57 años) y la de la Unión Europea (76,40 y 82, 40 años) (Instituto de Estadísticas de Cataluña, 2012b).

Por esto, en el próximo capítulo se analizarán en profundidad el tema de los hábitos saludables y, por otro lado, los hábitos nocivos que obstaculizan la consecución de los primeros. Además, también se analizará la promoción de la salud, como medida de prevención de los comportamientos inadecuados y sus enfermedades relacionadas.

Capítulo 3. Los estilos de vida en las sociedades occidentales⁸.

“El estilo de vida de las personas se compone de cinco demasiados y un muy poco: demasiado tabaco, demasiado alcohol, demasiado estrés, demasiada comida, demasiadas drogas y muy poco ejercicio”

Marcos Becerro (1989)

De acuerdo a las evidencias revisadas anteriormente, se establece que una gran parte de la población española se caracteriza por tener estilos de vida con tendencia al sedentarismo, el cual se encuentra en diferentes ámbitos de la vida cotidiana como el trabajo y el ocio. Si bien desde algunas décadas comenzó a ganar presencia en las sociedades occidentales, hoy se ha transformado en un fenómeno masivo muy generalizado. El principal problema que representa la inactividad física en las sociedades contemporáneas, es que constituye la principal causa evitable de morbilidad en los países desarrollados (Subirats Bayego et al., 2012), siendo responsable del 6% de los decesos en todo el mundo (OMS, 2010).

Los estilos de vida también se caracterizan por presentar comportamientos perjudiciales en otros ámbitos, como la alimentación, el consumo de sustancias nocivas, el descanso, las prácticas sexuales, la conducta al conducir, entre otros. Dentro de este conjunto, los ámbitos que tienen más responsabilidad en la prevalencia de enfermedades no transmisibles⁹ y muertes en gran parte del mundo son el sedentarismo, la alimentación, el descanso y el consumo de sustancias, siendo responsables de patologías cardiovasculares, obesidad, diabetes, estrés, algunos tipos de cáncer, entre otras (Méndez, 2008; OMS, 2012c). En el mismo sentido, cabe considerar también los elevados gastos sanitarios, públicos y privados, derivados de éstas.

Para hacer frente a la prevalencia de estas patologías, surge la *Promoción de la Salud*, de acuerdo a las directrices propuestas por organizaciones como la OMS, a nivel mundial; el Ministerio de Sanidad y Consumo, a nivel nacional; y el

⁸ Se usará el término *sociedades occidentales* puesto a que podemos encontrar similares características tanto en sociedades desarrolladas como no desarrolladas. En este sentido, la OMS (2011) señala, por ejemplo, el aumento de la obesidad y el sobrepeso en países con ingresos bajos y medios

⁹ En adelante ECNT

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, a nivel autonómico, que han impulsado campañas de Promoción de la Salud en el ámbito médico, pero también en el educativo.

Desde la década de los 70 y 80, con el Movimiento hacia la salud, se ha venido observando una preocupación por el estilo de vida de las personas que viven en las sociedades occidentales, principalmente las desarrolladas (Devís & Peiró, 1997; Garoz & Maldonado, 2004). Esta tendencia ha abordado y promovido los hábitos saludables como una forma de hacer frente a los estilos de vida inadecuados, intentando prevenir las enfermedades relacionadas con su desarrollo. Sin embargo, la situación de morbilidad actual evidencia una generalización de los estilos de vida inadecuados y sus consecuencias negativas por sobre los hábitos saludables.

Este capítulo pretende abordar la dimensión socio-cultural de la problemática: determinar los hábitos saludables para el estudio; revisar los cambios relacionados con la salud en las sociedades occidentales; conocer los efectos negativos de los hábitos inadecuados y describir a la Promoción de la salud a través de su definición, sus objetivos fundamentales, y algunas de sus campañas a nivel mundial, europeo, nacional y autonómico.

3.1. Delimitación de los hábitos saludables para el estudio

Tanto las prácticas saludables como las prácticas de riesgo no son conductas aisladas. Estas no aparecen sin orden ni concierto, sino que constituyen verdaderas redes estructuradas en organización, complejidad y estabilidad en el tiempo, en las cuales tiene mucha importancia el ambiente donde se desenvuelven los individuos, conformando así un estilo de vida (Costa & López, 1996).

Castillo y Sáenz-López (2008) y Capdevila (2000) señalan que los hábitos de vida suelen estar muy relacionados entre sí, destacando, por ejemplo, que una persona inactiva tiene muchas posibilidades de consumir una dieta alimentaria más calórica de lo que necesita, predisponiéndose así al sobrepeso y la obesidad. Otro caso similar es que el sedentarismo está relacionado con algunas circunstancias y

sensaciones que constituyen un verdadero “circulo vicioso”, en el cual la falta de actividad física implica un menor gasto calórico, provocando un aumento de peso al elevar el porcentaje de grasa corporal, lo que dificultaría aún más su práctica (Hernández & Martínez, 2007). En el mismo sentido, Grande (1988) señala que la alimentación inadecuada estaría relacionada también con el consumo excesivo de alcohol.

Por otro lado, un estilo de vida saludable requiere la adopción de una serie de hábitos de comportamientos adecuados, entre los que se destaca la práctica de actividad física (Garoz & Maldonado, 2004), donde ambos se entrelazan y se potencian. Van Praagh y Duché (2002) señalan que los jóvenes que desarrollan una actividad física regular son los que menos fuman y no beben alcohol. De acuerdo a Serra y Guillaumet (2004), el ejercicio físico contribuye a tener una dieta equilibrada, a reducir el consumo de alcohol, a evitar la aparición y mantenimiento del hábito tabáquico y, en general, interviene en la modificación positiva de los factores de riesgo más importantes. De esta manera, las variables de los estilos de vida pueden orientarse hacia un sentido positivo, donde se entienden cómo desarrollar hábitos saludables; y, por el contrario, hacia un sentido negativo, entendido como adoptar hábitos que perjudican la salud.

Sin embargo la sociedad actual se caracteriza por un predominio de estilos de vida poco saludables. Méndez (2008) explica este problema a través de sus características fundamentales:

(...) el constante incremento de enfermedades y problemas de salud, ocasionadas por la vida sedentaria y una incorrecta alimentación, afectan a una proporción cada vez mayor, incrementándose y extendiéndose a lo largo del siglo XX y XXI de forma generalizada desde la infancia hasta la adultez. (p. 17)

De acuerdo a este autor, los problemas de salud se deberían a la relación entre hábitos inadecuados –como el sedentarismo y la alimentación inadecuada- los cuales afectan a una gran proporción de la población, elevando los niveles de morbilidad a través de un largo período de vida. Todos estos factores configuran una situación caracterizada por la aparición y prevalencia de ENT en la población de muchos países del mundo (Espluga, 2010; OMS, 2011b).

Esta situación se debería principalmente a los cambios en las formas de vivir que produjo la modernidad en las sociedades occidentales, determinando aspectos tan importantes como el trabajo, el ocio, el transporte y las comunicaciones (Sánchez Bañuelos, 2004). Marcos Becerro (1989) considera que si bien la modernidad ha introducido innovaciones que han mejorado ámbitos tan importantes como la medicina, la química, la industria y los servicios -los cuales han traído beneficios al bienestar económico y social-, también han provocado algunas prácticas sociales muy negativas desde el punto de vista de la salud. De este modo el estilo de vida de la sociedad moderna “se compone de cinco demasiados y un muy poco: demasiado tabaco, demasiado alcohol, demasiado estrés, demasiada comida, demasiadas drogas y muy poco ejercicio” (p. 22), constituyendo, así, una gran dificultad para tener un buen estado de salud y adquirir y mantener hábitos saludables.

En el caso español, esta idea se apoya en Delgado y Tercedor (2002), quienes sostienen que:

(...) en nuestro país se está apreciando un aumento de la mortalidad y un empeoramiento de la calidad de vida, a pesar de las mejoras a nivel médico y farmacológico. Posiblemente la razón se encuentre en el cambio de hábitos de vida ocurrido en las últimas décadas, como consecuencia del mayor desarrollo socio-económico. Entre estos hábitos se encuentran el empeoramiento de la alimentación, disminución del grado de actividad física desarrollado por las personas, el aumento del consumo de tabaco y alcohol, el estrés de la vida moderna, el aislamiento individual dentro de una sociedad masificada, etc. (p. 17)

Ante estas circunstancias, la adquisición de hábitos saludables en los ámbitos de la práctica de actividad física, alimentación, descanso y consumo de sustancias surgen como un medio preventivo y terapéutico al alcance de la mayoría de la población para ayudar a conseguir una mejor calidad de vida (Capdevila, 2000; Sánchez Bañuelos, 2004; Subirats Bayego et al., 2012). Moreno Sigüenza (2004) señala que las conductas que realzan la salud, como la alimentación sana y la práctica de actividad física, siguen un patrón contrario al de las conductas de riesgo representando el “cara y sello de la misma moneda”. El mismo autor señala que las conductas de riesgo se inician durante la adolescencia temprana¹⁰, mientras que las conductas saludables durante la infancia, bajo la tutela de los adultos, lo que supone

¹⁰ Entre los 11 y 15 años de edad (p. 30)

la importancia del fomento y adquisición de hábitos saludables desde el periodo infantil. Por otro lado, el abandono de las conductas saludables se debería a la reducción de la supervisión parental, dada por una mayor independencia y por la variedad de intereses que va desarrollando el adolescente (Moreno Sigüenza, 2004; Navarro et al. 2006).

Por esto, a continuación se delimitarán los hábitos saludables considerados para ésta investigación, estableciendo las características de los cinco ámbitos a abordar: práctica de actividad física, alimentación adecuada, descanso adecuado, evitar el consumo de tabaco y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esta selección se corresponde con comportamientos en ámbitos donde se pueden presentar los factores de riesgos clásicos (Moreno Sigüenza, 2004), pues se trata de ámbitos responsables de enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, etc., y que acaparan la atención de la mayoría de los investigadores de estos temas, debido a su prevalencia en la población. Pastor, Balaguer y García-Meritas (citados por Moreno Sigüenza, 2004) señalan que el 56% del total de las variables introducidas en estudios similares corresponden a éstas mismas variables. En 1986, Costa y López señalaban que las diez principales causas de muerte de los países desarrollados se podrían reducir y prevenir si mejoraran precisamente cinco aspectos de su comportamiento: dieta, hábito tabáquico, ejercicio físico, abuso de alcohol y uso de fármacos hipotensores. En el mismo sentido, investigaciones más recientes, como las de Von Bothmer y Fridlund (2005) y Sonmezer, Cetinkaya y Nacar (2012), siguen considerando que la práctica regular de actividad física, la nutrición saludable, evitar el estrés y la extenuación, evitar el consumo de cigarrillos y alcohol, dormir diariamente 7 a 8 horas y propiciar un ambiente saludable, son los comportamientos más importantes para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

3.1.1. Práctica de actividad física saludable

De acuerdo a la revisión terminológica, una actividad física orientada a la salud corresponde a aquella que de acuerdo a sus variables de duración, frecuencia, intensidad y seguridad, produce más beneficios que riesgos. A raíz de esto, se hace necesario profundizar y detallar las distintas posiciones teóricas relativas a sus características.

En 1997, Devís y Peiró señalaban como una pregunta de difícil respuesta qué cantidad o dosis de ejercicio es adecuada para producir efectos positivos en la salud, debido a que la fórmula “cuanto más ejercicio mejor” no se sostiene científicamente. En el mismo sentido, Capdevila (2000) señala que tanto la carencia como el exceso de ejercicio pueden provocar efectos adversos. Sin embargo, autores como Subirats Bayego et al., (2012) señalan que los beneficios son proporcionales al volumen y la intensidad. Por esto, determinar las dimensiones de la actividad física orientada a la salud se vuelve imprescindible a la hora de adoptar un concepto.

Revisando la literatura especializada, Aranceta y Serra-Majem (2007) consideran como un estilo de vida activo a practicar deporte habitualmente al menos dos días a la semana. El Departament de Sanitat i Seguretat Social (1994), recomienda caminar durante 30 a 60 minutos al día, considerando también que los niveles moderados de ejercicio producen beneficios considerables, siendo las personas sedentarias las que más se benefician al aumentar los niveles de actividad física en su vida diaria. Al mismo tiempo, desaconseja el ejercicio vigoroso para este tipo de personas, porque podría provocar la deserción de un programa de ejercicio. Finalmente, la misma fuente señala que es importante el tener una “mente activa”, o sea, aprovechar cualquier oportunidad para realizar actividad física como, por ejemplo, subir escaleras en vez de usar ascensores, caminar o usar la bicicleta para hacer desplazamientos cortos, etc.

Para la OMS (2010) las recomendaciones, de acuerdo a las edades de los individuos adultos de 18 a 64 años, son acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física de tipo aeróbica y de intensidad moderada, o 75 minutos intensidad vigorosa, o bien la combinación equivalente en tiempo de ambas.

En el mismo sentido, el *American College of Sport Medicine*¹¹ (2011) y la *American Heart Association* (2007) recomiendan realizar una actividad de tipo cardiorespiratoria de intensidad moderada a vigorosa durante 30 o más minutos al día, 5 o más veces por semana, completando 150 minutos o un ejercicio cardiorespiratorio de intensidad vigorosa durante 20 o más minutos, 3 o más días a la semana, completando un total de 75 minutos; o bien la combinación de ambas intensidades, para alcanzar un total de gasto energético de 500 a 1000 MET/min/semana en 2 o 3 días a la semana. Por su parte, la *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) distingue dos tipos de actividades para la salud: las aeróbicas y las de fortalecimiento. De éstas recomienda practicar los dos tipos: si se opta por las aeróbicas, se debe dedicar por lo menos 150 minutos; en el caso de las intensas, la dedicación será de 75 minutos a la semana; en el caso de las de fortalecimiento, se deberán realizar 120 minutos a la semana.

Van Praagh (2002) organiza los estilos a través de dos modelos: el cualitativo y el cuantitativo o acumulativo. El modelo cualitativo considera que la actividad física debe ser variada y poner en funcionamiento las grandes masas musculares. La intensidad recomendada de los ejercicios, debería situarse en el 70% del VO₂ máx., con una duración total de 30 minutos y con una frecuencia de tres sesiones por semana. Por otro lado, en la modalidad cuantitativa o acumulativa, Van Praagh (2002), siguiendo a Blair y cols., señala que lo importante es la cantidad total de energía consumida al día, teniendo como objetivo mínimo un gasto de 150 kcal/día. Para alcanzar este propósito se puede efectuar cualquier tipo de actividad, por ejemplo, caminar durante 60 minutos (300 kcal), hacer footing durante 30 minutos (300 kcal), pasar el aspirador en casa durante 60 minutos (150 kcal), segar el césped durante 60 minutos (270 kcal), etc. De esta manera, lo relevante es acumular gasto energético a través de diferentes momentos y actividades al día. En esta línea, la OMS (2011a) recomienda que, a partir de los 18 años, se debiera realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada. Para los niños y jóvenes con edades comprendidas entre los 5 y 17 años se recomienda un mínimo de 60 minutos de actividad moderada a intensa. Por su parte, el Departament de Salut (2012a) recomienda un gasto calórico diario mínimo

¹¹ En adelante ACSM

de 150 kcal o 1000 Kcal a la semana para los adultos, recomendando un incremento de estos niveles para niños y adolescentes. Sin embargo, la misma fuente, señala como alternativa acumular como mínimo treinta minutos de actividad física de intensidad moderada cinco días a la semana.

Debido a su carácter más práctico y cuantificable, para este estudio se considerará el modelo cualitativo. Siguiendo los parámetros de Pancorbo Sandoval y Pancorbo Arencibia (2011) quienes señalan que las características saludables corresponden a los ejercicios de predominio aeróbico que comprometen la participación de los grandes grupos musculares con una forma dinámica y rítmica, generalmente continua, con una duración adecuada que no debe exceder de 60 minutos y de una intensidad leve a moderada practicada tres veces a la semana.

3.1.2. Alimentación adecuada

En el siglo IV a. de C., el médico griego Hipócrates señaló la importancia que tiene la alimentación, al considerada como uno de los pilares básicos de la salud humana, por proporcionar al organismo los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento (Limón, 2004). La alimentación, entendida como un acto voluntario y educable, es un factor indispensable e influyente en la salud de los individuos, debido al aporte de nutrientes esenciales para la vida. Aspectos como el crecimiento, el desarrollo intelectual, la resistencia a las enfermedades y su letalidad, y el rendimiento laboral, físico e intelectual, están condicionados por una buena nutrición a través de una dieta adecuada durante toda la vida (Mestres, 1991; Limón, 2004).

Por esta razón, y resaltando su carácter educable, la Agencia Española de Sanidad Alimentaria y Nutrición¹² establece como una tarea prioritaria promover hábitos saludables en esta materia (AESAN, 2011). Así, a través de una alimentación adecuada, se pueden prevenir las ECV, la obesidad, la osteoporosis, entre otras patologías. Por el contrario, una alimentación inadecuada puede provocar trastornos para la salud. La dieta y el ejercicio siguen siendo las piedras angulares del tratamiento de la obesidad en niños, jóvenes, adultos y ancianos (Rubio & Soler,

¹² En adelante AESAN

2007). Por lo anterior, Rigolfas (2010) señala que la prevención de la mayoría de las enfermedades crónicas más frecuentes comienza por adoptar hábitos de alimentación sanos que, llevados de manera adecuada, forman parte primordial de la prevención de la mayoría de éstas enfermedades, siendo un componente fundamental de un estilo de vida saludable.

De acuerdo al Cervera (1995), una alimentación saludable debe reunir tres características esenciales: variedad, equilibrio y suficiencia, debiéndose elaborar considerando las características y requerimientos de cada individuo en particular. Para Martín del Burgo, Gallardo y Tomás (2002) las claves para una alimentación sana pueden resumirse en dos ideas fundamentales: moderación en la cantidad y variedad de los alimentos; o sea, realizar tres o más comidas al día (frecuencia) con los aportes calóricos adecuados y velar por la inclusión de todos los grupos de nutrientes (vitaminas, carbohidratos, proteínas y grasas); es decir, variedad y equilibrio. En el mismo sentido, Rigolfas (2010) considera la elaboración de la dieta en base a los requisitos nutricionales individuales de cada persona. Estos criterios han de ser:

- Suficientes: en energía y nutrientes, de acuerdo a edad, sexo y actividad que desarrolle la persona.
- Equilibrada: de acuerdo a las proporciones recomendadas, esto es, de un 50% a 60% de la energía total proveniente de los carbohidratos, 30%-35% de los lípidos, y un 12% -15% de las proteínas.
- Variada: para asegurar el aporte de micro y macro nutrientes (Agencia Española de Seguridad Alimentaria¹³, 2005).
- Adaptada: a las condiciones geográficas, culturales y religiosas de cada persona.

Una síntesis de estas ideas se plasma en la figura 3, que muestra la “Pirámide de la alimentación saludable” (Departament de Salut, 2008), en donde se pueden apreciar las recomendaciones nutricionales de acuerdo a los grupos de alimentos. Así, los carbohidratos deben constituir la base de la alimentación, con un mayor

¹³ En adelante AESA

consumo de cereales, patatas, arroz, entre otros., llegando a 4 ó 6 raciones por día, representando del 50 al 60% de la dieta (AESA, 2005). En el segundo lugar de proporción están las frutas y verduras, ricas en vitaminas y minerales, con una cantidad recomendada de 5 raciones diarias. En tercer lugar, el grupo de las proteínas (carne magra, huevos y lácteos), con un aporte ideal del 10 a 15% de las calorías totales, combinando las de origen animal y vegetal (AESA, 2005). Finalmente, en cuarto lugar, se encuentra el grupo de los alimentos ricos en grasas y azúcares refinados, donde se recomienda un consumo más esporádico. Además, se sugiere un consumo abundante de agua, que puede variar de 5 a 8 vasos al día (AESAN, 2012). Cabe señalar también, la recomendación del consumo moderado de la sal (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Dentro de los momentos de las ingestas diarias se destaca el desayuno, debido a que es una comida muy importante, sobre todo en la edad escolar, ya que contribuye a conseguir los aportes nutricionales adecuados, tener un mayor rendimiento cognitivo y evitar el consumo de alimentos poco saludables como la bollería y las golosinas (Aranceta, Pérez, Ribas & Serra, 2000). El desayuno debe aportar hasta un tercio de las calorías totales diarias (Castillo & Sáenz-López, 2008), o aproximadamente desde un 20 al 30% del aporte total diario (Delgado Rubio, en Serra & Aranceta, 2000); mientras que la comida, el 30%; la merienda, en torno al 10%, y la cena, el 25-30% restante (Delgado Rubio, en Serra & Aranceta, 2000).

Figura 3. Pirámide de alimentación saludable (Departament de salut, 2008)



3.1.3. Descanso adecuado

El descanso es un aspecto muy importante para la salud. El cumplimiento de un descanso óptimo es fundamental para el individuo, sobre todo en las sociedades actuales tan caracterizadas por el estrés ocasionado por un acelerado ritmo de vida.

El sueño es un descanso básico e insustituible, el cual corresponde a la suspensión normal y periódica de la conciencia, durante la cual el organismo se repara de la fatiga producida por las jornadas laborales o de estudio, convirtiéndose en una acción absolutamente imprescindible para el organismo (Ramos Gordillo, 2003). Por estas razones, el sueño participa activamente en la preservación de la salud, recuperando las funciones corporales y mentales. En el mismo sentido, la siesta es el periodo de reposo en horas diurnas; y su habituación puede ayudar a disminuir la fatiga psico-física (Ramos Gordillo, 2003).

Ramos Gordillo (2003) señala como criterios para dormir mejor: el hacerlo por lo menos durante 8 a 9 horas al día, mantenerlo ininterrumpidamente, en un lugar a horas determinadas, procurar acostarse temprano (entre las 22 y 23 horas) y levantarse temprano, creando así una rutina de horario, y, por último, no variar la hora de dormir en media o una hora.

Para este estudio se considerará como un descanso saludable, dormir de ocho a nueve horas y realizar una siesta.

3.1.4. Evitar el consumo de tabaco

El tabaco es una sustancia muy nociva para la salud por contener más de 4000 sustancias tóxicas y ser uno de los principales factores de riesgo evitables de enfermedad y muerte (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Lorenzo & Ladero, 2009). El tabaquismo continúa siendo actualmente, pese al descenso experimentado desde los años 90 en el número de muertes atribuibles a su acción, la primera causa evitable en España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹⁴, 2010b). Por esto, y siguiendo a las autoridades sanitarias, se recomienda su total abstinencia. De

¹⁴ En adelante MPSI.

esta manera, para este estudio se considera como un hábito saludable el nulo consumo de esta sustancia.

3.1.5. Evitar el consumo excesivo de alcohol

A diferencia del tabaco, el alcohol es una sustancia que no necesariamente provoca males a la salud, ya que se pueden constatar propiedades beneficiosas asociadas a un consumo moderado, sobre todo en los de tipo fermentado (vino, cerveza), pudiéndose consumir adecuadamente de acuerdo al tipo y cantidad (AESAN, 2012). Para este estudio se considerará como un hábito saludable la abstinencia o su consumo moderado, delimitando las medidas en detalle en apartados posteriores.

3.2. Características de los estilos de vida en las sociedades actuales

Autores como Marcos Becerro (1989), Casimiro (1999), Capdevila (2000), Devís (2000), Weineck (2001), Pérez y Delgado (2004) y Sánchez Bañuelos (2004), entre otros, han señalado las características poco saludables que presentan los estilos de vida de las personas pertenecientes a las sociedades actuales. Estas afectan a la población de los países desarrollados o industrializados, pero también a la de los países en vías de desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Buscando los antecedentes de esta situación, se puede decir que este fenómeno responde a los cambios culturales que ha experimentado la humanidad a través de la historia. Así, desde la aparición de la agricultura y la ganadería, hace unos 10.000 años, o lo que Toffler (1984) llama “la primera ola”, la necesidad de movimiento del ser humano para subsistir ha ido declinando progresivamente. Al contar con estos dos importantes factores para la vida, desapareció la necesidad de cazar para sobrevivir, permitiendo así el establecimiento de los primeros poblados. Esta situación fue la precursora de la aparición del sedentarismo en reemplazo del estilo de vida nómada (Comellas, 2004). Avanzando en el tiempo, se puede decir que a partir del hito marcado por la Revolución Industrial de los siglos XVIII y XIX, o “segunda ola” (Toffler, 1984), se produjo una nueva configuración en la manera de vivir de las personas. Producto de ello, un gran número de personas abandonó la

vida del campo para establecerse en las ciudades, con la esperanza de una vida más próspera, aumentando la población urbana y determinando las características del ambiente y el mercado de trabajo. Así, esta nueva configuración del ritmo de vida de las personas repercute en la salud hasta hoy (Limón, 2004).

En la actualidad, o época de la “tercera ola” (Toffler, 1984), algunas de las características principales que condicionan a la persona y su salud en la sociedad son:

- a) El desplazamiento a gran escala de la población hacia las ciudades (Limón, 2004; Gavidia & Rodes, 2000): debido a causas como la búsqueda de un mejor empleo, los cambios en la práctica de productividad y comercialización, los efectos de las políticas de desarrollo y la búsqueda de un mejor modo de vida. Sin embargo, el aumento sostenido de la población urbana trae asociado problemas como el empeoramiento de la calidad del medio ambiente, afectando el rendimiento sostenible de las tierras, los bosques y los sistemas hídricos que le rodean y, en general, una mayor degradación del entorno.
- b) El aumento de la población a nivel mundial (Limón, 2004; García et al., 2002): desde comienzos de este siglo, y sobre todo en las sociedades más desarrolladas, se viene observando el fenómeno del envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida, como es el caso de España y Cataluña. La Comunidad catalana, por ejemplo, se sitúa entre los siete países del mundo con una longevidad de la población superior a los 80 años (Instituto de Estadística de Cataluña, 2012a), siendo las mujeres las que alcanzan una mayor longevidad (Departament de Salut, 2009a).
- c) La movilidad de empleo y paro laboral (Limón, 2004), ya que “situaciones como las crisis económicas hacen que variables como el paro, dejen fuera de la actividad laboral a las personas con 52 o 54 años” (p. 53). En el caso de los jóvenes, propicia la situación de no tener un trabajo estable y seguro, lo que repercute también en la salud. Este escenario provoca muchos casos de trastornos psicológicos, como la depresión, pudiendo llegar, en algunos casos

más extremos, a provocar suicidios. Cabe señalar también la situación de precariedad económica que afecta a la persona cesante y su grupo familiar.

d) Sociedad competitiva y estresante (Limón, 2004): Debido al carácter competitivo del sistema social, muchas personas se ven sometidas a presiones como la falta de horas de sueño, mala organización de sus horarios y hábitos de comidas, largas jornadas de trabajo y estudio, y la reducción del tiempo de juego y esparcimiento. Esta situación provoca estrés en los adultos y también en los menores.

Por su parte, Gavidia y Rodes (2000) consideran además el hacinamiento de las personas en las zonas periféricas de las grandes urbes; la contaminación de aire, suelo y agua, producto del desarrollo industrial incontrolado; una gran dosis de hedonismo, que pretende vivir con inmediatez; un falso concepto de bienestar, que se concreta en sedentarismo; uso y abuso de drogas; alimentación incorrecta, etc.; y, por último, paradójicamente, una mejora general de las condiciones de vida y la aplicación de los avances científicos, los cuales han permitido prolongar la vida de la población. Finalmente, García et al. (2002) señalan también a la industrialización, el desarrollo del transporte y de las comunicaciones, el desarrollo tecnológico, entre otras.

En resumen, se puede decir que las sociedades occidentales se desenvuelven en un entorno predominantemente urbano, caracterizado por muchos factores que configuran estilos de vida que pueden provocar perjuicios para la salud individual y colectiva. En este escenario, el ser humano se enfrenta a un ambiente en donde la invención de las máquinas supuso un gran avance en materia de productividad y eficiencia, ya que éstas se encargan de hacer el trabajo sin implicar un considerable esfuerzo físico. Sin embargo, esto le predispone a padecer las complicaciones relacionadas con el sedentarismo. El incremento de la inactividad física en las ciudades modernas estaría condicionado principalmente por dos aspectos: el uso masivo de medios motorizados para desplazarse y la mecanización de las actividades laborales, domésticas y de tiempo libre. De acuerdo a Sánchez Bañuelos (2004) y García Ferrando (1997), en España la mayoría de las personas realizan actividades laborales de poca o nula implicación física -como los trabajos de oficina-

debido precisamente a la tecnificación progresiva de las faenas, y, por esto, la actividad física ha ido perdiendo importancia en relación al gasto calórico de los individuos producto de actividades laborales.

Además de la mecanización de las tareas, se puede constatar un uso importante de medios de esparcimiento inactivo. La mayoría de las personas prefieren realizar actividades de ocio más sedentarias antes que las que implican mayor actividad física (García Ferrando, 1997, 2001; Sánchez Bañuelos, 2004; Tojo & Leis, 2007). Así, la televisión, el manejo de ordenadores y las consolas de videojuegos, son en la actualidad las actividades de ocio predilectas de muchas personas, sobre todo de los más jóvenes.

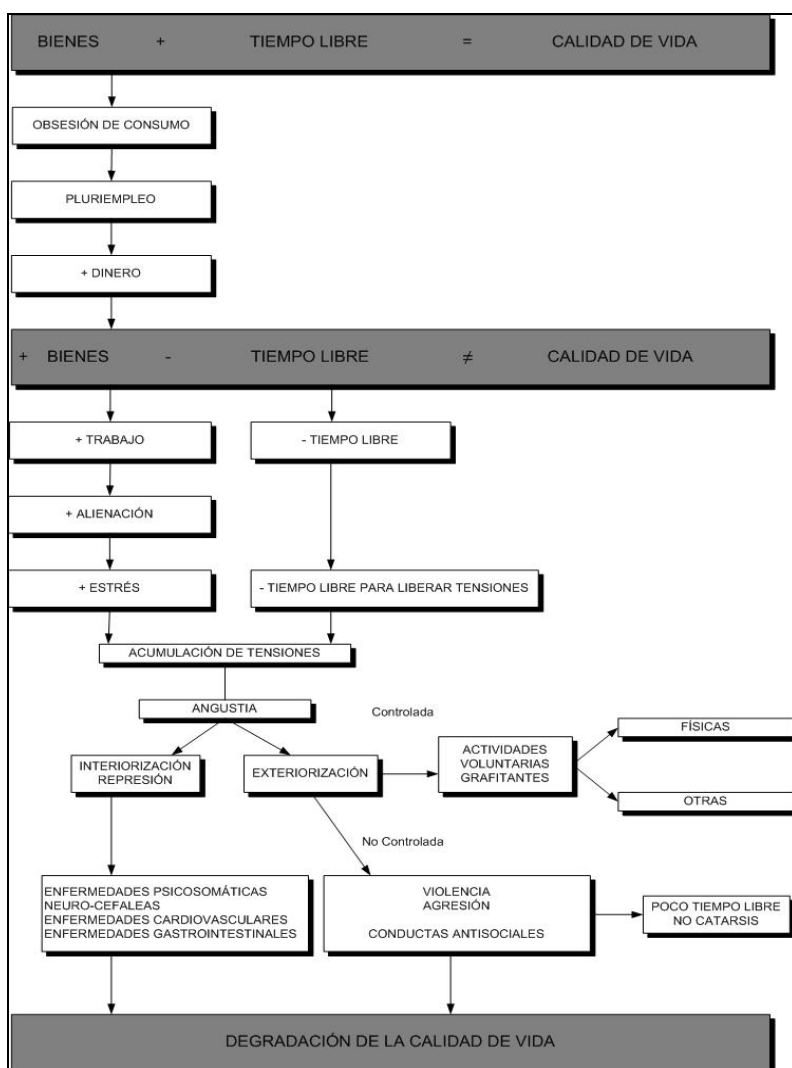
Otro factor importante dentro del estilo de vida actual lo constituye la alimentación inadecuada, caracterizada por la falta de variedad de alimentos que constituyen la dieta y un exceso en el aporte calórico de acuerdo a las necesidades energéticas de los individuos. Esta condición propicia el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes, entre otras patologías. Desde el año 1998, la OMS considera a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI” (Dalmau & Vitoria, 2004) y, según fuentes como la AESAN (2011) se considera a España como uno de los países con índices más altos de obesidad infantil en Europa. Por esa razón, Tirado (2011), afirma que en la actualidad se produce la paradoja que, en una época donde se “idolatra” la figura y belleza corporal, se produce, por otro lado, un aumento del sobrepeso y la obesidad.

Otro factor determinante es la importancia del descanso, en donde su carencia y las presiones del trabajo, propician la aparición del estrés -propio del ritmo de vida moderno- y las múltiples responsabilidades y funciones que deben cumplir las personas, se convierten en una dificultad para tener una óptima recuperación y, por ende, una buena calidad de vida. Por esto, cobra importancia el hecho de tener un buen descanso orgánico y mental, específicamente del sueño, que permita recuperarse del cansancio y tensiones propios de la jornada diaria.

Finalmente, cabe señalar la prevalencia del consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol, que mantienen sobre todo los más jóvenes. Estos factores constituyen uno de los mayores factores de riesgo de la sociedad, y son, a la vez, una de las mayores causas prevenibles de trastornos como el cáncer y cirrosis hepática, respectivamente.

Desde el punto de vista socioeconómico, se puede decir que las sociedades occidentales están caracterizadas por el fenómeno del consumo (Costa & López, 1986; Pallarés, Díaz & Martínez, 2007; Tirado, 2011). En este sentido, Pallarés et al. (2007) sostienen que en el estilo de vida de los jóvenes continúa el aumento de los comportamientos consumistas, no sólo en cuanto al uso de sustancias (como el tabaco y el alcohol), sino también en relación a la moda y al ocio. Así, en este grupo, el número de salidas, la duración y los itinerarios, se intensifican con la disponibilidad de más dinero. De acuerdo a Valenzuela (2008), se muestra en la figura 4 cómo las personas con el fin de obtener más dinero y, por ello, mayor poder adquisitivo, pueden someterse a extensas jornadas laborales -a veces en condición de pluriempleo- que van en perjuicio directo de su tiempo libre y su calidad de vida (Costa & López, 1986). De acuerdo a los mismos autores, la sociedad de consumo va en contra de la ética de la salud al promover, por ejemplo, aparatos “mágicos” para moldear el cuerpo en poco tiempo y dietas “milagrosas” para bajar de peso. De esta manera, la salud se convierte en el mejor estímulo comercial de productos de belleza, modelaje corporal y dietéticos (Tirado, 2011).

Figura 4. Dinámica de la sociedad de consumo (Valenzuela, 2008, p. 72)



3.3. Las enfermedades y causas de muerte relacionadas con los hábitos inadecuados

Profundizando en el ámbito epidemiológico, según datos de la OMS (2012a), de los 57 millones de defunciones ocurridas en el mundo, 36 millones (63%) se debieron a una ENT. El crecimiento de la población y el aumento de la longevidad conducen a un rápido aumento de adultos de mediana y tercera edad y, con ello, se elevan también los índices de muertes por este tipo de enfermedades. Por esto, se prevé que las defunciones por enfermedad cardiovascular¹⁵ y cáncer aumenten. A raíz de estas tendencias, la previsión de la cifra de defunciones anual el 2030 sería de 55 millones de personas.

¹⁵ En adelante ECV.

Se puede decir que desde la segunda mitad del siglo XX, producto de la nueva forma de vida de las sociedades industriales, se produjo un cambio radical en los países occidentales respecto a las formas de enfermar de la población, debido al fenómeno en que la prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis y la peste, se redujo drásticamente, pero, las enfermedades crónicas de tipo no transmisibles causadas por los hábitos inadecuados, se convirtieron en el patrón dominante (OMS, 2012a; Espluga, 2010). Este conjunto de comportamientos se traduce en la adopción de ciertos estilos de vida que constituyen factores de riesgo para la salud, que de acuerdo a Kent (2003), corresponden a “cualquier factor, medioambiental u orgánico que mantiene una estrecha asociación con el comienzo y progreso de una enfermedad o lesión” (p. 311).

Dentro de los factores de riesgo, Van Praagh (2002) clasifica los factores asociados a desarrollar una enfermedad cardiovascular en dos grupos: los que no pueden ser controlados por el sujeto y los que pueden modificarse con un cambio del modo de vida. Así, nombra como factores de riesgo primario a aquellos cuya asociación con las enfermedades cardiovasculares han sido claramente establecidas, tales como el tabaquismo y la hipertensión; y los factores parcialmente reversibles, como el estrés y la inactividad física.

Espluga (2010) señala como los factores de riesgo más importantes para la población joven al consumo de alcohol, la dieta desequilibrada, el sedentarismo y la práctica de relaciones sexuales sin protección. Matarazzo (citado por Limón, 2004), siguiendo el caso estadounidense, señala las principales causas de muerte y sus factores de riesgo asociados en la tabla 16. En ella se aprecia como las principales causas de muerte son provocadas por el sedentarismo, fumar, dieta alimentaria (inadecuada), consumo de alcohol, obesidad, el estrés, etc. En efecto, se puede observar que los factores de riesgo están íntimamente relacionados con los hábitos inadecuados para la salud.

Tabla 16. Causas principales de muerte y factores de riesgo asociados en EE.UU. (Matarazzo, citado por Limón, 2004)

CAUSAS	% DE MUERTES	FACTORES DE RIESGO
Enfermedad cardíaca	37,8	Fumar*, hipertensión*, colesterol*, dieta alimentaria, ausencia de ejercicio físico, diabetes, estrés, antecedentes familiares.
Neoplasias Malignas	20,4	Fumar*, ambiente laboral contaminado*, contaminación ambiental, alcohol, dieta alimentaria.
Ataque fulminante	9,6	Hipertensión*, fumar*, colesterol*, estrés
Accidentes (se excluyen los de tránsito)	2,8	Alcohol*, abuso de drogas, fumar (fuego), diseño del producto, disponibilidad de armas de fuego.
Influenza y neumonía	2,7	Fumar, ausencia de vacunación*.
Accidentes de tráfico	2,6	Alcohol*, no empleo de cinturones de seguridad*, exceso de velocidad*, mal trazado de las carreteras, fallos del vehículo.
Diabetes	1,7	Obesidad*.
Cirrosis hepática	1,6	Abuso de alcohol*.
Arteriosclerosis	1,5	Colesterol*.
Suicidio	1,5	Estrés*, abuso de alcohol y drogas, disponibilidad de armas de fuego

*principal factor de riesgo

Siguiendo en la misma línea, Barbany (2002), Pérez y Delgado (2004) y la OMS (2012a) señalan que las enfermedades más frecuentes y las principales causas de muerte en los países desarrollados se hallan estrechamente relacionadas con los hábitos inadecuados como factores de riesgo, como el sedentarismo y una alimentación incorrecta. Es importante considerar que estos dos factores en especial pueden predisponer al consumo de tabaco y alcohol en exceso, y pueden además afectar la salud mental con cuadros de tensión, estrés psicológico y emotivo, en el cual un comportamiento no saludable puede ser el inicio y reforzamiento de otro, consolidando y manteniendo el desarrollo de hábitos nocivos.

En el ámbito económico, el problema se traduce en el incremento del gasto público y particular en materia de salud atribuidos a los tratamientos terapéuticos de enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer y la obesidad, entre otras (Arufe, Lera, Domínguez & García, 2008). Siguiendo la idea anterior, en la tabla 17 se puede observar que el gasto real del sistema asistencial supera ampliamente al

ideal y, por el contrario, el gasto destinado a la promoción de hábitos de vida saludable, o sea, a la prevención, es mucho menor con respecto al gasto ideal.

Tabla 17. Contribución de recursos de salud en la reducción de la mortalidad (Vallbona, en Capdevila, 2000, p. 23)

	IDEAL (%)	REAL (%)
Sistema asistencial	11	90
Hábitos de vida	43	1,5
Entorno	19	1,6
Biología humana	27	6,9

En el mismo sentido, la OMS (2008a) muestra en la tabla 18, la pérdida de ingresos provocados por la atención de patologías cardíacas, cerebrovasculares y diabetes. En ella, se puede apreciar cómo en diversos países este tipo de enfermedades ocasionan también importantes gastos de salud, las cuales son posibles mitigar con la adopción de conductas más saludables.

Tabla 18. Estimación de pérdidas de ingresos nacionales prevista atribuible a las cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares y diabetes en una muestra de países, 2005-2015 (miles de millones de dólares constantes internacionales de 1998) (OMS, 2008a, p. 3)

	BRASIL	CANADÁ	CHINA	INDIA	NIGERIA	PAKISTAN	FED. RUSA	REINDO UNIDO	REP. UNIDA DE TANZANIA
Pérdida estimada en ingresos en 2005	2,7	0,5	18,3	8,7	0,4	1,2	11,1	1,6	0,1
Pérdida estimada de ingresos en 2015	9,3	1,5	131,8	54,0	1,5	6,7	66,4	6,4	0,5
Pérdida acumulada con valor de 2005	49,2	8,5	557,7	236,6	7,6	30,7	303,2	32,8	2,5

En nivel estatal, la AESAN destaca el problema de la obesidad, que en el aspecto económico constituye también una carga para los presupuestos sanitarios por estimarse un gasto de un 2 al 8% del PIB. De acuerdo a la misma fuente, los costes directos e indirectos de la obesidad en España ascienden a un 7% (341.000 millones de pesetas o 2.049 millones de euros en 1995 y 2.500 millones de euros anuales en el 2002). A raíz de esta situación, se puede decir que el gasto terapéutico acaba por concentrar la mayoría de los recursos destinados a la salud, debido a la gran demanda social de los tratamientos médicos para paliar las enfermedades. De acuerdo a Chillón (2005), se vislumbra entonces una inadecuada distribución de los recursos sanitarios, en donde la promoción de hábitos saludables debería tener una dedicación primordial por parte de las autoridades responsables, educando a la población en la prevención de las enfermedades y evitando, de esta manera, los padecimientos y los gastos causados por las mismas.

Resumiendo, se puede decir que en las sociedades occidentales la mayoría de las personas que pierden la salud o mueren prematuramente, lo hacen a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, poniendo de manifiesto que las estrategias de prevención son claramente deficientes (Espluga, 2010). Se produce entonces una paradoja en la cual, pese a las mejoras de los niveles positivos de vida y los avances médicos, la sociedad vive una situación de morbilidad producto de los hábitos nocivos que desarrolla, produciéndose la degradación de su calidad de vida.

Como se ha revisado, la adopción de hábitos inadecuados supone el riesgo de contraer una ECNT. Este tipo de trastornos, también llamadas “enfermedades de la civilización” (Van Praagh, 2002; Weineck, 2001), corresponden a patologías degenerativas que conllevan al deterioro de los tejidos del cuerpo humano y/o al funcionamiento deficiente de algunos órganos vitales. Sus manifestaciones clínicas aparecen generalmente en la etapa media de la vida (Grande, 1991), teniendo una etiología múltiple y un ciclo ilimitado, ya que una vez adquiridas, no desaparecen solas, y hacen que los individuos se acostumbren a vivir con ellas hasta la muerte (Espluga, 2010), como en los casos de cáncer, diabetes, etc. Devís y Peiró (1997) se refieren a ellas como “enfermedades modernas”, señalando especialmente a las cardiovasculares; mientras que Limón (2004) las denomina “enfermedades del progreso”, haciendo alusión a la relación existente con el estilo de vida de las

sociedades industrializadas donde, según este autor, los avances científicos y tecnológicos no han conseguido hacerles frente. Entre ellas, nombra como las más importantes al cáncer, los fallecimientos relacionados con el hábito de fumar, el alcoholismo, los accidentes de tránsito, laborales y del hogar; la drogadicción y uso abusivo de medicinas; las enfermedades mentales y el SIDA, destacando que todas ellas están directamente relacionadas con los estilos de vida, pero también, con los factores medioambientales.

Finalmente, en uno de sus últimos comunicados, la OMS (2012a) continúa señalando como las principales causas de mortalidad a nivel global a enfermedades cardiovasculares (31%), contagiosas (25%), cánceres (13%), traumatismos (11%), respiratorias y digestivas (9%), mortalidad materna (5%) y otras (6%). Los principales factores de riesgo relacionados con la conducta son el consumo de alcohol y tabaco, la nutrición (entendida como inadecuada), el sobrepeso y la obesidad (OMS, 2011c).

3.3.1. El caso español

En España se puede apreciar una gran similitud con respecto a la situación de otros países occidentales. En la tabla 19 se pueden observar las principales causas de muerte en el país, donde se destacan claramente las ECV, como las relacionadas con el mayor índice de muertes, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias, digestivas y los accidentes de tránsito.

Tabla 19. Causas principales de muertes en España en 1990 (Limón, 2004, p. 59)

CAUSAS	% DE MUERTES
Enfermedades cardiovasculares	40
Cáncer	23,9
Enfermedades respiratorias	9,7
Enfermedades digestivas	5,7
Accidentes	5,7

Para conocer los hábitos deportivos que desarrolla la población española y catalana, es necesario revisar su estilo de vida. Por ello, a partir de la *Encuesta de Salud de España del 2006* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) se observa que el 17,6% de los hombres y un 21,9% de las mujeres no hace actividad física en su tiempo libre; el 36,5 de los hombres y el 45,7% de las mujeres lo hace de manera ocasional; el 26,4% fuma diariamente; el 16,1% de los hombres y el 16,5 de las mujeres mayores de 18 años tienen obesidad. Asimismo, de acuerdo a los datos de la *Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009* del Instituto Nacional de Estadística (2010), junto con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, muestran como principales resultados que más de la mitad de las personas de 18 y más años está por encima del peso considerado como normal, mientras que el 8,4% de la población de 18 a 24 años tiene peso insuficiente; uno de cada cuatro jóvenes fuma a diario; el 20,6% de la población de 16 a 24 años bebe alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes; siete de cada 10 españoles valoran su estado de salud como bueno o muy bueno; y el 24% de la población de 75 y más años ha sufrido dolor físico severo en el último mes.

Por otro lado, en materia de desarrollo de hábitos saludables, la misma fuente señala que el 24,9% de las personas de 16 o más años hicieron ejercicio físico intenso de manera habitual, un 35% lo hizo de manera moderada; las mujeres hacen ejercicio físico intenso con menor frecuencia que los varones (15,7% frente a 34,4%), sin embargo, practican más ejercicio moderado (42,7% frente a 26,0%); el 28,6% de la población de 16 y más años desarrolla sólo una actividad ligera y el 12,1% declara no realizar ninguna actividad física. En materia de alimentación, siete de cada 10 personas afirman comer fruta al menos una vez al día y seis de cada 10, verduras; el 66,3% de los hombres y el 74,8% de las mujeres consumen una o dos veces al día fruta, el cual se va incrementando con la edad. De esta manera, sólo cinco de cada 10 jóvenes de 16 a 24 años consumen fruta diariamente, frente a nueve de cada 10 en los mayores de 64 años. Por su parte, el 7,3% de la población consume fruta menos de una vez por semana. El consumo de verduras es un poco inferior al de la fruta, y sigue el mismo patrón de consumo en cuanto a sexo y edad.

Abordando ahora el contexto catalán, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2007), a través del Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007 de Cataluña, señala que 23,9% de la población se declara sedentaria (siendo las mujeres el colectivo que presenta una proporción mayor a la de los hombres); el consumo de tabaco constituye la primera causa prevenible de pérdida de salud y de mortalidad prematura (con una prevalencia del consumo de 29,4%), siendo mayor en hombres que en mujeres. No obstante, entre los 25 y los 34 años la proporción de fumadores es similar en ambos sexos y es mayor en las clases más bajas. De acuerdo al Departament de Salut (2009), las principales causas de mortalidad prematura entre los 1 y los 70 años, en el año 2007, fueron: tumor maligno de pulmón, accidentes de tránsito, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y suicidios.

Palma (2004), en un estudio sobre los hábitos de vida de las mujeres adultas catalanas, obtuvo como principales resultados que los valores de la distribución de la energía se alejan de una dieta sana debido al alto aporte proteico y lipídico y bajo aporte de glúcidos (las proteínas suponen un 19,8% de la energía total diaria, los lípidos un 39% y los carbohidratos el 41, 2% restante); un 66% son sedentarias en su tiempo libre, llegando a alcanzar valores próximos al 75% en las mayores de 50 años; existe una prevalencia del sobrepeso, que aumenta en el grupo de edad de 50 a 64 años, donde, por categorías, se alcanzó un 47,4% de sobrepeso y un 27,7% de obesidad. Las cifras de índice de masa corporal (IMC) más altas se encuentran en la clase social baja o media. La prevalencia del hábito tabáquico es de un 29,7%, observándose las cifras más altas en el grupo de edad comprendido entre los 18 y 34 años (42,9%). Las mujeres activas tienden a alimentarse mejor, incluyendo en su dieta pan integral, cereales para el desayuno, *muesli*, yogures naturales y frutas. Por el contrario, las sedentarias consumen más productos de pastelería, leche entera y embutidos.

Finalmente, el Departament de Salut (2009a, p. 21), a través de la *Enqüesta de Salut de Catalunya 2006 (ESCA)*, señala que tres de cada diez personas de 15 años y más años son fumadoras; mientras que, por otro lado, una quinta parte de la población ha abandonado el hábito tabáquico, mientras que la mitad no ha fumado nunca; el 4,7% de la población de 15 y más años declara ser consumidor de riesgo de bebidas alcohólicas; una de cada cuatro personas de 15 y más años declara ser

sedentaria; el 34,6% de la población de 6 a 14 años practica habitualmente alguna actividad deportiva; en el grupo de edad de 3 a 14 años, la actividad principal de ocio fuera del horario escolar es mirar la televisión. Tres de cuatro niños de esta edad, declaran que miran diariamente la televisión durante un tiempo medio de 90 minutos; el 2,4% de la población de 18 años y más años tiene bajo peso, el 48,1% peso normal, el 36,5% tiene sobrepeso y el 13% tiene obesidad, estimado a través de la declaración de peso y talla; más de la mitad de la población adulta duerme habitualmente de media entre 6 y 7 horas diarias.

De acuerdo a la revisión anterior de las principales enfermedades y efectos negativos asociados a su desarrollo, se considerarán aquellos de tipo conductual, debido a su directa relación con el estilo de vida. Por lo tanto, y considerando los hábitos saludables establecidos para este estudio, los hábitos inadecuados son: el sedentarismo, la dieta inadecuada, el descanso inadecuado, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol. Todas éstas corresponden a conductas modificables donde la educación puede influir con el fin de reducirlas o evitarlas (Molina & Fortuny, 2003; Pérez & Delgado, 2004) y porque son las que más responsabilidades tienen a la hora de evaluar la situación patológica de las sociedades y que acortan la vida (AESAs, 2005). La mayoría de las enfermedades que matan, invalidan o hacen sufrir a las personas en las sociedades occidentales pueden mejorarse, e incluso prevenirse, a través de la práctica de actividad física, ya sea en forma de deporte o ejercicio físico y con la adopción de hábitos más saludables (Marcos Becerro, 1989). Esto adquiere relevancia si se considera que las enfermedades del tipo no transmisible ya son las que más víctimas provocan en el mundo, siendo las principales afecciones las de tipo crónica y los accidentes cerebro vasculares (OMS, 2008b).

3.4. Los hábitos inadecuados

Así pues, una vez revisados los datos sobre los factores de riesgos y las enfermedades relacionadas con estos comportamientos, se revisarán, como contraparte a los hábitos saludables, los hábitos inadecuados y sus efectos. Esto permitirá conocer las características de los estilos de vida negativos, para realizar su posterior categorización.

3.4.1. El sedentarismo y sus efectos

Según Weineck (2000), el sedentarismo se trata de “la falta de ejercicio físico, la que a su vez se define como la situación en la cual el esfuerzo que realizan los músculos esqueléticos, a largo plazo, se encuentran por debajo del umbral de estímulo y, por lo tanto, no realizan el esfuerzo necesario” (p. 17), siendo el principal factor de riesgo para la salud en las naciones industrializadas (Subirats et al., 2012). Capdevila (2000), lo define como “la inactividad física que constituye un factor de riesgo de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados” (p. 19).

En el mismo ámbito, se considera como una persona sedentaria a aquella que permanece sentada la mayor parte de la jornada y no hace ninguna actividad física ni deportiva o lo hace sólo un día a la semana de manera moderada o vigorosa, al menos 20 minutos, en el tiempo libre; o que camina, por el mismo tiempo, menos de dos días a la semana (Departament de Salut, 2009a). Para Arufe et al. (2008) es aquella que realiza una actividad física inferior a 20 minutos, tres veces a la semana. Finalmente, Costa y López (1986) la definen como la que practica una actividad física menos de tres días a la semana.

Para este estudio se considerará un concepto más integral, tomado de Pancorbo Sandobal y Pancorbo Arencibia (2011) quienes la definen como “aquella que realiza menos de 3 veces a la semana alguna actividad física de predominio aeróbico leve o moderado, o, también la que no efectúa adecuadamente programas de ejercicios en función de la prevención, corrección o rehabilitación de las enfermedades degenerativas” (p. 17).

El sedentarismo constituye hoy un hecho consumado, al contrario de años anteriores donde era considerado sólo un temor de lo que podía suceder, llegando a convertirse en un verdadero fenómeno inédito y masivo en las sociedades occidentales (Blázquez, 2010; Pérez & Delgado, 2004). Weineck (2000) señala que en la historia de la humanidad el cambio de los hábitos de movimiento es un hecho único, y que ha afectado el estilo de vida de las personas tanto en el ambiente laboral como doméstico. En el último siglo la energía liberada para realizar un trabajo con más participación muscular se redujo de forma abrupta. Así, hace 100 años, la

fuerza realizada por los músculos representaba casi el 90% de toda la energía necesaria para el proceso, en contraste del 1% que representa actualmente. En la edad de piedra el ser humano era cazador y recolector y, por esta condición, estaba habituado a recorrer unos 40 kilómetros diarios; en cambio, el ser humano actual no llegaría a los 2 kilómetros (Weineck, 2000). Esto representa un cambio drástico para el organismo, debido a la reducción de las funciones del aparato locomotor. En resumen, las personas en la actualidad no cumplen las exigencias derivadas de su composición corporal, en donde un 50% del peso corresponde al sistema muscular, el cual sólo tiene la función de mover el cuerpo (Marcos Becerro, 1989).

Capdevila (2000), Pérez y Delgado (2004) y Sánchez Bañuelos (2004), entre otros, señalan como responsable de la generalización del sedentarismo al aumento constante de la tecnificación del ambiente, lo que provoca una disminución del ejercicio físico total en la vida cotidiana de las sociedades modernas. Las causas de este fenómeno responden principalmente al estilo de vida, provocado en gran parte porque las actividades laborales y domésticas en muchos casos, implican un bajísimo esfuerzo físico. Esta característica estaría condicionada por el uso de la tecnología actual, orientada hacia el mínimo esfuerzo físico, donde las actividades mecanizadas provocan que la actividad física tenga poca o nula participación (Blázquez, 2010; García Ferrando, 1997; Sánchez Bañuelos, 2004; Weineck, 2000). Las actividades de ocio también se han visto afectadas con la aparición de las nuevas tecnologías que, si bien facilitan la vida en muchos aspectos, tienden a minimizar aún más la actividad física total. Esto se debe al empleo generalizado de las nuevas tecnologías de la información, donde debido al uso masivo de los medios de comunicación, como la televisión y la informática, se producen cambios significativos en el estilo de vida, provocando una reducción en las horas de ocio físicamente activo, por ejemplo, en los niños y adolescentes, como en el caso del uso -y abuso- de los juegos de vídeo y ordenador (Pérez & Delgado, 2004). Kim (citado en Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009) señala especialmente a los adolescentes como el grupo de edad más vulnerable a la dedicación excesiva a internet haciendo cada vez más sedentarios los momentos de diversión y esparcimiento. El uso masivo de la televisión, los videojuegos de consolas y ordenadores, cuentan con mucha popularidad y aceptación en varios sectores de la población, sobre todo entre los más jóvenes (Pérez & Delgado, 2004). Mirar la

televisión, entre los adultos y los adultos mayores, y usar el ordenador, entre la juventud, se han convertido en las actividades de ocio principales, en donde el trabajo físico relacionado a las actividades laborales ha perdido mucha presencia (García Ferrando, 1997, 2001, 2005; Secretaria General de l'Esport, 1995).

Uno de los problemas más preocupantes es que el sedentarismo aumenta con la edad. Esto se presenta con mayor fuerza desde el periodo comprendido entre los 20 y 30 años hasta los 80 (De la Cruz, Moreno, Pino & Martínez, 2011; Khan et. al. 2012). Kemper (citado en Aarts, Paulussen & Schaalma, 1997) señala incluso que este fenómeno se comienza a observar desde los 14 años. Otra de las causas responde a la limitación corporal ocasionada por los problemas crónicos de salud (Arufe et al., 2008).

De acuerdo a Tojo y Leis (2007), las causas que favorecen la inactividad física en la infancia y juventud tienen directa relación con los lugares y momentos de su jornada cotidiana. Así, de acuerdo a sus ámbitos, estas causas se deben a la forma de desplazarse, prefiriendo vehículos motorizados en vez de andar o usar la bicicleta; el uso de ascensores, escaleras mecánicas y cintas transportadoras, en vez de usar las escaleras; la tecnificación del hogar, debido a los equipamientos tecnológicos para realizar la mayoría de las tareas y una escasa participación en las tareas domésticas; la presencia masiva de las TIC en la habitación, tanto para el ocio como para actividades de estudio; la escuela, donde se observa una limitación del tiempo, espacio y equipamiento para la práctica de actividad física y deporte, y se otorga poca importancia curricular para la Educación Física y la vida activa saludable; y, finalmente, a las actividades recreativas fuera del hogar, donde las prácticas deportivas o juegos están limitados por la falta de seguridad, de espacios y de tiempo.

En España, el 46% de los jóvenes no hacen ningún tipo de actividad física en su tiempo libre (Sebastiani & Sánchez, 2011). En la edad escolar existe una tendencia a la inactividad física, debido a que niños desertan de las actividades deportivas, alejándose de una vida activa especialmente en las etapas de

adolescencia y juventud¹⁶, lo que contrasta con el elevado interés inicial que manifiestan por esta actividad (Cecchini, Echevarría & Méndez, 2005). Ante esta situación, hay autores como Treasure y Roberts (citados en Pérez & Delgado, 2004) que llegan incluso a señalar a la escuela como responsable directa de la falta de motivación de los alumnos para participar de actividades físicas, lo que podría suponer un manejo insuficiente de este ámbito por parte del profesorado y, en general, por parte de la escuela.

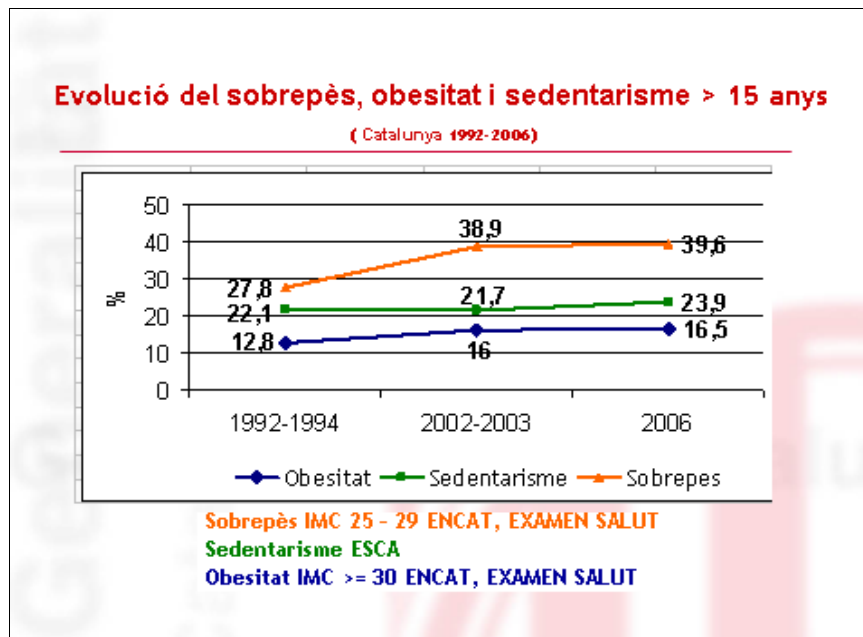
En Cataluña, en el año 2006, un 40% de la población mayor se declaró sedentaria o mínimamente activa (Departament de Salut, 2007). Posteriormente, el Departament de Salut (2009b), a través del informe *Salut en xifres 2009*, señaló que un 20% de los hombres se declararon activos o muy activos, un 43% ligeramente activos y un 37% mínimamente activos o sedentarios. Por su parte, las mujeres, sólo un 9% se declaró activa o muy activa, un 46% ligeramente activas y un 42% mínimamente activas o sedentarias. Esto evidencia un importante nivel de sedentarismo en la población, prevaleciendo mayoritariamente en el colectivo femenino.

Considerando la relación entre el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el gráfico 2 muestra la evolución de estos tres factores en la población mayor de 15 años. En él es posible apreciar cómo se han elevado los niveles de sobrepeso (IMC¹⁷= 25-29), el sedentarismo y la obesidad (IMC \geq 30) desde el año 1992 hasta el 2006. Esto supone una relación en el aumento de los niveles de sedentarismo y el aumento del sobrepeso y obesidad en esta Comunidad.

¹⁶ Entendidas como el rango de edad comprendido entre los 15 y 29 años (Espluga, 2010).

¹⁷ Índice de Masa Corporal. Entendido como el peso(kg)/ estatura (mt)².

Gráfico 2. Evolución de los índices de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en mayores de 15 años entre 1992 y 2006 (Departament de salut, 2008, p. 4)

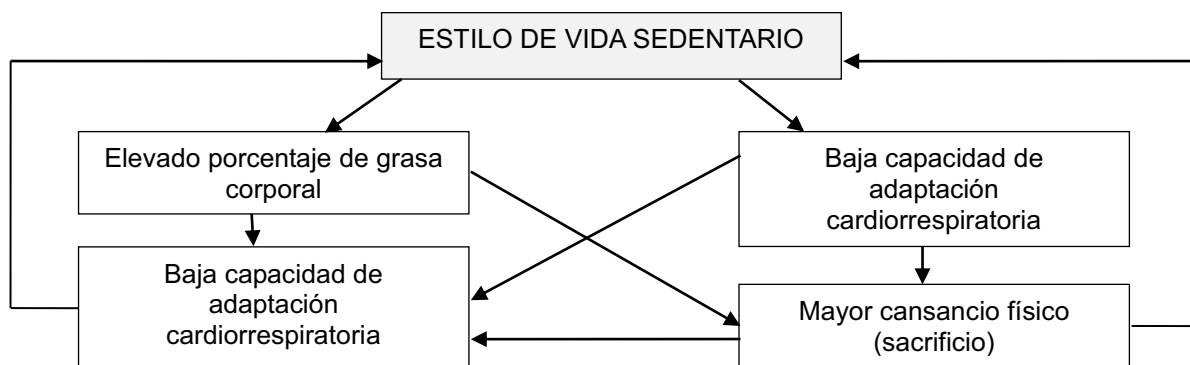


Con respecto a los efectos para la salud, el principal riesgo que representa el sedentarismo es que está relacionado con el desarrollo de diversos trastornos y enfermedades, principalmente de tipo cardiovascular, así como sobrepeso y obesidad (Blázquez, 2010; Departament de Salut, 2008; OMS, 2012; Tojo & Leis, 2007), causando el 5,5% de la mortalidad en el mundo (Departament de Salut, 2012a), tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En el mismo sentido, una persona inactiva tiene muchas posibilidades de consumir una dieta alimentaria más calórica de las que necesita, predisponiéndose al sobrepeso, a la obesidad y a otros comportamientos nocivos (Capdevila, 2000).

En este sentido, la OMS señala que la inactividad física se asocia con 3,2 millones de muertes al año. De ellas 2,6 millones se dan en países de ingresos bajos y medianos, con más de 670.000 muertes prematuras (menores de 60 años) y un 30% de carga de diabetes y cardiopatía isquémica. Así, las personas sedentarias poseen el doble de riesgo relativo que las personas físicamente activas (Capdevila, 2000). Siguiendo a Hernández y Martínez (2007), el sedentarismo está relacionado con algunas circunstancias y sensaciones que, como muestra la figura 5, constituyen un “círculo vicioso”, en el cual la falta de actividad física provoca un aumento de

peso al elevar el porcentaje de grasa corporal, dando como resultado una menor capacidad de adaptación a las exigencias físicas (cardiorrespiratorias) y una sensación de mayor cansancio, percibiendo la práctica física como un verdadero sacrificio. De esta manera, el individuo seguiría perpetuando el estilo de vida sedentario.

Figura 5. "Círculo vicioso" de las relaciones entre el estilo de vida sedentario y sus efectos sobre la salud (Hernández & Martínez, 2007, p. 91)



De esta forma, las enfermedades provocadas por el estilo de vida sedentario pueden afectar de muchas maneras al individuo, considerando sus tres dimensiones. De acuerdo a Weineck (2000), la falta de actividad física se manifiesta alterando las funciones corporales, para lo cual los distintos órganos se adaptan a estas modificaciones, dando como resultado la degeneración de los mismos. Esto tiene vital importancia, ya que de acuerdo al mismo autor “la pérdida de esfuerzo o función de un órgano tiene influencia sobre todo el organismo” (p. 23).

De acuerdo al aspecto multidimensional de la salud, sus efectos negativos son:

- De tipo físico: sobrepeso y obesidad; trastornos cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial; algunos tipos de cánceres y de neoplasia; diabetes *mellitus*; y osteoporosis (Capdevila, 2000).
- De tipo psicológico: De la Cruz et al. (2011) señalan que, si bien no se puede hablar de una relación causa/efecto, las personas que realizan una actividad física moderada ayudan a prevenir la aparición de problemas mentales y tienen, en general, una mejor salud en este aspecto.

En el mismo ámbito, Capdevila (2000) señala que aunque no se disponga de datos epidemiológicos en cuanto a la relación causa/efecto, se debe considerar la posibilidad de que la inactividad física favorezca el desarrollo de trastornos psicológicos, indicando que puede propiciar estados de ansiedad y de estrés emocional, estados depresivos y la pérdida de las capacidades intelectuales en la tercera edad. Una hipótesis explicativa podría ser que las personas sedentarias no tienen tantos mecanismos de distracción ni tantas facilidades para liberar la tensión emocional como las personas activas, que tienen al ejercicio físico como un aliado en ese sentido. De esta manera, el mismo autor señala que es frecuente que las personas con problemas de ansiedad y/o depresión presenten trastornos conductuales obsesivo-compulsivo relacionados habitualmente con la alimentación, y que pueden originar sobrepeso, obesidad, o a veces anorexia. En conjunto, este tipo de conductas suponen un importante factor de riesgo. En la tercera edad, la pérdida de funciones intelectuales se asocia directamente con la inactividad física.

3.4.2. La alimentación inadecuada y sus efectos

Weineck (2000) define a la alimentación inadecuada como una ingesta desequilibrada de nutrientes y/o una cantidad excesiva de calorías, de acuerdo a los requerimientos energéticos individuales. Por su parte, Grande (1988) la señala como aquella que no se adapta a los requerimientos nutricionales necesarios para el buen funcionamiento del organismo y que muchas veces excede los límites calóricos necesarios de acuerdo al sexo y edad de los individuos, causando un “balance positivo de energía”; o sea, una ingesta calórica mayor de la que se gasta en los procesos metabólicos.

De acuerdo a factores que la determinan, las principales características de una alimentación inadecuada, son:

- a) Un consumo de dietas de alto valor calórico respecto al gasto energético, ricas en grasas, procedentes de animales terrestres y otros alimentos de origen vegetal, en general (AESAN, 2011; Castillo & Sáenz-López, 2008; Grande, 1991).

- b) Excesivo aporte calórico de proteínas, que representa un 18%, superior a las recomendaciones saludables (15%) (Castillo & Sáenz-López, 2008), siendo los de origen animal los más elevados (Weineck, 2000).
- c) Excesiva ingesta de grasas saturadas y colesterol, abuso de alimentos que contienen calorías vacías (como el alcohol de alta graduación y la bollería industrial), el abuso de la sal; y un déficit de alimentos crudos, ricos en vitaminas y minerales, como frutas y verduras (AESAs, 2005; AESAN, 2011).

Entre las causas de los malos patrones alimenticios, se encuentra comúnmente la escasa información. Esto podría propiciar el riesgo de contraer enfermedades graves, como los trastornos del comportamiento alimenticio, incluida la bulimia y la anorexia (Rigolfas, 2010).

Los principales problemas para la salud asociados a una alimentación inadecuada, corresponden principalmente a los derivados del exceso de peso corporal por aumento de la masa grasa (AESAN, 2011). Así, el sobrepeso y la obesidad, entendida como el exceso de tejido adiposo anormal que origina un aumento del peso de acuerdo al sexo, talla y edad de la persona (Departament de Salut, 2008; Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2012), constituyen una condición de entrada para padecer otras enfermedades.

Debido a la importancia y prevalencia de estos problemas, se considera necesario profundizar en las ideas entorno a estos factores. La obesidad está considerada por la OMS y el *Internacional Obesity Task Force*¹⁸(2012a) (Grupo Internacional de Trabajo sobre la Obesidad) como la epidemia del siglo XXI. Esta tiene un alto impacto en la sociedad, específicamente en los niveles de morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (Aranceta & Serra-Majem, 2007; OMS, 2012). De acuerdo al IOTF (2012a), la obesidad está asociada con el incremento del riesgo de padecer múltiples trastornos, como las ECV, la diabetes y algunos de los cánceres más comunes. Según la OMS (2012) cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso y la obesidad. Ambos factores pueden provocar efectos metabólicos adversos sobre la presión arterial,

¹⁸ En adelante IOTF.

además de aumentos de los niveles de colesterol HDL y triglicéridos y causar diabetes. Además aumentan el riesgo de padecer diversos tipos de cáncer, coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes *mellitus* de tipo 2. Estas patologías fueron consideradas problemas propios de países con ingresos altos, sin embargo, la obesidad y el sobrepeso también están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas (Aranceta & Serra-Majem, 2007).

La OMS pronostica que de seguir esta tendencia, la sobrecarga ponderal afectará a toda la población europea en el año 2040, lo que tendrá, sin duda, unas consecuencias gravísimas en todos los indicadores de salud y tejido social del mundo desarrollado (IOTF, 2012a; OMS, 2011d). Para Weineck (2001) el sobrepeso y la obesidad están directamente relacionados con una alimentación inadecuada, ya que existe evidencia de que el 95% de los casos de obesidad tienen en su desarrollo un claro componente ambiental vinculado al sedentarismo y a unos hábitos dietéticos que favorecen el balance positivo de energía y, como consecuencia, la acumulación paulatina de masa grasa (Aranceta & Serra-Majem, 2007). De acuerdo a Moreno, Monereo y Álvarez (2000), en condiciones normales el cuerpo humano debería contener una cantidad de tejido graso que varía entre un 15% y un 18% en el hombre joven y, entre 20% o un 25% del peso corporal en la mujer. Más allá de esas cifras, corresponde a valores de sobrepeso y obesidad.

Los criterios para determinar el sobrepeso y la obesidad a través del IMC, se muestran en la tabla 20. En ella se observan las clasificaciones para definirla en personas adultas, a través de 9 categorías, que van desde el peso insuficiente (<18,5) hasta la obesidad extrema (>50).

Tabla 20. Clasificación del peso y la obesidad según el IMC en adultos (Sociedad Española para el estudio de la obesidad, 2012)

CLASIFICACIÓN	VALORES LÍMITES DEL IMC
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5
Sobrepeso	18,5- 24,9
Sobrepeso grado I	25- 26,9
Sobrepeso grado II (pre obesidad)	27- 29,9
Obesidad de tipo I	30- 34,9
Obesidad de tipo II	35-39, 9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40- 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

En España, la situación de los hábitos alimenticios de la población infantil y adolescente presentan errores evidentes que pueden ir dañando al organismo, creando así un adulto enfermizo en potencia (Delgado & Tercedor, 2002). Esto se respalda en la información del IOTF (2012b), donde se señala que España tiene una prevalencia de obesidad de 24,4% en el grupo de los hombres, y un 21,4% en el caso de las mujeres, de acuerdo a los datos analizados entre 2008 y 2010. Estos cambios se producen también por las modificaciones en la dieta, donde Limón (2004), señala:

La dieta española corresponde a un patrón típico de los países mediterráneos aunque en la actualidad tiende a desviarse en algunos aspectos del patrón dietético recomendable, lo que resulta preocupante para la población infantil y adolescente. Una de las posibles causas de la dieta española, sobre todo en la juventud, es el incremento de consumo de grasas debido en parte a la importación de la cultura gastronómica norteamericana. (p. 69)

A partir de esta reflexión, se puede deducir que la sociedad española ha disminuido el consumo de alimentos característicos de la dieta mediterránea, aumentando el consumo de productos de “comida rápida” como hamburguesas, pizzas, alimentos fritos y bebidas azucaradas. En este sentido, la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española realizada por la AESAN (2011), señala la paradoja de que siendo España considerada como el ícono de la dieta mediterránea, entendida como aquella que tiene un alto contenido de verduras, frutas, pescado y aceite de oliva, es en la actualidad uno de los países con los índices más altos de obesidad

infantil de Europa; mientras que la población juvenil presenta dietas desequilibradas debido a la elevada ingesta de carnes rojas, zumos y pastas azucaradas.

De acuerdo a sus Comunidades Autónomas, Canarias y Andalucía presentan la mayor prevalencia de obesidad con un 18% y un 15,6%, respectivamente, mientras que Galicia y Asturias, presentan un 12,3% y Cataluña un 9,8%, con una media española del 13,9% (Aranceta & Serra-Majem, 2007).

Finalmente, cabe mencionar los hábitos alimenticios de los universitarios. De acuerdo a los resultados obtenidos por Riba (2002), en un estudio de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona, las principales conclusiones fueron que el 8,3% de los chicos no desayuna; existe un bajo consumo de vegetales y un elevado consumo de los alimentos proteínicos y bebidas refrescantes; entre el 20 y el 30% de la población estudiada desconoce los alimentos que hay que moderar para prevenir la hipercolesterolemia; consideran que el consumo de vegetales, pescados y aceite de oliva son saludables y, por el contrario, consideran perjudiciales la mantequilla, la carne de cerdo, y el aceite de semillas; la mitad de la población del estudio cree que la mayoría de los alimentos tienen un efecto saludable con la excepción de la mantequilla y el aceite de semillas, el resto (50%) opina que la mayoría de los alimentos son indiferentes; los demás (25%) consideran distintos alimentos perjudiciales para la salud y se pueden diferenciar en tres grupos: los que consideran perjudicial las carnes, los que consideran los alimentos calóricos y los que consideran las grasas, el aceite, la carne del cerdo y el vino; los estudiantes muestran, en general, un gran interés por los temas de alimentación, el peso y la salud; los chicos consideran muy saludable el consumo de vino, pasta y miel, y las chicas el consumo de zanahoria y de pan integral, perjudicial el vino y muy perjudicial la carne de cerdo; y, finalmente, que los estudiantes con hábitos alimentarios más equilibrados tienen unas conductas más saludables, como no fumar, practicar actividad física y tener un bajo consumo de alcohol.

Si bien es cierto que existen otros problemas causados por la alimentación inadecuada, relacionada con la carencia de nutrientes (anorexia), la prevalencia epidemiológica que tiene el sobrepeso y la obesidad es considerablemente mayor, debido al grado de epidemia de ésta última. De esta manera, se expondrán los

problemas relacionados con estos dos trastornos:

- a) De tipo físico: aumento del colesterol LDL (Weineck, 2000); sobrepeso y obesidad, las cuales causan cardiopatía isquémica, diabetes *Mellitus*, enfermedad crónica obstructiva pulmonar, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de boca y orofaringe, cáncer de esófago, cáncer de endometrio, cáncer de riñón, cáncer de vesícula biliar (IOTF, 2012c). En niños y jóvenes: enfermedades cardiovasculares: dislipidemia, hipertensión, coagulopatía, inflamación crónica, disfunción endotelial, hipertrofia ventricular izquierda, síndrome metabólico, aceleración de la aterosclerosis; musculoesquelético: epifisiolisis cabeza femoral, enfermedad de Blount, incremento del riesgo de fractura, pie plano; en el sistema endocrino, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2, pubertad precoz (Tojo & Leis, 2007).
- b) De tipo psicológico: depresión, deterioro de la imagen corporal debido a la obesidad (Aranceta & Serra-Majem, 2007), deterioro de la autoestima (Aranceta & Serra-Majem, 2007; Tojo & Leis, 2007). En la edad infantil y juvenil, baja autoestima, depresión, insomnio, ansiedad, acoso/intimidación/burlas, estigmatización, aislamiento social, déficit de atención primaria, hiperactividad. Ideación y tentativa de suicidio, trastorno del comportamiento alimentario, abuso de drogas (Tojo & Leis, 2007).
- c) De tipo social: rechazo social, problemas para relacionarse con las demás personas, deterioro de la relación con el entorno (Aranceta & Serra-Majem, 2007).

3.4.3. El descanso inadecuado y sus efectos

Los trastornos del sueño constituyen unos de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales. La importancia de desarrollar un sueño de buena calidad es un factor fundamental para la salud -principalmente la de tipo mental- y es un elemento propiciador de una buena calidad de vida. Desarrollar un buen sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino

que considera un buen funcionamiento diurno, o sea, un adecuado nivel de atención para realizar las tareas (Sierra, Jiménez & Martín, 2002). El descanso inadecuado, entendido como insuficiente, es aquel que no permite la recuperación física y mental, de acuerdo al desgaste producido por las labores diarias. Esto implica el riesgo de padecer estrés y otras patologías relacionadas. Para Ramos Gordillo (2003) se habla de descanso inadecuado cuando éste se ve afectado por la falta de dormir las horas necesarias para una recuperación óptima, y estaría causada muchas veces por un exceso de trabajo y/o estudio, las cuales son situaciones muy comunes del estilo de vida urbana.

La falta de un descanso adecuado puede provocar muchos problemas a la salud física y mental. Ball y Hough (1999) señalan que los problemas de la falta de sueño afectan a la salud de dos formas: 1) pueden provocar somnolencia –entendida como una fuerte necesidad de dormir- provocada por las interrupciones del tiempo dedicado al sueño, lo que puede provocar accidentes o un bajo rendimiento en las diversas actividades que realice la persona; y, 2) pueden producir trastornos en los procesos vitales básicos como, por ejemplo, la digestión, la circulación sanguínea y la intensificación de los problemas del corazón. De acuerdo a los mismos autores, las alteraciones del sueño podrían incluso provocar la muerte a largo plazo, ya que las personas que duermen mal, en un periodo entre cinco y diez años, tienen más probabilidades de padecer problemas cardiovasculares, que las que desarrollan un sueño reparador.

Uno de los problemas más recurrentes de la falta de descanso es el estrés. Para Hombrados (1997) el estrés surge cuando existe un desequilibrio percibido entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo. El estrés se entiende como el resultado de una combinación de tres áreas: la fuente, los moderadores y las manifestaciones del mismo. Levi (citado en Hombrados, 1997) señala que ante los acontecimientos vitales estresantes, el organismo reacciona con mecanismos patogénicos que, en función de la presencia o ausencia de una serie de variables interactuantes, pueden ser precursores de trastornos. En este sentido, el estrés puede tener consecuencias físicas (problemas cardiovasculares, cáncer o problemas respiratorios), psicológicos (diversas enfermedades mentales y trastornos psicósomáticos), conductuales (tabaquismo, alcoholismo, accidentes) y sociales

(absentismo laboral, conflictos familiares, etc.).

Sobre los mecanismos que estos efectos patológicos tienen sobre la salud, Kravits y cols. (1985, citados en Hombrados, 1997) afirman que los mecanismos que pueden provocar el estrés son:

- a) Efectos de tipo psico-fisiológico: los estímulos psicosociales causan cambios en el funcionamiento corporal, es decir, en respuesta al estrés se activan los mecanismos de defensa químicos hormonales, provocando cambios en el sistema simpático, secreción de catecolaminas, etc.
- b) Puede favorecer la adopción de hábitos inadecuados y conductas no adaptativas: los individuos ante una situación de estrés prolongado pueden utilizar como mecanismos de afrontamiento para paliar sus efectos, conductas como beber en exceso y comer en exceso, fumar tabaco, consumir tranquilizantes, etc. Estas conductas, a largo plazo, son factores de riesgos para determinados trastornos.

Finalmente, cabe mencionar que la falta de sueño está relacionada con el riesgo de contraer otras patologías. En el estudio de Garaulet et al. (2011), se determinó que existe una asociación inversa entre la duración del sueño y los parámetros de obesidad; o sea, a menor horas de sueño, mayor presencia de ésta; además aumenta la posibilidad de presentar patrones alimenticios inadecuados. Esta situación estaría dada por las horas dedicadas a ver la televisión, en donde además, se consume mayor cantidad de comida.

3.4.4. El consumo de tabaco

En la actualidad, el consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo (Becoña, 2006; OMS, 2012b). En Europa, el tabaquismo provoca 1,2 millones de muertes al año y está relacionada directamente con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 corresponden a diferentes tipos de cáncer, siendo la primera causa en los casos de cáncer de pulmón y más del 50% de enfermedades cardiovasculares (Ministerio de

Sanidad y Consumo, 2007). Según la OMS (2012b), el consumo de tabaco provoca más de 5 millones de muertes al año y causa el 11% de las muertes por cardiopatía isquémica y más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. De acuerdo a la misma fuente, el impacto para la salud es tal, que de mantenerse los niveles actuales, matarían a más de 8 millones de personas anualmente para el 2030, y la mitad de los 1000 millones de fumadores padecerán prematuramente debido a una enfermedad relacionada. De esta manera, el tabaquismo constituye en los países desarrollados el primer problema de salud pública susceptible de ser prevenido. La mortalidad atribuible al tabaquismo tiene una importante magnitud y sigue una tendencia ascendente, tanto en hombres como en mujeres (Lorenzo & Ladero, 2009).

En el humo de los cigarrillos existen más de 4000 componentes, donde los más importantes y nocivos son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La nicotina es el alcaloide que tiene la planta de tabaco, y es además el principal ingrediente psicoactivo que buscan los consumidores (Lorenzo & Ladero, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), la misma que una vez ingerida por el cuerpo, produce una fuerte adicción, por lo que su falta produce el “síndrome de abstinencia de la nicotina”. Por lo tanto, los cigarrillos y los demás preparados tabáquicos, pueden ser considerados como instrumentos para la administración de la nicotina (Lorenzo & Ladero, 2009).

En España, el consumo de tabaco también constituye uno de los principales problemas sanitarios de la sociedad (Lorenzo & Ladero, 2009). Se ha estimado que el 15% de los ingresos hospitalarios son debidos a las patologías provocadas por el consumo de tabaco (Becoña, 2006). En el año 2000, el Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, en los resultados de la Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas del 1999, señaló que el 65% de los españoles de 15 a 65 años lo han probado en alguna ocasión. Este dato representa un porcentaje algo inferior al de la misma encuesta de 1997, la cual arrojó un 68,3%. Otros resultados importantes en este ámbito son que el 47% de la población ha fumado en el último año, un 39% en el último mes, y un 32,9% afirmó haber fumado a diario durante el último mes. En datos más actuales, Lorenzo y Ladero (2009) señalaron que el 30%-40% de la población adulta es fumadora

crónica y prácticamente la misma proporción de jóvenes lo son. Sin embargo, según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), el consumo de tabaco ha experimentado un descenso significativo en los últimos años, coincidiendo con la percepción de riesgo que la población asocia a su desarrollo. De esta manera, de acuerdo al Observatorio Español sobre Drogas (2012), se han experimentado reducciones paulatinas –con algunos aumentos puntuales– en la población de entre 15 y 64 años. Sin embargo, de acuerdo a la misma fuente, todavía fuman a diario 3 de cada 10 personas mayores de 16 años, registrándose la mayor proporción de fumadores entre los 25 y los 44 años. Por el contrario, los mayores de 65 años son los que menos fuman.

El hábito de fumar se empieza a adquirir desde una edad muy temprana. Limón (2004) ubica el comienzo en los 16 años, sin embargo, señala que poco a poco la tendencia de consumo de tabaco es decreciente, así, en la encuesta ESTUDES 2010 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012) el inicio se ubica en los 13,5 años en los estudiantes de secundaria, siendo una de las sustancias más valoradas junto con el alcohol y el *cannabis*, en España, y también en Cataluña (Pallarés et al., 2007).

Zaragoza (1990) explica las razones por las cuales las personas mantendrían el hábito de fumar. Entre ellas, se destaca el efecto excitante provocado por la nicotina, que se comporta como un sedante en el organismo del fumador, el que una vez habituado a su consumo, crea un estado de intranquilidad y desasosiego, el cual sólo calmará con el aporte de más nicotina en el organismo. Otra razón es que en el hábito de fumar existen una serie de automatismos que sirven como una descarga psicológica que pasa a integrar un conjunto de gestos como, por ejemplo, tener un cigarrillo en la mano, encenderlo con el mechero, etc. que se van transformando en verdaderos rituales para quien está habituado a fumar. Esta verdadera “ceremonia” resulta especialmente reforzadora de la dependencia del tabaco (Lorenzo & Ladero, 2009). Otro factor relacionado es que, comúnmente, el fumador expresa como motivos válidos para fumar, razones y justificaciones de toda índole, ya sea por motivos de alegría, tristeza, necesidad de concentración, relajación, etc.

El consumo de tabaco se asocia a más de una veintena de enfermedades (Lorenzo & Ladero, 2009) y con el desarrollo de diversos trastornos y enfermedades entre las cuales se pueden nombrar:

- De tipo físico: cánceres en distintos órganos del aparato circulatorio, respiratorio y nervioso, pulmón, tráquea, bronquios, labios, cavidad bucal, faringe, esófago, páncreas, cérvix uterino, vejiga y riñón (Becoña, Palomares & Del Pilar, 2000; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007); enfermedades cardiovasculares: hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arterioesclerosis, cardiopatía isquémica, aneurisma de la aorta y otros aneurismas (Becoña et al., 2000; Lorenzo & Ladero, 2009); enfermedades cerebrovasculares (Lorenzo & Ladero, 2009); enfermedades respiratorias: neumonía, gripe, bronquitis, enfisema y obstrucción de las vías respiratorias (Becoña et al., 2000); en las embarazadas, problemas para el feto (Ministerio de Sanidad & Consumo, 2007); aumento del cáncer de pulmón en las mujeres debido al incremento de consumo de tabaco en la población femenina (en 10 años la mortalidad ha crecido un 20 % en las mujeres; mientras que en los hombres un 5%) (Ministerio de Sanidad & Consumo, 2007); tumores malignos, donde tiene estrecha relación con: carcinoma broncogénico, cáncer de laringe, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de esófago y cáncer de vejiga; y en menor medida, cáncer de estómago, hígado, cáncer de ovario, carcinoma de cuello uterino, aterosclerosis, osteoporosis, entre otros (Lorenzo & Ladero, 2009); deterioro del funcionamiento sexual: impotencia y alteración en la formación del esperma en los hombres (Becoña & Vásquez, 1998); enfermedades pediátricas (menores a 1 año): parto prematuro, bajo peso al nacer, disnea, otras afecciones respiratorias del recién nacido y síndrome de muerte infantil repentina (Becoña et al. 2000).
- De tipo psicológico: dependencia física y psicológica (Ministerio de Sanidad & Consumo, 2007; Lorenzo & Ladero, 2009); depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína) trastorno de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia (Becoña, 2006).

- De carácter social: exposición del humo a las demás personas (fumadores pasivos) (Lorenzo & Ladero, 2009); está implicado en el aumento de casos de atención terapéutica por alcohol y cocaína (Pallarés et al., 2007).

3.4.5. El consumo excesivo de alcohol y sus efectos

Desde un análisis químico, lo que se conoce genéricamente como alcohol, se trata del alcohol etílico o etanol, el cual se puede obtener a través de dos procesos: la fermentación, de los hidratos de carbono presentes en los alimentos vegetales; y la destilación, donde se extrae a través de un proceso de ebullición y condensación. A través del primero, la concentración máxima llega a un 16%; mientras que en el segundo caso se obtienen las bebidas de mayor graduación alcohólica (35% y más). Sanchís y Martín (1997) señalan las diferencias entre los dos tipos de bebidas a partir de la concentración, por ejemplo, un litro de cerveza contiene 5% de alcohol puro, y el vino un 12%; entre las destiladas, como el brandy y otras, corresponden a un 40% o más.

Para determinar cuando se habla de consumo excesivo, cabe señalar que el contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración y del volumen del contenido, pudiéndose encontrar diferentes niveles de concentración en las bebidas alcohólicas dependiendo del país donde se encuentran (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2007b). En los últimos años, la forma de calcular los gramos de alcohol se ha ido sustituyendo por el concepto de “Unidad de Bebida Estándar” (UBE). El Ministerio de Sanidad y Consumo (2012), basándose en los estudios de Saunders y cols., señala que en España una UBE corresponde a 10 gramos de etanol puro. El consumo de alcohol recomendado está condicionado también por el género de las personas; así, en España, no debe sobrepasar las 2-3 unidades al día para hombres, y algo menos (1-1,5 unidades) para las mujeres, siendo 1 UBE= 1 copa de vino (80-100ml) o 1 botellín de cerveza = 200ml. (Dapcich et al., 2012). De acuerdo a la Federación Española de Bebidas Espirituosas (2014), el consumo recomendado debiera ser de 30 ml de alcohol puro en el caso de los hombres y 20 ml en el caso de las mujeres.

Abordando ahora sus efectos sobre la salud, se puede decir que el alcohol es una sustancia que no necesariamente produce efectos negativos en los individuos y que, por lo tanto, tiene una faceta positiva y otra negativa. A diferencia del tabaco, su consumo en cantidades adecuadas puede aportar algunos beneficios a la salud. En este sentido, Zaragoza (1990) señala que el alcohol puede ser compatible con el organismo humano, ya que se degrada en el hígado hasta cierta cantidad. El mismo autor señala que en dosis muy bajas puede ser un estimulante y, gracias a su aporte calórico, donde cada gramo de etanol genera 7,2 Kcal puede ser considerado incluso como un alimento (Ladero & Lizasoain, 2009). Así, para la AESAN (2012), las bebidas de tipo fermentadas, como el vino y la cerveza, consumidas de manera moderada y responsable, pueden ayudar a disminuir los riesgos cardiovasculares y proteger de otras enfermedades debido a que son fuente importante de vitaminas, minerales y antioxidantes naturales. En el mismo sentido, Fuster (2008) señala que entre los beneficios del consumo de bebidas fermentadas de forma moderada, entendida como el equivalente a una cantidad de uno o dos vasos de vino al día, se encuentran la reducción de riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular en un 25% y en las personas que ya padecen esta enfermedad, se reduce también en la misma proporción. El mismo autor señala que recientes investigaciones han confirmado algunas propiedades beneficiosas del vino, como, por ejemplo, que protege al corazón y las arterias gracias a su acción anticoagulante, comparable a la de la Aspirina, y es un potente antiinflamatorio debido a la gestión de las grasas, incrementando en 12% los niveles de colesterol HDL. Además es bueno para la gestión de los azúcares, reforzando la eficacia de la insulina para regular el nivel de glucosa en la sangre. Por último, señala la característica de ser un vasodilatador que puede ayudar a controlar la tensión arterial y también reduce en cerca de un 30% el riesgo de sufrir accidentes vasculares cerebrales como las embolias.

Ahora bien, debido a que el etanol no es un producto normal del metabolismo humano, y las cantidades mínimas que se producen en el organismo se deben a la fermentación de la flora bacteriana (Ladero & Lorenzo 2009), su ingesta en cantidades excesivas provoca un gran desequilibrio metabólico. En este caso, el alcohol se convierte en la sustancia psicoactiva que posee la mayor capacidad de causar amplio daño tisular y, por esta razón, es controvertida la existencia de un nivel “umbral” de consumo peligroso, tal como señala Sánchez-Turet (1999), al decir que siempre existe un riesgo asociado a cualquier nivel de ingesta.

Por tanto, para clasificar las medidas y los tipos de consumidores, se han elaborado categorías para calcular la cantidad de alcohol consumida y el tipo de consumidor, respectivamente. Así, en la tabla 21 se detallan las UBE correspondiente a los fermentados, como el vino y la cerveza; así como destilados, como los licores y el cubata. En la tabla 22 se muestran las categorías de consumidores de alcohol, de acuerdo a su cantidad, donde se establecieron tres categorías de bebedores en función de la ingesta y el género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Tabla 21. Número de Unidades Estándar por tipo y volumen de bebida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 23)

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	NÚMERO DE UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR
Vino	1 vasito (100 cc)	1 UBE
Cerveza	1 caña (200 cc)	1 UBE
Licores	1 copa (50 cc)	2 UBE
Cubata	1 combinado	2 UBE

Tabla 22. Tipos de consumidores según la OMS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 23)

CONSUMO	VARON	MUJER
Bajo riesgo	Hasta 17 UBE/semana	Hasta 11 UBE/ semana
Alto riesgo	Entre 17 y 28 UBE/ semana	Entre 11 y 17 UBE/ semana
Peligroso	Más de 28/ semana	Más de 17 UBE/ semana

Al hablar ahora de los problemas derivados de su consumo inadecuado, se puede decir que el consumo de alcohol representa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, constituyendo el primer factor de riesgo en el área del Pacífico Occidental y las Américas y el segundo en Europa (OMS, 2012). El consumo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año. Unos 320.000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas al consumo de alcohol, llegando a un 9% de los decesos registrados en este grupo (OMS, 2011b).

El consumo inadecuado está relacionado con un alto número de accidentes de tránsito y laborales, así como tasas elevadas de morbilidad por cirrosis hepáticas, psicosis alcohólicas, pancreatitis, etc. (Limón, 2004), que causan muertes e invalidez con importantes costes familiares y sociales. Para Hunt (1985) y Sanchez-Turet (1999) el consumo inadecuado constituye además el riesgo de sufrir accidentes de tránsito y de contraer algunas enfermedades. El alcohol está contraindicado para mujeres embarazadas, periodos de lactancia o infancia y, en los casos de consumo más extremos como el alcoholismo, constituye una enfermedad y un serio problema de salud y social en muchos países del mundo. Según Espada y Méndez (2003), el alcoholismo es un estado de dependencia física y psíquica del alcohol que provoca un consumo compulsivo y continuado, en donde beber habitualmente (3 o 4 días por semana) cantidades superiores a 75 cm³ de alcohol puro al día, en el caso de los hombres, y 50 cm³ para las mujeres, se considera un estado muy proclive a padecer graves problemas de salud y del entorno de la persona.

Abordando el contexto español, Sanchís y Martín, en 1997, señalaban que España era el tercer país consumidor de alcohol en el mundo, llegando a los 19 litros de alcohol puro per cápita, seguido por Francia (21 litros) y Luxemburgo (20 litros). El consumo de alcohol es un hábito muy arraigado en la sociedad española, debido a su condición de país productor con alta disponibilidad y accesibilidad en numerosos puntos de venta y a bajos precios (Limón, 2004). Para Ladero y Lizasoain (2009), España es sexto país mundial en consumo de alcohol per cápita, desbancando a Francia. Cada español consume, en promedio, 10 litros de alcohol al año. El 5,5% de la población de entre 15 y 64 años de edad es bebedora de riesgo, mientras que el 70% de la población consume alcohol con regularidad. Para los mismos autores la importancia sanitaria del abuso de alcohol es muy grande, debido a que la mitad de los accidentes de tráfico, actos de violencia como homicidios, suicidios, incendios, accidentes laborales o domésticos están relacionados con el consumo de alcohol. Por estas razones, llega a ser la tercera causa de muerte en España. El 20% de los enfermos ingresados en los servicios médicos hospitalarios sufre una enfermedad agravada por el abuso de alcohol. Por otro lado, puede causar muchos estragos en el embarazo, como retraso mental y malformaciones congénitas. Por último, cabe decir que el bebedor en exceso es casi siempre fumador (Ladero & Lizasoain, 2009), por lo que se constata una relación entre estos dos factores de riesgo.

En Cataluña el alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes, ocupando un lugar central, siendo muy usada y aceptada en todos los contextos festivos (Pallarés et al., 2007). De acuerdo a sus momentos de consumo, se puede decir que en los días laborales de la semana es muy minoritario en comparación a los días que se sale de fiesta los fines de semana y que, generalmente, se limita a las bebidas de baja graduación como la cerveza (Pallarés et al., 2007). El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) señalan que en los periodos cortos de tiempo –como los fines de semana-, es cuando se concentra el consumo más intenso, y donde los riesgos y los daños al organismo aumentan.

A través del estudio de Pallarés et al. (2007) se llegó también a las siguientes conclusiones: 1) el alcohol se acompaña, generalmente, con casi todas las otras drogas; 2) los adolescentes salen de fiesta cada vez a edades más tempranas, donde el consumo de alcohol funciona como un indicador de su grado de independencia; 3) se aprecia un aumento de episodios de consumo elevado (borrachera), incluso de comas etílicos, los cuales son más recurrentes en los adolescentes, no tanto por su falta de experiencia y costumbre, sino precisamente por buscar el efecto de embriaguez; 4) en los fines de semana, el alcohol está presente en todos los itinerarios, edades y estilos, espacios de ocio y en todos los acontecimientos especiales, a toda hora. En los mismos días, aumenta el consumo en los espacios públicos; y 5) se aprecia un incremento entre los adolescentes de comportamientos más compulsivos respecto al consumo de alcohol, acompañado también por el *cannabis*. De acuerdo a Megía (2007), la gran mayoría de chicos y chicas tienen incorporado el alcohol a sus ritos de ocio; y más que constatar quienes beben y quien no, más vale observar las diferencias entre los que lo hacen excesivamente y los que mantienen un consumo adecuado.

De acuerdo a las dimensiones de la persona, los problemas asociados al consumo excesivo son:

- a) De tipo físico: accidentes de tránsito, hipertensión, disminución de las defensas, gastritis, cirrosis hepáticas, problemas intestinales (Espada & Méndez, 2003; Von Wernitz, 1989; Limón, 2004; Ladero & Lizasoain, 2009); encefalopatías (Espada & Méndez, 2003); malformaciones fetales (Ladero &

Lizasoain, 2009); en su grado máximo, alcoholismo; pancreatitis (Limón, 2004); Aparato digestivo: gastritis alcohólica, tumores digestivos, pancreatitis aguda y crónica (Ladero & Lizasoain, 2009); aparato circulatorio: miocardiopatía alcohólica, arritmias cardíacas e hipertensión arterial (Ladero & Lizasoain, 2009); Sistema nervioso: Ictus cerebrales, enfermedades nutricionales asociadas al alcoholismo, enfermedades de patogenia tóxico- metabólicas (Ladero & Lizasoain, 2009); sistema musculoesquelético: miopatía alcohólica, osteoporosis, hiper movilidad articular (Ladero & Lizasoain, 2009); sistema endocrino: hipogonadismo, fibrosis tiroidea, disminución de la respuesta humoral al estrés. (Ladero & Lizasoain, 2009); intoxicación alcohólica aguda (Ladero & Lizasoain, 2009); hepatopatía alcohólica (Ladero & Lizasoain, 2009); disfunción sexual (Ladero & Lizasoain, 2009).

b) De tipo psicológico: analizando ahora los efectos negativos del alcohol, se puede nombrar la euforia y la analgesia. Siguiendo a Von Wernitz (1989), al alcohol se le atribuyen unas características fármaco-dependientes, entre las cuales están: dependencia psíquica en distintos grados, leve, moderado e intenso (Von Wernitz, 1989); establecimiento de dependencia física (Von Wernitz, 1989); después de la reducción del consumo por debajo de un nivel crítico, se produce un síndrome de abstinencia auto limitado (Von Wernitz, 1989); la privación produce un síndrome de abstinencia que se manifiesta en temblores, alucinaciones, convulsiones y *delirium tremens*. (Von Wernitz, 1989); ansiedad (Espada & Méndez, 2003; Ladero & Lizasoain, 2009); depresión (Espada & Méndez, 2003); riesgo de suicidio (Espada & Méndez, 2003); síndrome de dependencia (Ladero & Lizasoain, 2009); síndrome de abstinencia (Ladero & Lizasoain, 2009); síndrome de abstinencia con *delirium*(Ladero & Lizasoain, 2009); trastorno psicótico (Ladero & Lizasoain, 2009); trastornos mentales o del comportamiento sin especificación (Ladero & Lizasoain, 2009); psicosis alcohólicas (Limón, 2004).

c) De tipo social: el consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas de índole social y del desarrollo, específicamente: conductas violentas (OMS, 2012); descuido y el maltrato de menores (OMS, 2012); ámbito laboral: deterioro de las relaciones interpersonales con los compañeros, desajuste laboral,

inestabilidad laboral y pérdida del empleo, degradación laboral (Ladero & Lizasoain, 2009) y absentismo laboral (OMS, 2011b); en el ámbito familiar: problemas sexuales, desavenencias de parejas, separaciones y conflicto con los hijos (Espada & Méndez, 2003; Ladero & Lizasoain, 2009); en el ámbito socio económico: elevado gasto de las consumiciones frecuentes y la marginación social (Espada & Méndez, 2003).

3.5. La Promoción de la Salud

A raíz de la situación negativa que representan los índices de morbilidad y muertes causadas por las ENT en las sociedades actuales, diversas organizaciones han realizado esfuerzos para mitigar los efectos de estas patologías. Espluga (2010) señala que las estrategias más utilizadas contra estas enfermedades son la detección precoz de los síntomas, la creación de ambientes de estilo de vida saludable y, especialmente, la Promoción de la Salud. Esto se refleja, por ejemplo, en las iniciativas impulsadas a nivel internacional, como la Carta de Ottawa (OMS, 1986); de la Comunidad Europea, a través del Estudio HELENA; a nivel español, con la Estrategia NAOS; y a nivel catalán, con el programa PAAS. Todos ellos han sido programas enfocados principalmente al estilo de vida, destacando los ámbitos de la actividad física y la alimentación.

De acuerdo a Costa y López (1996), la Promoción de la salud se define sencillamente como cualquier combinación de Educación para la Salud¹⁹ y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables. Los mismos autores la describen además como un proceso amplio, por el cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud. De acuerdo a Devís y Peiró (2001), citados por Garoz y Maldonado (2004), la Promoción de la salud debe atender a los factores sociales, económicos, políticos y medioambientales, actuando sobre los determinantes de la salud y las condiciones de vida. La OMS (1986) en su Carta de Ottawa la define como “la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla” señalando cinco estrategias de actuación sobre

¹⁹ En adelante EpS.

los factores determinantes de la salud en la comunidad: 1) desarrollar políticas que apoyen la salud, 2) crear entornos favorecedores de la salud, 3) desarrollar las aptitudes y los recursos individuales, 4) reforzar la acción comunitaria, y 5) reorientar los servicios de salud. Finalmente, la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) va un paso más allá al confirmar estas estrategias, pero señalando además que es recomendable una alfabetización sanitaria de la población, ofreciendo a todos educación e información, no solamente de cuáles son los factores de riesgo que dañan la salud, sino también de las posibilidades de mejorar su calidad de vida, y así, empoderarse de la toma de decisiones en este ámbito. Sin embargo, siguiendo a López, López y Velázquez (2007), cabe señalar que si bien las administraciones han de abordar la importancia de promover formas de vida más saludables, si se quiere realmente generar un cambio social que modifique los cambios de la población, tiene que ser a través de una concienciación acerca de la responsabilidad personal sobre el auto cuidado y asegurando un compromiso con la salud personal y social de todas y cada una de las instancias con responsabilidad y poder de decisión sobre la cuestión, en los ámbitos educativos, económicos, sanitarios, sociales, etc.

A continuación, se revisarán algunas de las principales medidas de Promoción de la salud, impulsadas por las respectivas organizaciones a nivel mundial, europeo, español y autonómico, para el fomento de la salud y los estilos de vida sana.

Las cinco perspectivas de la Promoción de la Salud, siguiendo a Devís y Peiró (2001), son:

- a) Perspectiva mecanicista,
- b) Perspectiva orientada al conocimiento,
- c) Perspectiva orientada a las actitudes,
- d) Perspectiva socio crítica, y
- e) Perspectiva holística.

De las cuales recomienda la última, por ser aquella más completa, al poseer componentes de los demás enfoques.

3.5.1. A nivel mundial

Comenzando a nivel global, se puede destacar a la OMS, la cual posee un rol importantísimo al ser una entidad que constituye la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria por parte de las Naciones Unidas. Es también la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios a nivel mundial, a través del desarrollo de investigaciones, del establecimiento de normas, de la articulación de opciones políticas basadas en evidencia, en la prestación de apoyo técnico a los países y por la vigilancia de las tendencias sanitarias mundiales (OMS, 2012d). Por todo ello, se ha preocupado de marcar las directrices a nivel internacional en materias de promoción de la salud.

Se puede considerar que las acciones más relevantes de esta organización comenzaron con la Némesis médica, en el año 1975, cuya contribución fue la valoración crítica del sistema sanitario en relación con la salud. Posteriormente, el Alma-Ata, en 1978, estableció la Educación para la salud como actividad propia de la atención primaria, y a la escuela como lugar idóneo para la misma; la Carta de Ottawa, de 1986, donde se elaboraron políticas públicas sanas y se impulsó la creación de medidas de participación comunitaria y; la Carta de Bangkok, de 2005, donde se actualizó esta última y se determinó a la salud como una responsabilidad política, empresarial y de la sociedad civil (Costa & López, 2008). De acuerdo a la OMS (1989), la meta de todos sus Estados miembros fue la “Salud para todos en el año 2000”, a través del trabajo conjunto de los agentes de salud y la propia población. En este contexto, recalca el papel que tienen dos factores fundamentales: la educación y la comunicación. Su importancia radica en la idea de que son los individuos y las familias, y no los médicos y otros agentes sanitarios, quienes toman las decisiones más relevantes que afectan a la salud, señalando como imprescindible la adquisición de conocimientos y formación necesarios para elegir y actuar con responsabilidad.

Una de las medidas adaptadas para la prevención de las patologías es la llamada “Atención primaria”, la cual está estrechamente relacionada con la promoción y la Educación para la salud (OMS, 1989). Para conseguir una participación eficaz de la comunidad, es preciso realizar dos cosas: 1) los gobiernos

deben facilitar una mayor participación de la comunidad en la adopción de decisiones, y 2) debe informarse a la población sobre su capacidad de mejorar la salud mediante su propio esfuerzo. Esta es esencialmente una labor educativa, y es de vital importancia para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables (OMS, 1989).

3.5.2. A nivel europeo

A continuación se analizarán algunos de los estudios más relevantes de acuerdo a la revisión de la literatura.

Los siguientes estudios constituyen uno de las principales investigaciones en el contexto de los hábitos saludables a nivel europeo.

- Estudio HELENA (*Healthy European Lifestyles by Exercise and Nutrition in Adolescence*): fue un proyecto de investigación financiado por el Sexto Programa Marco de la Comisión Europea. Este estudio se inició en mayo de 2005 y terminó en abril de 2008 en algunos países de europeos, como Bélgica, Hungría, Suecia, Reino Unido y España. Este trabajo tuvo como objetivos principales estudiar los patrones dietéticos y de actividad física y el estado nutricional de los adolescentes europeos e investigar sobre los conocimientos y actitudes nutricionales y de actividad física de los adolescentes europeos (Moreno et al. 2007).
- Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud (REEPS): corresponde a una acción tripartita desarrollada por la Oficina Regional Europea de la OMS, la Comisión de la Unión Europea (CUE) y el Consejo de Europa (CE). Una escuela promotora de salud, es aquella que pretende facilitar la adopción, por parte de toda la comunidad educativa, de modelos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros educativos, si se comprometen a ello, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro (REEPS, 2001).

Estas escuelas tienen por objetivos: 1) favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado, opciones realistas y atractivas, en materia de salud; 2) definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar; 3) ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, que tome en cuenta las distintas dependencias del edificio escolar; 4) desarrollar el sentido de la responsabilidad a nivel individual, familiar y social en relación a la salud; y 5) posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo, en todo el alumnado; 6) integrar la EpS en el proyecto curricular de forma coherente, a través de metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo; 7) proporcionar al alumnado los conocimientos y habilidades imprescindibles para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad del entorno; 7) identificar y utilizar los recursos disponibles para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud; y 8) ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad escolar a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

3.5.3. A nivel estatal español

A continuación, se analizarán algunos de los estudios más relevantes de acuerdo a la revisión de la literatura, realizados en el estado español. Los siguientes estudios constituyen una de las principales investigaciones en el contexto de los hábitos saludables a nivel español.

- Estrategia NAOS: La Estrategia para la Nutrición, Actividad física, y Prevención de la Obesidad surge por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo como “una plataforma para incluir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr el necesario cambio social en la promoción de una alimentación saludable y la prevención del sedentarismo” (AESA, 2005, p. 17). Esta está apoyada por la OMS y su enfoque se basa en lograr un equilibrio entre las calorías ingeridas y su gasto correspondiente, teniendo como objetivo fundamental fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello,

reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas. Su rango de acción pretende influir en los ámbitos familiar, escolar, empresarial y sanitario.

- Programa PERSEO: el Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad consiste en un conjunto de intervenciones sencillas en los centros escolares, los cuales pretenden promover hábitos de vida saludables entre su comunidad, buscando la implicación de la familia, y actuar simultáneamente sobre el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas. Los principales objetivos del programa son: 1) promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y estimular la práctica de actividad física regular entre los escolares, a fin de evitar la aparición de la obesidad y otras enfermedades; 2) detectar precozmente la obesidad y evitar que progrese, a través de intervenciones clínicas realizadas por profesionales sanitarios de atención primaria; 3) sensibilizar a la sociedad en general, enfatizando en el entorno escolar, de la importancia que los educadores tienen en este campo; 4) crear un entorno escolar y familiar que favorezca una alimentación equilibrada y la práctica frecuente de actividad física; y 5) diseñar indicadores sencillos fácilmente evaluables. La ejecución de este proyecto fue evaluada como excelente, siendo sus contribuciones más notables la implicación por parte del alumnado en (Ministerio de Seguridad, Política Social e Igualdad, 2008), lográndose excelentes resultados en participación y apreciación por parte de las familias y el alumnado, y en los hábitos de actividad física y alimentación, reflejándose en un efecto positivo en la prevalencia de la obesidad.

- Estudio AVENA: el estudio sobre la Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes Españoles surgió como iniciativa de proyecto de investigación al observar los malos hábitos alimentarios y de actividad física, así como los síndromes de anorexia y bulimia nerviosa, las cuales están afectando cada vez más tempranamente a la población infantil y juvenil. Este estudio se diseñó para cumplir dos objetivos: 1) evaluar el estado de salud, los hábitos de comportamiento y la situación metabólico-nutricional de una muestra representativa de adolescentes españoles, con énfasis en el riesgo de padecer tres tipos específicos de patologías características de la adolescencia: la

obesidad, la anorexia nerviosa/bulimia y dislipidemia; 2) en función de los resultados obtenidos, proponer un programa específico de intervención que permita disminuir la incidencia de dichas patologías y contribuir así a mejorar el estado de salud de la población española del nuevo milenio (Wärnberg et al, 2006). Este estudio ha tenido mucha aceptación en España, y ha aportado información muy valiosa para identificar los problemas en la alimentación y estilos de vida de los adolescentes españoles. De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que: 1) la distribución calórica se ha caracterizado por un consumo alto en grasa y bajo en carbohidratos. Debido al consumo de aceite de oliva, se ha observado una ingesta adecuada de ácidos grasos mono insaturados, aunque también un consumo excesivo de ácidos grasos saturados; 2) el consumo de fibra dietética es deficitario; el desayuno es la comida del día que menos interés despierta, notándose una fuerte prevalencia a suprimirlo; 3) que los chicos son más activos que las chicas y, finalmente, 4) que el nivel de condición física que se posee en la vida adulta, así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular (colesterol, lipoproteínas, apolipoproteínas, etc.) está condicionado en gran medida por el nivel de condición física que se tiene en la infancia o adolescencia.

3.5.4. A nivel catalán

A continuación se analizarán algunos de los estudios más relevantes según la revisión de la literatura en el ámbito catalán. Los siguientes estudios constituyen uno de las principales investigaciones en el contexto de los hábitos saludables a nivel de esa Comunidad.

- El PAAS (*Pla integral per a la Promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'Alimentació Saludable*): el Plan Integral para la Promoción de la Salud mediante la Actividad física y la Alimentación Saludable, surgió de los esfuerzos de consensuar los problemas prioritarios en salud de la población de Cataluña, definiendo las acciones a seguir en los ámbitos educativos, sanitarios, comunitario y laboral. Este plan pretende: 1) sensibilizar a la población para que asuman la promoción de la salud a través de la actividad física y la alimentación saludable; 2) desarrollar acciones informativas y educativas, así como

intervenciones en los entornos, enfocadas a la problemática de los determinantes de los estilos de vida; y 3) promover acuerdos y compromisos en los diferentes ámbitos para potenciar estrategias de cooperación con la finalidad de ser más eficientes en la utilización de recursos (Departament de Salut, 2008).

En las escuelas e institutos, este plan actúa promoviendo la actividad física, por ejemplo, con la alimentación saludable a través de los menús escolares. En el año 2006, se firmó un convenio entre los departamentos de Educación y Salud de la Generalitat de Catalunya, con el fin de ofrecer a los docentes, de centros de primaria como secundaria, tanto públicos como concertados, la posibilidad de contar con un informe de evaluación de sus programaciones de menús, con sugerencias para mejorar la calidad de las programaciones alimentarias. También se hace referencia a talleres informativos acerca de las máquinas expendedoras de alimentos, una guía de recursos de alimentación y actividad física para docentes, el Plan catalán de deportes para la escuela, etc.

- El PAFES (*Pla d'Activitat Física, Esport i Salut*): el Plan de Actividad física, Deporte y Salud, es un programa de promoción de la salud desde la atención primaria, mediante el consejo y la prescripción de la actividad física en la población. Ésta corresponde a una iniciativa del Gobierno de Cataluña para combatir el sedentarismo; realizada por los departamentos de Salud y la Secretaría General del Deporte (del Departamento de la Presidencia) de la Generalitat de Catalunya (Departament de Salut, 2014).

Surge en agosto de 2007, teniendo carácter de plan piloto con duración de dos años. Su objetivo final es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas sedentarias, aumentando los niveles de actividad física en adultos, mediante la capacitación de profesionales sanitarios y de AF, facilitando así la práctica a los usuarios de atención primaria. Como objetivos específicos se cuentan: 1) incorporar la prescripción y el consejo de actividad física como herramienta de utilización primaria de salud; 2) actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales implicados mediante cursos de formación y reciclaje; 3) coordinar los recursos asistenciales (de atención primaria y de nivel especializado) que proporcionen las herramientas necesarias para desarrollar sus roles; 4) potenciar la utilización de

equipamientos deportivos existentes a nivel territorial; 5) establecer canales de comunicación dentro de los equipos multidisciplinares; y 6) impulsar la colaboración entre los diferentes sectores e instituciones implicadas en cada caso (Generalitat de Catalunya, 2012).

3.6. Resumen del capítulo

Al finalizar este apartado, se puede decir que en las sociedades occidentales se observa una prevalencia en el desarrollo de hábitos inadecuados para la salud y, debido a esta condición, la posibilidad de padecer numerosas ECNT, donde se destacan las ECV y los cánceres como causantes del mayor número de muertes prematuras en muchos países del mundo.

Esta situación está determinada por las características de las actividades laborales, domésticas y de tiempo libre que desarrollan las personas, donde factores como la inactividad física, la alimentación inadecuada, el descanso inadecuado, el consumo de tabaco y excesivo de alcohol siguen siendo los principales responsables de morbilidad y muertes en las sociedades occidentales. La situación actual de España y Cataluña sigue también la misma tendencia, debido a la prevalencia de los mismos hábitos inadecuados y los efectos de las enfermedades asociadas a su desarrollo. Por esta razón, el conjunto de hábitos analizados continúan siendo temas de gran preocupación para las autoridades mundiales, europeas, estatales y autonómicas, debido al gran número de patologías y muertes provocadas, así como también el gran gasto en materia de salud, producto de las terapias para mitigar sus consecuencias.

La negativa situación provocada por los estilos de vida nocivos pone en evidencia que las medidas para afrontar los problemas relacionados a éstos comportamientos siguen siendo insuficientes, pese a los intentos de diversas organizaciones en reducir su acción y consecuencias. Esto cobra importancia, si se considera que los hábitos insanos tienden a afianzarse con la edad; haciendo que muchos niños de países industrializados occidentales se vuelvan paulatinamente más sedentarios (Aarts et al. 1997; AESA, 2005), y prácticamente, al mismo tiempo, en la edad escolar, también se presenta un mayor consumo de tabaco y alcohol,

siendo los hábitos de higiene deportiva y de higiene diaria los únicos que evolucionan favorablemente con el paso del tiempo (Casimiro, 1999).

Es en este punto donde se considera el valor de la institución escolar como un actor principal en la Promoción de la Salud y, por ello, debería propiciar y profundizar la enseñanza de hábitos saludables, especialmente en la asignatura de Educación Física, que, de acuerdo a su currículo, es aquella que mejor se corresponde con los ámbitos motriz y fisiológico y, por lo tanto, de la salud (González Arévalo, 2010). Para la OMS, la escuela es un área determinante para el desarrollo de hábitos de vida saludable y para la realización de programas de prevención e intervención sobre la obesidad y sus morbilidades. Es también un área estratégica para la EpS y los cambios conductuales y sociales saludables. Además, se debería aprovechar la característica de que el profesor/a de Educación Física es la persona más influyente para los sujetos de menor nivel de actividad física y percepción de auto eficacia (Blázquez, 2010; Serra, 2008), por lo que constituye una pieza clave para la promoción de un estilo de vida saludable desde la edad escolar. En el mismo sentido, este periodo adquiere una gran relevancia, al considerar que éste tiene un carácter obligatorio, cuya duración es de 12 años, y es el lugar que forma a los niños y niñas desde edades tempranas hasta la adolescencia (desde los cinco a los 16 años aproximadamente), lo que otorga condiciones muy favorables y facilitaría el aprendizaje y las condiciones para desarrollar y mantener hábitos saludables de manera autónoma.

Es aquí, donde surge la reflexión acerca de cuál ha sido el aporte de la asignatura de Educación Física para el alumnado, específicamente, en materia de adquisición de hábitos de vida saludable que puedan perdurar más allá del periodo escolar (González Arévalo, 2010). A partir de estos argumentos, en el próximo capítulo se analizarán los aspectos relacionados con la formación de hábitos saludables desde esta área, analizando los factores relacionados con su concepción, sus objetivos, su currículo, poniendo énfasis en los aspectos relacionados con la Educación para la salud.

Capítulo 4. La formación de hábitos saludables desde la Educación Física.

“La educación es mucho más que educación física, pero muy poco sin ella”

Hammeleck, 1976 (Pérez & Delgado, 2004)

Una vez revisadas las evidencias que constatan los beneficios de desarrollar hábitos de vida saludable y, por el contrario, los prejuicios que provoca la adopción de hábitos insanos, se establece la necesidad de ayudar a revertir la prevalencia de los comportamientos inadecuados para prevenir o paliar sus consecuencias. De ahí la importancia que adquiere la formación y el desarrollo de conductas orientadas al cuidado de la salud, previniendo, así, las enfermedades relacionadas con el sedentarismo, la alimentación y el descanso inadecuados, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol.

Es en este punto donde surge la reflexión acerca del papel que le cabe a la escuela frente a este fenómeno social y específicamente a la asignatura de Educación Física, de acuerdo a sus objetivos en materia del cuidado de la salud. Esto adquiere importancia si se considera que el tratamiento de la salud es una cuestión multidisciplinar, donde tienen gran relevancia ámbitos como la medicina, pero también la educación. Esta última debería tener un mayor protagonismo, debido a que la mayoría de los problemas de esta índole pueden ser evitados o mitigados mediante acciones educativas, aparte de las sanitarias (Molina & Fortuny, 2003). Por tanto, siguiendo a autores como Devís (2000), Duda (2001), González Arévalo (2010) y Pérez y Delgado (2004), este capítulo quiere enfocarse en la Promoción de la Salud en la Escuela, de acuerdo a la inclusión curricular del cuidado de la salud en el área de Educación Física.

Esta tiene mucho potencial para dar las herramientas que ayuden formar hábitos de vida saludable en el alumnado, propiciando su mantenimiento una vez egresados del periodo escolar; ya que a través del Real Decreto 3473/2000 (MEC, 2001), se señala que:

- d) En la sociedad actual se siente, cada vez más, la necesidad de incorporar a la cultura y a la educación aquellos conocimientos que, relacionados con el cuerpo y la actividad motriz, contribuyen al desarrollo personal y una mejora de la calidad de vida. Al hombre del siglo XXI le resulta imprescindible la ejercitación del cuerpo si no quiere ver atrofiadas prematuramente muchas de sus funciones y capacidades corporales (...)
- e) Por otra parte, la escasa actividad corporal desplegada en el actual sistema de vida (desplazamientos en vehículos, sustitución de los trabajos realizados directamente por el hombre por trabajos de máquinas apropiadas, viviendas con espacios muy reducidos, reducción progresiva del tiempo de trabajo, etc.) conduce a que cada vez se dé mayor importancia a las actividades físicas como medio de equilibrio psicofísico y de mantenimiento de ocupación del tiempo libre.
- f) En la Educación Secundaria Obligatoria, el área de Educación Física debe contribuir al logro de los objetivos generales de la etapa. No basta con desarrollar las capacidades instrumentales y habituarse a la práctica continuada de actividad física, sino que además hay que vincular esa práctica a una escala de valores, actitudes y normas, y al conocimiento de los efectos que esta tiene sobre el desarrollo personal. El área debe contribuir también a la consolidación de hábitos, valores y actitudes que favorezcan la salud y un mejor nivel de calidad de vida.

Asimismo, el Real Decreto 1631/2006 por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la ESO (MEC, 2007), señala también que:

La materia de Educación Física en la Educación secundaria obligatoria debe contribuir no sólo a desarrollar las capacidades instrumentales y a generar hábitos de práctica continuada de la actividad física, sino que, además debe vincularla a una escala de valores, actitudes y normas, y al conocimiento de los efectos que tiene sobre el desarrollo personal, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos generales de la etapa.

(...)La conservación y mejora de la salud y el estado físico, a la prevención de determinadas enfermedades y disfunciones y al equilibrio psíquico, en la medida en que las personas, a través del mismo liberan tensiones, realizan actividades de ocio, y disfrutan de su propio movimiento y de su eficacia corporal. Todo ello resulta incluso más necesario dado su papel para compensar las restricciones del medio y el sedentarismo habitual de la sociedad actual. La materia de Educación física actúa en este sentido como factor de prevención de primer orden. (p. 710)

A partir de estas normas, se puede constatar el reconocimiento de los problemas de salud que afectan a la sociedad española, por parte de las autoridades educativas, los cuales son los estilos de vida inactivos (“escasa actividad corporal”) y sus consecuencias (“atrofiadas prematuramente muchas de sus funciones y capacidades corporales”); y, además, reconociendo a la asignatura de Educación Física como un medio importante para adoptar hábitos activos (“mayor importancia a

las actividades físicas como medio de equilibrio psicofísico”), lo que ayudaría a mejorar la salud y la calidad de vida del alumnado en la etapa de Educación Obligatoria y a posteriori.

Sin embargo, pese al tiempo transcurrido desde la implementación de estas innovaciones educativas, se puede decir que, en general, la sociedad española no ha logrado buenos niveles de práctica de actividad física (García Ferrando, 2011), hábitos alimenticios (AESAs, 2005; AESAN, 2011) y otros hábitos saludables, y que además, la Educación Física no estaría siendo un referente efectivo en esta misión (Sánchez Bañuelos, 2004; Sebastiani & Sánchez, 2011).

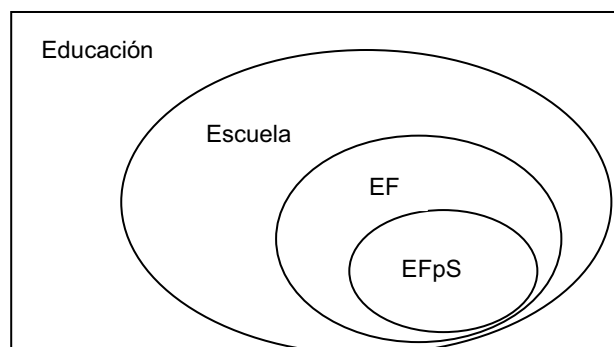
Por esta razones, este capítulo estudia la Educación Física para la Salud²⁰, sus fuentes curriculares (LOGSE y LOE), la Educación para la Salud como Tema transversal, los mecanismos que actúan en la formación de hábitos; y analiza algunas ideas relativas a la formación de los hábitos saludables en la escuela, proveniente de datos de la literatura y los resultados de algunas investigaciones con objetivos similares, analizando la información acerca de los conocimientos, creencias e ideas acerca de la enseñanza de los contenidos relacionados con la salud en la asignatura de Educación Física.

4.1. La Educación Física orientada a la salud

Para realizar una aproximación a la EFpS, -tomando en cuenta el análisis del concepto salud en el capítulo 2-, se debe considerar que ésta alcanza tres aspectos importantes alusivos a su significado, estos son: la educación, la escuela y la asignatura de Educación Física. Así, este análisis propone a la EFpS como un subconjunto inserto dentro del universo de la educación. De esta manera, la educación contiene a la escuela, como sistema formal; a la EF, como un área de ese sistema; y finalmente a la EFpS, como una rama de esta área (ver figura 6), justificando así el enfoque del tratamiento de la salud en la asignatura.

²⁰ En adelante EFpS.

Figura 6. Relaciones entre la educación, escuela y EFpS



Elaboración propia.

De acuerdo a Escofet (1996), dentro de la sociedad existen tres grupos educativos básicos: la familia, el grupo de iguales y la escuela. En el ámbito de la salud, Velázquez, Hernández, Alonso y Castejón (2007) señalan también a la familia, la escuela, las instituciones y el profesorado como aquellas que deberían tener una responsabilidad compartida en la enseñanza de hábitos de vida saludable. Si bien la familia y los demás colectivos son importantes en este ámbito, cabe decir que solo la escuela acoge en sus aulas a todos los niños y niñas debido a su carácter obligatorio y a su duración de doce años, por lo que representa el lugar idóneo para el proceso educativo de la sociedad (González Arévalo, 2010; Lleixà, 2003). De esta manera, la escuela constituye el lugar de formación por excelencia de ciudadanos, donde la Educación Física tiene un gran potencial para obtener una buena calidad de vida (MEC, 1991; MEC, 2006; UNESCO, 1978).

Como se ha revisado, la Educación Física y la salud mantienen una estrecha relación histórica, sin embargo, se observa un auge significativo en el currículo de la LOGSE (Delgado & Tercedor, 2002; Garoz & Maldonado, 2004; Pérez & Delgado, 2004; Rodríguez García, 2006). Por ello, es conveniente recordar que uno de los argumentos para su validación dentro de la escuela y la sociedad ha sido precisamente el fomento de la salud (Fernández-Balboa, 2001); así lo evidencia la cronología, desde las ideas naturalistas sobre la educación del cuerpo que postulara en su momento Rousseau y sus seguidores, hasta el posterior auge que tuvo el Movimiento Higienista desde el siglo XIX. En el mismo sentido, uno de los

argumentos más válidos de la asignatura, de cara al futuro, consiste en preparar al profesorado para educar y promover actividades no violentas y realmente saludables (Fernández-Balboa, 2001). Generelo et al. (2004) establecen que las relaciones entre la actividad física y la salud, así como el papel que puede jugar la Educación Física, se pueden entender en gran medida a partir de dos ideas fundamentales: 1) que desde la escuela se debe favorecer la adquisición de hábitos de vida saludables y 2) que la salud no debe ser entendida como una meta a largo plazo, sino que el concepto de salud/calidad de vida debe entenderse como un recurso para la vida cotidiana. De esta manera, la actividad física actuará en la medida que proporcione diferentes adaptaciones al organismo, beneficiándolo a mediano y largo plazo. No obstante, y de manera muy importante, se debe considerar que tendrá una repercusión inmediata en el estado del practicante, al fomentar la diversión, la socialización, etc.

4.1.1. La Educación Física como área curricular: finalidad y función

Si bien hay autores que sitúan el origen de ésta asignatura en la Grecia clásica o en los tiempos de Rousseau (Rodríguez García, 2006), lo cierto es que a Educación Física no aparece como materia escolar sino hasta el siglo XVIII (Blázquez, 2010). Como en el caso de muchas asignaturas, la Educación Física tuvo que justificar su presencia en la institución escolar, y uno de sus argumentos fue precisamente el cuidado de la salud a través de la actividad física y el ejercicio.

Existen antecedentes que evidencian su evolución en este sentido, por ejemplo, a principios del siglo pasado esta tenía un marcado carácter terapéutico, ya que constituía una opción para la lucha de diversas enfermedades que afectaban a la infancia (Kirk, 1990). Posteriormente, el enfoque de la salud pasó a un segundo plano en favor de un carácter más pedagógico. Hoy, sin embargo, cobra importancia nuevamente el enfoque más saludable debido a una nueva posición ideológica en su tratamiento, esto es, el paso desde un modelo terapéutico al carácter preventivo y de transformación social (Lleixà, 2003). La Educación Física es la única asignatura en donde el alumnado tiene la oportunidad de participar en actividades físicas, independientemente de sus habilidades motrices, y de ahí beneficiarse, a través de sus objetivos específicos, sobre el cuidado de la salud (Devís & Beltrán, 2007).

De acuerdo al Consejo Superior de Deportes (2010), la relación entre la educación y la actividad física se presenta en tres aspectos diferentes en la sociedad: en la Educación Física escolar, en la actividad física de las comunidades locales, y en la educación y formación para los educadores físicos, entrenadores y profesionales de la salud. Ahora bien, definir un concepto para la Educación Física escolar se hace necesario ya que, según Blázquez (2010) y González e Ignació (2003), muchas personas aún desconocen en profundidad de qué se trata y cuál es su propósito. Esto provoca que sea confundida muchas veces con los conceptos “gimnasia” o “deporte” en el ámbito escolar, limitando, así, su inmenso potencial educativo y restringiendo su espectro casi exclusivamente al ámbito práctico-motriz. De esta manera muchos alumnos y alumnas no llegan a comprender los objetivos de la asignatura, quedándose sólo con el hecho de la acción corporal.

Realizando una aproximación a su concepto, se puede decir que la Educación Física busca el desarrollo y la formación de seres humanos que experimenten su corporeidad en forma existencial, tanto como acceso al mundo físico como en cuanto a su comunicación social (Rodríguez Rico, 2002). Ésta supone una intervención pedagógica, la cual busca, desde su pluralidad, estimar todas las áreas de la personalidad del sujeto (Generelo et al., 2004) sin perder el referente de la persona como una unidad funcional que actúa como un todo, considerando todas sus dimensiones. Finalmente, siguiendo a Blázquez (2010), se resuelve su definición para este estudio como:

(...) una verdadera pedagogía de las conductas motrices de los individuos. Su finalidad es la educación y el medio empleado la motricidad, tratándose de una acción que ejerce sobre los individuos y no sobre los contenidos. No es el movimiento el que ocupa el lugar central si no la persona que se mueve, que actúa, que realiza la actividad física. (p. 37)

De esta manera, se la entiende como una asignatura preocupada por la educación integral del individuo, la cual se basa en el movimiento humano y sus posibilidades, pero en donde debe primar un sentido de trascendencia más allá del movimiento o la recreación, pues debe ser capaz de provocar una reflexión sobre el qué y por qué se realiza actividad física, ayudando a consolidar una autonomía que permita realizarla más allá del periodo escolar obligatorio (Devís & Beltrán, 2007). A esto es lo que se refieren Pérez y Delgado (2004) al señalar que la Educación Física

debe encender la “chispa” que haga trascender de lo inmediato, para que los alumnos sean capaces de asimilar con perspectiva y aplicar en la vida cotidiana todo lo trabajado en el aula, traspasando todos los conocimientos a la etapa adulta (Duda, 2001). Para Zagalaz (2001), su importancia radica en que puede ayudar a modificar la conducta motriz y la conducta del individuo, así como su personalidad y, de esta manera, ayudar a crear mejores hábitos de vida y complementar el proceso de realización de los educandos. Esta tendría un amplio marco de actuación en el ámbito escolar y extraescolar en los niños, pero también en los adultos.

Reconociendo su relevancia social, la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte (UNESCO, 1978), en su Artículo 1, señala que todo ser humano tiene el derecho fundamental de acceder a la Educación Física y al deporte por ser indispensables para el pleno desarrollo de su personalidad. El derecho a desarrollar las cualidades físicas, intelectuales y morales por medio de éstos deberá ser garantizado dentro del marco del sistema educativo respectivo, así como en los demás ámbitos de la vida social. Asimismo, reconoce a la Educación Física y al deporte como dimensiones esenciales de la educación y la cultura. Finalmente, en el plano de la salud, destaca el hecho de que contribuye a preservarla y mejorarla, a ofrecer una alternativa sana de ocupar el tiempo libre y de resistir las desavenencias de la vida moderna.

De acuerdo a sus funciones, en las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria de la LOGSE, en el Real Decreto 1006/1991 (MEC, 1991b) , una de las más relevantes corresponden a: 1) desarrollo del conocimiento, considerando que el movimiento es uno de los instrumentos cognitivos que el alumnado tiene para conocerse a sí mismo y para explorar y relacionarse con su entorno inmediato; 2) desarrollo de hábitos higiénicos, que busca una Educación Física saludable y controlada, fomentando hábitos de higiene corporal vinculados con la salud; y 3) función de compensación, la cual pretende potenciar las posibilidades de movimiento para compensar las restricciones del medio y el sedentarismo de la sociedad actual. Por su parte, Rodríguez Rico (2002) señala como objetivos los siguientes aspectos:

- a) Expresión: educación motriz, educación para la salud y educación lúdica.
- b) Perspectiva de una teoría de la educación y la antropología: busca el desarrollo y la formación de seres humanos que vivan su corporeidad de manera existencial como un medio de acceso al mundo físico y a la comunicación social.
- c) Desarrollo de las capacidades y habilidades instrumentales que perfeccionen y aumenten las posibilidades de movimiento del alumnado: profundizar el conocimiento de la conducta motriz como organización significativa del comportamiento humano.
- d) Consecución de actitudes, valores y normas referidas al cuerpo y la conducta motriz.

Ahora bien, en concordancia con los objetivos de la promoción de la salud en la sociedad contemporánea, la Educación Física escolar posee contenidos con un gran potencial para la educación integral del individuo, en aspectos como la actividad física para la salud, la imagen corporal, el aprendizaje de valores en el deporte, entre otros, los cuales contribuyen a la formación de un ciudadano más competente en la sociedad (Contreras, 2011). Así como la escuela es la encargada de responder a los desafíos de la sociedad, Klein (2010) señala que el primer desafío unánime de los expertos se refiere a la correspondencia de que esta asignatura debe dar también respuestas a los desafíos de la sociedad, preocupándose de la problemática actual del sedentarismo y el sobrepeso.

Es importante recalcar el importantísimo valor de la educación en la vida de las personas en este ámbito, ya que, de acuerdo al estudio *EnKid*, los índices de obesidad y sedentarismo son mayores en los colectivos con niveles socioeconómicos y de estudios más bajos (Serra & Aranceta, 2000); y, por el contrario, las personas más activas son las que poseen mayor nivel de educación (Sánchez Bañuelos, 2000). Esta se idea se apoya además en los estudios de García Ferrando (1997, 2000), en donde se puede apreciar una correlación directa entre el hábito de práctica física y el nivel de formación escolar, donde se asocian los más altos índices de práctica a las personas con formación universitaria y, por otro lado, a los no escolarizados o mínimamente escolarizados con los niveles más bajos.

Así, de acuerdo a la normativa de la LOGSE, dentro de las funciones de la Educación Física en el sistema educativo español, se puede resaltar su función higiénica, relacionada con la conservación y el cuidado de la salud. Además, en muchos países esta asignatura y los programas de deporte infantil y juvenil son ámbitos cruciales para la promoción de la actividad física entre la población infantil y adolescente (Casimiro, 2002; Duda, 2001). Cabe destacar también que el profesor de Educación Física es una de las figuras más importantes para motivar la actividad física en los niños y niñas de Educación Primaria (Blázquez, 2010; Pantoja, 2012), lo que constituye un argumento más a favor de ésta asignatura para alcanzar sus objetivos de salud en los escolares. Por eso, Garoz y Maldonado (2004) señalan que la Educación Física debe: 1) ser una experiencia satisfactoria para el alumnado; 2) desarrollar actitudes positivas hacia la actividad y la creación de hábitos activos y saludables; y 3) fomentar la participación de todos los niños y niñas, buscando alejarse de la búsqueda del rendimiento, dotándoles de una serie de conocimientos teórico-prácticos que les permitan una mayor y mejor autonomía en la práctica de actividad física. Los mismos autores señalan además la necesidad de otorgar conocimientos acerca de las consecuencias de adoptar comportamientos poco saludables como el sedentarismo, pero más importante aún, en cómo modificarlo. Fernández y Navarro (1989) señalan que la definición de objetivos de la Educación Física escolar debe ser la creación de hábitos de higiene y salud perdurables.

Desde el punto de vista de la promoción de la salud, cabe mencionar el hecho de que en la definición de la asignatura, así como en la declaración de intenciones y objetivos de la Educación Física europea, se destaca la importancia de esta área para mejorar la calidad de vida. Esta circunstancia justifica la labor del especialista en el entorno escolar y resalta la necesidad de reforzar los contenidos de salud en el currículo (Rodríguez García, 2006). Uno de los papeles que debe tener en este sentido, es el de guiar a los jóvenes dentro de una “culturización física” que les permita discernir sobre los mensajes del mercado en torno la promoción de productos como dietas, suplementos alimenticios y rutinas de ejercicio que buscan un “cuerpo ideal” (Tirado, 2010).

No obstante, Delgado y Tercedor (2002) y Pérez y Delgado (2004), señalan que a pesar de la evidente evolución en este tema, de todos modos se debe seguir

avanzando en la concepción de salud, en aspectos como la satisfacción, el bienestar, la diversión, el encontrarse a gusto con uno mismo, etc., para que adquieran mayor protagonismo y no entender a la salud sólo como condición física, sino más bien como un proceso mediante el que se desarrollan los distintos ámbitos de los alumnos y alumnas, siendo más importante enfatizar sobre el desarrollo de una actividad física regular por sobre la condición física (Devís & Beltrán, 2007). Tirado (2011) sostiene que lo más importante para el alumnado es que a través de la práctica de actividad física experimente diferentes formas, métodos y sistemas para desarrollarla; que sepa cómo ha de controlar la intensidad del esfuerzo y por qué; que sepa distinguir las prácticas correctas de las incorrectas; que sea capaz de evaluarla y analizar su nivel en relación con la salud; que conozca como programar su mejora; que entienda por qué es interesante desarrollar esta capacidad; que disfrute con las actividades a fin de contribuir; y, paralelamente, comprender, a partir de conocimientos básicos, cómo funciona el cuerpo cuando se mueve y que destierren mitos y creencias erróneas. En definitiva, se debe orientar el desarrollo de la condición física desde el proceso y no desde el producto como se ha venido haciendo hasta ahora (Contreras Jordán, 1998).

4.2. La incorporación curricular de la salud

Una de las funciones de la escuela es dar respuestas a las demandas de la sociedad (Lleixà, 2003; Pérez & Delgado, 2004), la que en este caso es revertir los niveles de morbilidad y de muertes prematuras producidas por los factores de riesgo en la sociedad española, las cuales representan un importante problema social. Estas preocupaciones han dado lugar a la implementación de contenidos curriculares obligatorios relacionados con el cuidado de la salud en el área de Educación Física. Esto se condice con Duda (2001), para quién la Educación Física tiene un papel fundamental en la adquisición de un estilo de vida saludable. Desde este punto de vista, el principal propósito de esta asignatura es promover la adquisición de un estilo de vida saludable para todos los niños y niñas, incluido los menos habilitados, y así propiciar una situación favorable para continuar con una vida activa en la etapa adulta. De acuerdo a la misma autora, esto se puede conseguir a través del aumento del estado de salud en los niños y adolescentes, de sus percepciones de competencia física, y contribuyendo a inculcar la creencia de

que la actividad física es fundamental para tener una buena calidad de vida.

Un hecho importante que muestra el comienzo más concreto del compromiso de la educación formal con la salud lo constituyen las directrices de la LOGSE. Garoz y Maldonado (2004) señalan que aunque la Educación Física y la salud mantienen una estrecha vinculación histórica, esta relación se acentúa de forma más significativa en el currículum que se deriva de esta norma, no sólo por la relevante alusión que se observa en el área sobre el concepto *salud*, sino por los denominados Temas Transversales que expresan la importancia de la educación en valores y normas sociales a través de su desarrollo de las diferentes áreas curriculares (Delgado & Tercedor, 2002; Ureña, 1997). Como se verá más adelante, la LOE se compromete con mayor claridad y contenidos a promover la salud en este ámbito.

Es importante considerar al currículum como el conjunto de objetivos, competencias básicas, contenidos, métodos pedagógicos y criterios de evaluación de cada una de las enseñanzas reguladas en la Ley (MEC, 2006). De esta manera, el currículum se convierte en la primera referencia para dar respuesta a las preguntas de qué y cómo enseñar, y qué, cómo y cuándo evaluar.

A continuación, se exponen las aportaciones de las leyes educativas relacionadas en materia del cuidado de la salud, de acuerdo a las normas y los Reales Decretos que lo han impulsado en la educación. Cabe señalar que en esta investigación se aborda específicamente el proceso de la ESO porque, de acuerdo con Lleixà (2003), ni el pensamiento infantil ni los intereses de ésta edad permiten asumir plenamente este enfoque. Por eso, la ESO es la etapa donde potencialmente se puede dar un mayor nivel de reflexión, intereses y autonomía, producto del estado de madurez del alumnado dentro de la enseñanza obligatoria (Lleixà, 2003; Tirado, 2011).

4.2.1. La LOGSE

Esta normativa fue publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 4 de octubre de 1990. De manera general, su misión era dotar a todos los ciudadanos y ciudadanas de una educación básica de calidad, ampliando así los ocho cursos de enseñanza general básica con dos cursos más de carácter común para todos los estudiantes, hasta los dieciséis años (Pérez Díaz & Rodríguez, citados por Escamilla & Lagares, 2006). En materia de Educación Física constituyó un salto cualitativo que superó el modelo físico-deportivo que había imperado con la ley anterior. De acuerdo a su ordenamiento curricular en la misma área, los contenidos del Bloque 1, Condición física, tuvo como metas las funciones desarrollar:

1. Conceptos

- a) Condición y capacidades físicas: conceptos y principios y sistemas para su desarrollo.
- b) Fundamentos biológicos de la conducta motriz: factores que inciden sobre la condición física y el desarrollo de las capacidades: desarrollo evolutivo, sexo, estados emocionales, hábitos, etc.
- c) El calentamiento: fundamentos y tipos. Preparación para la actividad física.
- d) Respiración y relajación: bases psicológicas. Contribución a la salud y calidad de vida.

2. Procedimientos

- a) Acondicionamiento básico general, a través del desarrollo de las capacidades físicas.
- b) Aplicación de los sistemas específicos de desarrollo de las distintas capacidades física y valoración de sus efectos.
- c) Calentamiento: de la preparación general a la específica.
- d) Técnicas de respiración y relajación.
- e) Prevención y actuación en caso de accidentes en actividades físicas.
- f) Planificación del trabajo de condición física (elaboración de programas de mantenimiento, mejora y recuperación).

Con respecto a los objetivos específicos en materia de salud, de acuerdo a los objetivos generales del Real Decreto 1345/1991 (MEC, 1991a), la Educación Física en la etapa Secundaria Obligatoria pretende que los alumnos y alumnas lleguen a:

1. Conocer y valorar los efectos que tiene la práctica habitual y sistemática de actividades físicas en su desarrollo personal y en la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud.
2. Planificar y llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus propias necesidades, previa valoración del estado de sus capacidades físicas y habilidades motrices, tanto básicas como específicas.
3. Ser consecuente con el conocimiento del cuerpo y sus necesidades, adoptando una actitud crítica ante las prácticas que tienen efectos negativos para la salud individual y colectiva, respetando el medio ambiente y favoreciendo su conservación.

En el mismo sentido, señala además la importancia de ir más allá de habituar al alumnado sólo al movimiento, siendo necesario vincular esta práctica con valores, normas y conocimientos de los efectos de esta, así como de su ausencia; y que, en definitiva, se trata de formar ciudadanos con una actitud crítica y reflexiva acerca del hecho corporal. De esta manera se pretende inculcar una responsabilidad personal por su cuerpo para alcanzar mayores cotas de calidad de vida en la sociedad.

4.2.2. La LOE

La LOE fue aprobada en el Congreso de los Diputados el 6 de abril de 2006. Esta Ley deroga todas las anteriores (LGE de 1970, LOGSE, LOPEG y LOCE) salvo la LODE de 1985; conserva parte de la LOGSE, y recoge con otra orientación algunos aspectos de la Ley de Calidad de la Enseñanza (Escamilla & Lagares, 2006), y es la normativa educativa vigente hasta hoy.

Con respecto a su rol de promoción de la salud, autores como Gómez (2011) sostienen que pese a lo estipulado en la LOGSE, no es hasta esta norma donde se aborda por primera vez en el currículo de Educación Física la importancia del cuidado integral del cuerpo. Esto se manifiesta, por ejemplo, en el cambio de nombre

del Bloque de contenidos de Condición física a Condición física y Salud.

Así, en su Artículo 2, nombra como uno de sus fines:

- h) la adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, de conocimientos científicos, técnicos humanísticos, históricos y artísticos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio y el deporte. (MEC, 2006, p.17165)

Entre los objetivos generales que fundamentan esta norma se encuentran la consideración de que la educación es el medio más adecuado para ayudar a construir la personalidad de los jóvenes, la preocupación por ofrecer una educación capaz de responder a las cambiantes necesidades y demandas que plantean las personas y los grupos sociales, y la exigencia de proporcionar una educación de calidad.

Realizando un análisis por etapas, en el Bloque de contenidos específicos, el Artículo 17 de los objetivos para la Educación Primaria pretende que el alumnado llegue a valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medio para favorecer el desarrollo personal y social (MEC, 2006). Para la Educación Secundaria, en el Objetivo nº 10, señala adoptar una actitud crítica ante el tratamiento del cuerpo, la actividad física y el deporte en el contexto social (MEC, 2006) y en su Artículo 23, para el mismo grado, señala:

- k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica de deporte para favorecer el desarrollo personal y social (...) (MEC, 2006, p. 17169)

Evidenciando la evolución en esta materia, el Bloque 1. Condición física y salud tiene como contenidos comunes para todos los cursos (de primero a cuarto año):

- El calentamiento: concepto, general y específico, objetivos, significados en la práctica física, práctica y valoración como hábito saludable.
- Cualidades físicas relacionadas con la salud.
- Acondicionamiento físico.

También destaca aspectos como la hidratación y los efectos para la salud de hábitos como el consumo de tabaco y alcohol. De forma detallada, para los cuatro cursos, sus contenidos relacionados con la salud son:

Primer curso

- El calentamiento: concepto, general y específico, objetivos, significados en la práctica física, práctica y valoración como hábito saludable.
- Cualidades físicas relacionadas con la salud y acondicionamiento físico a través de ellas.
- Higiene postural.
- Higiene corporal.

Segundo curso

- Calentamiento general y específico.
- Cualidades físicas relacionadas con la salud.
- Higiene postural.
- Efectos para la salud de hábitos como el consumo de tabaco y alcohol.

Tercer curso

- El calentamiento: efectos, pauta de elaboración.
- Acondicionamiento de las cualidades relacionadas con la salud.
- Higiene postural.
- Alimentación y actividad física.
- Valoración de la alimentación como factor decisivo en la salud personal
- Métodos de relajación.

y, para el cuarto curso:

- Realización autónoma del calentamiento, calentamiento como prevención de lesiones.
- Sistemas de entrenamiento de las cualidades físicas relacionadas con la salud.
- Valoración de los efectos negativos de determinados hábitos (fumar, beber, sedentarismo) sobre la condición física y la salud; actitud crítica frente a dichos hábitos.

- Elaboración y puesta en práctica de un plan de trabajo para las cualidades físicas relacionadas con la salud.

4.2.3. El currículum catalán

Considerando el ordenamiento curricular propio que le compete a las Comunidades Autónomas, el Departament d' Educació (2009) señala también que el desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida son finalidades fundamentales de la educación obligatoria, y donde la Educación Física tiene también un papel primordial en el desarrollo de las competencias centradas en el cuidado del cuerpo y su mejora de la salud, la forma física y el buen uso del tiempo libre a través de la práctica de actividades deportivas individuales y colectivas.

De acuerdo al Departament d' Educació (2009, p. 118), la Educación Primaria los contenidos se estructuran en cinco apartados:

1. El cuerpo, imagen y percepción.
2. Habilidades motrices y cualidades físicas básicas.
3. Actividad física y salud.
4. Expresión corporal.
5. El juego.

Con respecto al cuidado de la salud, los tres objetivos relacionados directamente con ella son:

1. Conocer, aceptar y valorar el propio cuerpo y la actividad física como un medio de exploración para la elaboración de la autoimagen, la autoestima y la autoconfianza.
2. Apreciar los efectos beneficiosos hacia la salud, del ejercicio físico y de la adquisición de hábitos higiénicos, alimentarios y posturales.
3. Compartir y disfrutar del ejercicio físico y de la expresión y comunicación corporal.

De acuerdo al Decreto 143/2007, por el cual se establece la ordenación de la enseñanza de la Educación Secundaria Obligatoria, el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya (Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2007) determina los contenidos que se estructuran en cuatro partes: 1) condición física y salud, 2) juegos y deportes, 3) expresión corporal y 4) actividades en el medio natural. En la misma norma, en su Artículo 3, señala como uno de los objetivos de la educación secundaria obligatoria:

- p) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de salud e incorporar la práctica de la actividad física y el deporte a la vida cotidiana para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. (p. 21872)

Específicamente en el área de Educación Física en la ESO, señala que:

El desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida, son finalidades fundamentales de la enseñanza obligatoria. La Materia de Educación Física ha de tener un papel primordial en el desarrollo de las competencias centradas en el cuidado del cuerpo y de la salud, en la mejora corporal y la forma física y en el uso constructivo del tiempo libre mediante la práctica de actividades deportivas individuales y colectivas.

Al final de esta etapa los chicos y las chicas han de comprender los beneficios de la práctica de actividad física sistemática y permanente y han de adquirir las herramientas necesarias para organizar la propia práctica de forma autónoma. Para conseguir esta autorregulación es fundamental vincular la práctica de actividades físicas a una escala de valores, actitudes y normas y al conocimiento de sus efectos sobre la salud, el crecimiento personal y la mejora de la calidad de vida.

(...) Los contenidos de la materia pretenden dar respuesta a las necesidades que lleven hacia el bienestar personal y que promuevan una vida más saludable y de más calidad de vida. La competencia en la práctica de hábitos saludables de forma regular y continuada contribuye a sentirse bien con el propio cuerpo, a la mejora de la autoestima y al desarrollo del bienestar personal. (p. 21914)

Así, entre los diez objetivos del currículo vigente, cuatro de ellos (nº 1, 2, 4 y 10) enuncian directamente a la salud, la autonomía y la actitud crítica frente al tratamiento del cuerpo. Estos son:

- 1) Conocer las características que definen una actividad física saludable y los beneficios que la actividad física infunde para la salud individual y colectiva.
- 2) Valorar la práctica regular de actividad física como un medio para mejorar la salud y de la calidad de vida.
- 4) Manifestar autonomía en la organización y planificación de la actividad física, consolidada como un hábito de vida saludable.
- 10) Adoptar una actitud crítica delante del tratamiento del cuerpo, la actividad física y el deporte en la sociedad actual y valorar los aspectos positivos. (p. 21915)

Y, de acuerdo a los contenidos del Bloque 1, Condición física y salud, se enuncian para el primer curso:

- Identificación de las partes de una práctica física: calentamiento, actividad física y ejercicios de baja intensidad.
- Realización de ejercicios apropiados para el calentamiento en general.
- Caracterización de la condición física y de las cualidades físicas.
- Realización de juegos para la mejora de la condición física.
- Atención a la higiene luego de la actividad física.
- Práctica de las posiciones corporales adecuadas para las actividades físicas y la vida cotidiana.
- Práctica de ejercicio para la mejora del tono muscular y la postura corporal.
- Control de la respiración y conciencia del cuerpo en relajación.

Para el segundo curso:

- Realización de juegos de calentamiento, reconociendo los objetivos que se persiguen.
- Reconocimiento de las cualidades físicas relacionadas con la salud: resistencia aeróbica y flexibilidad.
- Realización de actividades y de juegos para la mejora de la condición física, con incidencia especial en la resistencia aeróbica y flexibilidad.
- Control y valoración de la frecuencia cardíaca como un indicador de grado de esfuerzo.
- Valoración de la importancia de adoptar una buena postura corporal en la práctica de las actividades físicas y en la vida cotidiana.
- Reconocimiento de la relación entre hidratación y actividad física.
- Valoración de los hábitos saludables como una buena alimentación, el descanso y la actividad física e identificación de los hábitos de riesgo.
- Conocimiento y vivencia de diferentes técnicas de respiración y relajación y aplicación en situaciones cotidianas.

Para el tercer curso:

- Condicionamiento de las cualidades relacionadas con la salud: resistencia aeróbica, flexibilidad y fuerza, resistencia general mediante la puesta en práctica de sistemas y métodos de entrenamiento.
- Identificación de los efectos del trabajo, de las cualidades físicas sobre la salud y los aparatos del cuerpo humano.
- Reconocer la relación entre la alimentación, la salud, la actividad física, Equilibrio entre ingesta y gasto calórico.

Y para el cuarto curso:

- Reconocimiento de los efectos del trabajo de resistencia aeróbica, de flexibilidad, y de fuerza-resistencia sobre el estado de salud: efectos beneficios, riesgos y prevención.
- Tomar conciencia de la condición física individual y predisposición para mejorarla.
- Valoración de los efectos negativos de determinados hábitos sobre la condición física y la salud. Actitud crítica frente a estos hábitos.

De acuerdo a Delgado et al. (2005) los objetivos para la EFpS, cuyo posterior desarrollo conduce a los objetivos didácticos correspondientes a cada Unidad Didáctica son:

- Adquirir conocimientos básicos acerca de los hábitos de práctica física, posturales, higiénicos, alimenticios, prevención de accidentes y primeros auxilios.
- Participar en las tareas y juegos motrices propuestos dotando al alumnado de experiencias positivas que puedan influir en la realización de actividad física como hábito extraescolar y en la comprensión de los estilos de vida saludables.
- Fomentar actitudes de cooperación y respeto a través de propuestas grupales y participativas, desarrollando una actitud crítica y constructiva en relación a temas relacionados con la salud personal y pública tratando de erradicar creencias erróneas y fomentando la autonomía en la práctica deportiva.

En la tabla 23, Delgado et al. (2005) proponen los contenidos adecuados para la Educación Física orientada a la salud. En ella se observan tres ejes principales: 1) creación de hábitos saludables, relacionado con el ámbito conductual; 2) desarrollo de la condición biológica, relacionada con el desarrollo de las aptitudes físicas y; 3) correcta utilización de espacios y materiales, relacionado con los aspectos de seguridad externos; o sea, la relación con el medio, la implementación deportiva adecuada, etc.

Tabla 23. Contenidos de la Educación Física orientada a la salud (Delgado et al. 2005, p. 90)

CREACION DE HABITOS SALUDABLES	DESARROLLO DE LA CONDICIÓN BIOLÓGICA	CORRECTA UTILIZACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de esfuerzo físico • Higiene corporal • Educación postural • Hábitos alimenticios • Prevención de accidentes y aplicación de primeros auxilios 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de salud y de condición física: adaptaciones curriculares • Desarrollo de la condición física 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de espacios • Análisis y adecuada utilización de materiales • Adecuada utilización de vestimenta y calzado deportivo

Para alcanzar estos fines, los mismos autores sostienen que la enseñanza de los contenidos de salud requiere de una continua participación del alumnado, de manera que se fomenten tareas y situaciones que favorezcan la participación cognitiva y la reflexión crítica, y así evitar los estilos de enseñanza de mando directo, por considerarlo un factor que anula la participación del alumnado. Por ello, sostienen que los estilos de enseñanza más adecuados para la EFpS en la etapa de la ESO, de acuerdo a las características de los contenidos y del alumnado, son los estilos participativos: enseñanza recíproca, grupos reducidos, micro enseñanza; estilos cognoscitivos: descubrimientos guiados, resolución de problemas; y los estilos socializadores: juego de roles y dinámicas de grupo.

4.2.4. Características del alumnado de la ESO

Debido al enfoque de este trabajo, cabe hacer referencia a los factores particulares de esta etapa de educación obligatoria, donde el alumnado posee características especiales de acuerdo a su etapa de desarrollo. La ESO se caracteriza por ser aquel periodo de enseñanza en donde el alumnado pertenece, de acuerdo a su edad, al periodo de la adolescencia, el cual constituye una fase de transición entre la niñez y la vida adulta (Moreno Sigüenza, 2004). Esta edad conlleva a importantes cambios en el ámbito cognitivo, social y físico, por lo que la educación debe ayudar a otorgarles las herramientas con las cuales cuidar y mejorar su salud. De acuerdo a esta idea, la etapa de la ESO constituye un periodo muy favorable para adoptar y consolidar hábitos de vida saludable. González Arévalo (2010) señala a esta como la última etapa de la educación obligatoria y natural continuadora de la enseñanza primaria, por lo que la materia de Educación Física debería ser la responsable de generar y consolidar hábitos saludables relativos a la práctica de actividad física de forma autónoma como gran finalidad. De esta manera, se considera que el alumnado que egresa de la educación obligatoria lo hace con aproximadamente 16 años de edad, quedándole mucha vida por delante, por lo cual es muy importante que sepa reflexionar e interpretar qué, por qué y cómo realizar las cosas relativas a la práctica de actividad física enfocada a la salud.

Rodríguez Rico (2002) señala como uno de los objetivos generales de la Educación Física en este nivel es promover y facilitar que cada alumno y alumna llegue a comprender su propio cuerpo y sus posibilidades, así como conocer y dominar un número variado de actividades corporales y deportivas, para que en el futuro pueda llegar a escoger y practicar la modalidad más conveniente para su desarrollo personal. De esta manera se le ayudará a adquirir los conocimientos, destrezas, actitudes y hábitos que le permitan mejorar sus condiciones de vida y de salud; así como disfrutar y valorar las posibilidades del movimiento como medio de enriquecimiento y disfrute personal con sus semejantes. La consolidación de la educación a través de hábitos es una de las prioridades de la ESO y para lograrlo es necesario que no sólo se deba habituar a los alumnos a la práctica continuada de actividad física, sino que es necesario además vincular esa práctica a una escala de valores y normas, al conocimiento de los efectos que dicha práctica, o su ausencia, tiene sobre el desarrollo personal (González Arévalo, 2010; Pérez & Delgado, 2004).

Según Rodríguez Rico (2002), de acuerdo a su condición de adolescentes los alumnos y alumnas toman conciencia de los cambios evolutivos que se producen en el organismo en la etapa de la ESO (12-16 años), por lo que se plantean una imagen de sí mismos, sintiéndose capaces de mejorar su cuerpo y de superar sus límites de eficiencia física. Durante esta etapa la actividad física deja de tener un sentido principalmente lúdico, como en la enseñanza primaria, para adquirir otras funciones:

- a) Hacer ejercicio, que, además de divertir, les ayuda a mejorar la imagen corporal.
- b) Para sentirse mejor, más hábiles y eficaces.
- c) Para conservar y mejorar su salud.
- d) Para jugar mejor y superar los retos.
- e) Para integrarse y hacerse aceptar dentro del grupo.

El Real Decreto 1345/ 1991 (MEC, 1991a) por el que se establece el currículo de la Enseñanza Secundaria Obligatoria, al referirse a los objetivos generales de esta etapa, señala que estos traducen las finalidades de la misma a las distintas capacidades necesarias para alcanzar. Al finalizar la ESO el alumnado, como resultado del aprendizaje, deberá haber desarrollado las siguientes capacidades:

- I. Analizar los mecanismos básicos que rigen el funcionamiento del medio físico, valorar las repercusiones que sobre él tienen las actividades humanas y contribuir activamente a la defensa, conservación, y mejora del mismo como elemento determinante de la calidad de vida. (...)
- L. Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y las decisiones personales, y valorar los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene, y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana. (pp. 30229-30230)

4.3. La Educación para la Salud (EpS) como Tema Transversal

Una de las innovaciones de la LOGSE fue la incorporación de los llamados Temas Transversales o Ejes Transversales, donde aparece la denominada Educación para la Salud. Al realizar una aproximación a su concepto, Palos (2000) señala que se tratan de temas determinados por las situaciones problemáticas o de importancia social, generados por el modelo de desarrollo actual, que abordan el análisis de la sociedad y del currículo educativo en toda su complejidad conceptual desde una reinterpretación ética. Delgado y Tercedor (2002), resaltando su acción nacional, los define como temas de actualidad e interés social inmersos en el sistema educativo español y que deben ser conocidos y tratados por todo el equipo docente. Las materias transversales recogen un conjunto de contenidos conceptuales y procedimentales pero esencialmente actitudinales y funcionales que abordan problemáticas sociales de relevancia actual (Gavidia, 2001). Así, este componente actitudinal y valórico debe desarrollarse en todas las disciplinas “atravesando” las líneas verticales de las áreas del conocimiento; un verdadero tratamiento transversal sólo se da cuando participan todas las áreas del conocimiento, aunando la actuación de todo el equipo docente (Gavidia, 2001).

El MEC (1993), reafirma estas ideas poniendo énfasis en el compromiso de la escuela con las diferentes problemáticas sociales, entre las cuales hace directa alusión al tema de los hábitos nocivos:

Para tal fin, además de los conocimientos de diversas disciplinas hay ciertas cuestiones en la época actual que reclaman una atención prioritaria. Los grandes conflictos contemporáneos del mundo como la violencia, las desigualdades, la escasez de valores éticos, el despilfarro, la degradación del medio ambiente o hábitos que atentan contra la salud, no pueden pasar desapercibidas para el sistema educativo.

Los Temas Transversales tienen, entonces, una gran importancia pedagógica debido a que ayudan a crear conciencia social y a centrarse en el proceso didáctico de la enseñanza-aprendizaje de los contenidos sociales, producto de su incidencia en la revisión de los interrogantes básicos de la educación y su aportación al desarrollo de un pensamiento social y crítico por parte del alumnado (Palos, 2000). Así, los temas que más preocupan a la sociedad en la actualidad y lo que la escuela debería hacerse cargo (Delgado & Tercedor, 2002), son los siguientes:

- Educación para la paz
- Educación para las oportunidades de ambos sexos
- Educación del consumidor
- Educación vial
- Educación sexual
- Educación ambiental
- Educación para la salud.

De esta manera, el tema de la salud se trata desde una perspectiva social, abarcando todas las áreas de la educación a través de las concreciones curriculares; desde el primer nivel de concreción, que emana del currículo de la administración educativa competente, hasta el tercer nivel de concreción curricular, que se refiere las programaciones del aula realizadas por el cuerpo docente.

4.3.1. Concepto de Educación para la Salud

Costa y López (2008) definen Educación para la Salud²¹ como un proceso de comunicación y enseñanza-aprendizaje que se orienta a la adquisición y fortalecimiento de los estilos de vida saludable, a favorecer los comportamientos adecuados a través de las elecciones positivas, y a promover cambios de hábitos y estilos de vida insanos. La EpS forma parte de la promoción de la salud, la cual tiene como finalidad global influir positivamente sobre ella. Este propósito ha orientado los objetivos que se han venido planteando históricamente (Costa & López, 1996).

²¹ En adelante EpS.

Como estrategia de promoción de la salud, la EpS tiene la finalidad global de influir positivamente en esta, orientando tres estrategias de intervención: 1) la prevención de la enfermedad y de los problemas de salud, 2) la capacitación de las personas y, 3) el fortalecimiento de los contextos en los que viven. De acuerdo a esto, los principales objetivos de la EpS para la población (OMS, 1989), son:

- Ayudar a definir sus propios problemas y necesidades.
- Comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos, combinados con el apoyo exterior.
- Decidir cuáles son las acciones más apropiadas para llevar una vida sana y fomentar el bienestar de la comunidad.

Para Garoz y Maldonado (2004) la escuela debe encargarse de la EpS a través de los contenidos relacionados con la salud, sobre todo el área de EF y los Temas Transversales, teniendo en cuenta, sin embargo, que para mantener la salud pública e individual se necesita también de acciones organizadas de las sociedades a mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas para prevenir las enfermedades y prolongar la vida con más calidad. De este modo se responde a la naturaleza cambiante de los problemas de salud dentro de un proceso de desarrollo sostenible, lo que se relacionaría también con un concepto de salud pública ecológica.

Lleixà (2003) considera que la EpS se inicia en el entorno familiar durante los primeros años de vida. Sin embargo, desde los organismos preocupados por la promoción de la salud se considera a la escuela como el lugar idóneo para desarrollar eficazmente esta educación debido a la condición de acoger a casi la totalidad de la población infantil. Mendoza, Reyes y Batista (citados en Lleixà, 2003), señalan además que los profesores son profesionales especialistas en educar y, por ello, poseen los recursos pedagógicos eficaces para fomentar un estilo de vida saludable en el alumnado. Esto es confirmado por el estudio de Pantoja (2012), quién señala al profesor de Educación Física como una de las figuras más importantes para promover la práctica de actividad física en la educación primaria. Es digno de destacar que un trabajo adecuado por parte de los padres, educadores y otros profesionales afines al mundo de los niños y las niñas, harán posible que los hábitos de vida, incluida la práctica físico-deportiva, sean los correctos (Delgado & Tercedor, 2002). Para Zagalaz (2001) la educación sanitaria y la Educación Física se

complementan, debido a que la salud no es sólo un don de la naturaleza, sino que también es el resultado de una acción técnica, o sea, de esfuerzos conscientes para conseguir un buen estado. En este sentido, la EF continúa la línea higienista, relacionando muy directamente con el binomio actividad física-salud. De acuerdo a esta idea, uno de los aspectos está referido precisamente a la EpS, resaltando el factor educativo que posee la Educación Física en función de los objetivos sanitarios en el alumnado. En el mismo sentido, Pérez y Delgado (2004) señalan la finalidad prioritaria que tiene el concepto educación, que si bien en la Educación Física el motor es todo lo relacionado con el movimiento, no como una meta en sí, sino como medio que permite albergar y desarrollar intencionadamente los distintos ámbitos de la persona.

4.4. La generación de hábitos

A partir de los apartados anteriores, se puede apreciar que los comportamientos que configuran el estilo de vida tienen una repercusión fundamental sobre la vida de las personas siendo, de acuerdo a autores como Lalonde (1981), uno de los factores más determinantes en la salud y calidad de vida de la población. De acuerdo a esto, se considera necesario, pues, abordar el tema de cómo se generan y perduran los hábitos de vida saludable. Por esta razón, adquieren importancia los mecanismos que interactúan en la generación de estos, así como la autonomía, como culminación y consolidación de los mismos. De esta manera, se analizarán los factores que determinan la generación y permanencia en el tiempo de un hábito, y en qué forma la Educación Física puede ayudar en este proceso. Como punto de partida, se propone considerar los factores relacionados al inicio y mantenimiento en programas de actividad física de Blasco (1994).

De acuerdo a Blasco (1994), los factores que favorecen el inicio de los programas de ejercicio físico, entendidos como hábitos de actividad física, son:

- Conocimientos sobre ejercicio y salud.
- Constitución corporal atlética.
- Actitudes positivas hacia el ejercicio.
- Auto eficacia elevada.

- Programas de ejercicio de intensidad moderada.
- Nivel alto de estudios.
- Edad joven.
- Auto motivación.
- Deseo de mejorar la salud.
- Deseo de mejorar la forma física.
- Deseo de mejorar el aspecto físico.

Y por el contrario, los que lo dificultan son:

- Percepción de falta de tiempo.
- Falta de conocimientos sobre el tema.
- Sensaciones de cansancio.
- Presencia de obligaciones familiares.
- Falta de fuerza de voluntad.

En el mismo sentido, los factores relacionados con el mantenimiento de estos programas son:

- Disponibilidad de tiempo.
- Disponibilidad de instalaciones.
- Apoyo social hacia la práctica de ejercicio.
- Historia previa de ejercicio.
- Auto eficiencia y auto motivación elevadas.
- Habilidades conductuales de mantenimiento.
- Actitud positiva hacia el ejercicio.
- Apoyo social durante el ejercicio.
- Ejecución de un programa de intensidad moderada.
- Disfrute con el ejercicio.
- Efecto reforzante de la forma física.
- Percepción de buena salud.

De acuerdo a lo anterior, se puede destacar los factores de tener conocimiento sobre el ejercicio físico y la salud, poseer alto nivel de estudios y un deseo de mejorar la salud son claves para comenzar a practicar actividad física; por otro lado, la falta de tiempo, la falta de conocimientos y la falta de fuerza de voluntad y la pereza son los que dificultan. Estos factores están en concordancia con los señalados por García Ferrando (2007, 2011).

4.4.1. El hábito y sus componentes

Siguiendo a Comellas (2001), el tema de la formación de hábitos en el ámbito escolar constituye un tema de interés para el profesorado y los padres, debido a las repercusiones que tienen en el desarrollo infantil y juvenil. La importancia radica en que incide en las actitudes, la personalidad, las habilidades y los aprendizajes, contribuyendo significativamente al desarrollo de la autoestima y la socialización en el presente y futuro.

Para comenzar a desglosar el hábito, es necesario considerar dos aspectos importantes: 1) los componentes que determinan la conducta humana y 2) que se trata de un aprendizaje que implica un proceso largo (Comellas, 2001), que, de acuerdo al estudio de Lally et al. (2010), se determinó que el tiempo promedio para adquirir un hábito es de 66 días. Es en este punto en donde la investigación se adentra en el ámbito psicológico y los procesos mentales que determinan la conducta humana. De ahí que tenga gran importancia el aspecto cognitivo, a través de los conocimientos y las creencias en la formación de los hábitos.

De acuerdo a Lally et al. (2010), se habla de un hábito cuando los comportamientos se repiten de manera coherente y se empieza a proceder más eficientemente, con menos participación del pensamiento como control de las transferencias de señales del ambiente, que activen una respuesta automática. Comellas (2001) considera que existe un hábito cuando el individuo lleva a cabo una conducta que ha aprendido previamente, en el momento oportuno, de forma adecuada y sin necesidad de un control externo, o sea, de forma autónoma. La autonomía, por su parte, se expresa cuando el comportamiento muestra todas o alguna de las siguientes características: eficiencia, falta de conciencia del hecho, no

posee intencionalidad ni control necesario (Borgh, citado por Lally et al. 2010).

Por lo tanto, el hábito se trata de un comportamiento integrado, desarrollado de forma constante, donde intervienen los ámbitos cognitivo, motor y emocional de la persona. De acuerdo a Borg (citado por Lally et al. 2010), sus características principales están determinadas por:

- Ser una conducta aprendida, por lo que se adquiere; no es innata.
- Ser llevada a cabo cotidianamente; no es esporádica.
- Ser ejecutado con cierta corrección. De acuerdo a la edad, se planteará una conducta que se irá corrigiendo a partir de la práctica.
- No requiere control, presión, exigencia o respuesta del entorno. En este sentido este aspecto será la clave para la consolidación del aprendizaje de los hábitos, ya que en ningún caso debe estar fomentado por estímulos externos, sean estos premios o castigos. Con esto, se hace referencia a la autonomía como el aspecto que evidencia la formación y mantenimiento del hábito.

De acuerdo a Vilches (2007), los principales factores del crecimiento de un hábito corresponden a:

- El número de repeticiones con que se ejecuta, dado que cada repetición fortalece la disposición producida por el ejercicio anterior.
- La frecuencia: un intervalo muy prolongado de tiempo hace que la disposición se debilite, mientras que uno muy corto, no ayuda a que haya suficiente reposo, lo cual produce fatiga orgánica y mental. Con esto, se supone que debe existir un equilibrio en cuando a la frecuencia de su desarrollo.
- La uniformidad: el cambio debe ser lento y gradual y los elementos nuevos deben añadirse poco a poco.
- El interés que se pone en las acciones, o sea, el deseo de tener éxito.

Por el contrario, Aarts et al. (1997) señalan que los factores que obstaculizan su formación en el ámbito de la actividad física, son:

- La probabilidad de desconocer qué tipo de ejercicios promueven la salud, o que el estilo de vida sedentario trae consecuencias negativas para la salud a largo plazo.

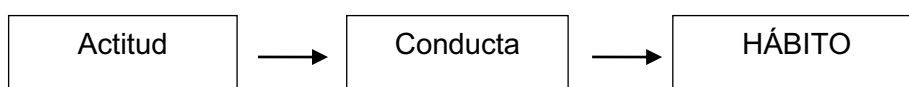
- Que pese a las creencias positivas sobre la salud que tienen los individuos, no sea suficiente como para desear ejercitarse. Esto supone que el simple hecho de poseer conocimientos sobre la salud no bastaría para concretar el ejercicio, sino que depende también de otros factores como los intereses o la motivación.
- El abandono: esto puede deberse a que las expectativas esperadas no se cumplen inmediatamente, básicamente porque estas son visibles sólo a largo plazo. Además, las personas pueden encontrar consecuencias negativas de manera anticipada (lesiones, baja percepción de habilidad, etc.). En el mismo sentido, también se encuentra el hacerse muy altas expectativas.
- Las limitaciones de tiempo y la falta de facilidades para ejercitarse (instalaciones o condiciones adecuadas).

Siguiendo a Delgado y Tercedor (2002), los mecanismos que actúan en la generación de un hábito son: a) las actitudes, b) las motivaciones, y c) los intereses. Siguiendo ese modelo, se analizarán a continuación los aspectos anteriores, revisando las conceptualizaciones aportadas por diferentes autores.

a) Actitud

Delgado y Tercedor (2002) consideran a la actitud como el preámbulo de un hábito. Estos autores la definen como una disposición de ánimo manifestada de algún modo. Así, la actitud sería el preámbulo de una conducta y, cuando esta es frecuente en el tiempo, termina constituyendo un hábito (ver figura 7).

Figura 7. Relación entre la actitud y el hábito (Chillón, 2005, p. 52)



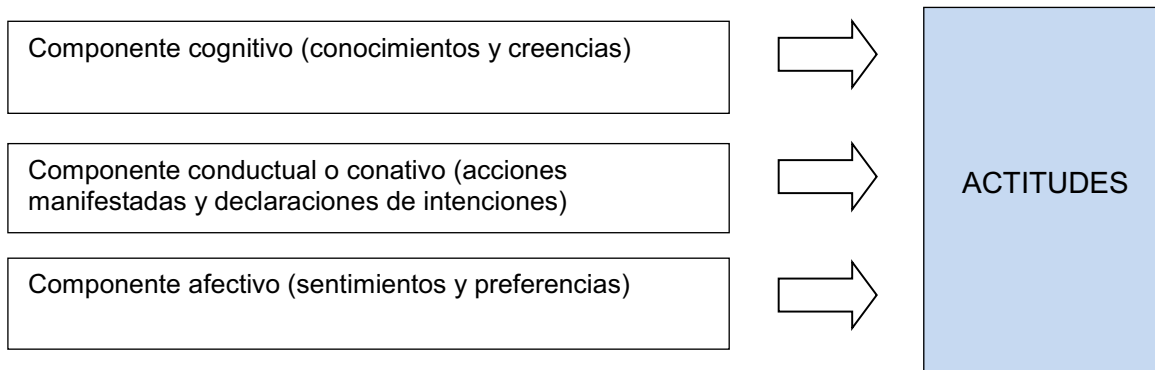
Roca (2006) señala que la actitud se refiere a un estado disposicional, pero que no comporta necesariamente una acción, aunque la puede generar. De acuerdo a Rodríguez (citado en Llopis & Ballester, 2001), la actitud es “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (p. 113). Fishbein y Ajzen (citados por Sánchez, Ramos & Marcet, 1994), la señalan como “una predisposición aprendida de responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable respecto de un objeto dado” (p. 80). Llopis y Ballester (2001) sostienen que sus características más importantes son:

- Que constituyen disposiciones internas de un individuo a actuar respecto a una persona, un objeto o una situación.
- Relativamente estables en el tiempo y de una situación a otra.
- Adquiridas de múltiples maneras.
- Fruto de una realidad concreta que evoca en la persona, al comprender y sentir dicha realidad.

Finalmente, las formas de comprender y percibir la realidad, a través de la inteligencia emocional y la predisposición a actuar, se convierten, en último término, en un actuar concreto, y en donde la conducta puede considerarse, por una parte, como un factor que determina el asentamiento de actitudes y, por otra, como un factor de cambio (Llopis & Ballester, 2001).

A modo de síntesis, se resumen las ideas anteriores en la figura 8, donde se muestran los componentes básicos que definen a las actitudes. Estas corresponden al componentes de tipo cognitivo, afectivo y conductual o conativo.

Figura 8. Componentes básicos y definitorios de las actitudes (Sarabia, citado en Pérez & Delgado, 2004, p. 24)



A partir de esta figura, se puede decir que en el componente cognitivo es determinante para la adquisición de conocimientos y creencias y, por ende, para tener conciencia sobre los beneficios y riesgos que puede producir un comportamiento determinado; por ejemplo, conocer los beneficios del ejercicio para la salud o las consecuencias negativas de fumar; en el componente afectivo, los sentimientos y preferencias tendrán relación con el agrado o desagrado de una acción determinada, como el gusto por el esfuerzo físico o el placer que provoca jugar un deporte; finalmente, el componente conductual o conativo (que intenta modificar una conducta) se pueden considerar como los aspectos que más exteriorizan las actitudes, al actuar o declarar la intención de actuar de una manera determinada, como manifestar o asistir a una práctica deportiva.

b) Motivación

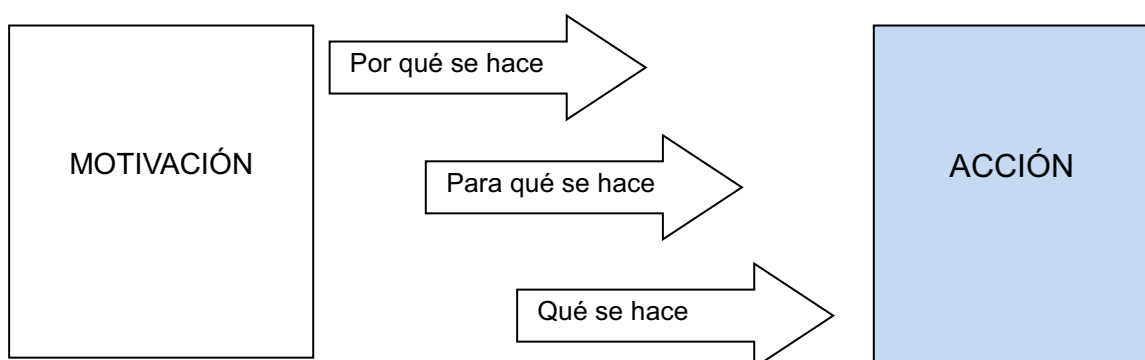
De acuerdo a la Real Academia Española se trata de un ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia. Del Cristo (2008) la define como “un proceso interno determinado por aspectos biológicos, culturales, sociales, de aprendizaje y cognitivos que impulsan a un sujeto a iniciar, desarrollar y/o finalizar una conducta (p. 31). Para Burón (1994) consiste en “una intención que mira hacia el futuro; es lo que mueve a actuar” (p. 147). Roca (2006) señala que la motivación humana tiene relación con algo que, en

menor o mayor medida, predispone a actuar. En este sentido, señala que “no sabemos de la motivación sino a través de la acción” (p. 8). Esto quiere decir que la motivación se refiere a una dimensión concreta; es el estado disposicional de cada uno para iniciar y continuar una acción, o sea, es un estado de aspectos personales que mueven a la acción y que se sitúa en el tiempo previo a esta. De esta manera, está relacionada al comportamiento humano, siendo la denotación del carácter de “fuerza que empuja” a la acción, lo que la distingue de otros conceptos.

La motivación depende de las variables motivacionales, donde hay tres cuestiones básicas: por qué se hace, qué es lo que se hace y para qué se hace (Roca, 2006). Así, Roca señala que ciencias como la biología, psicología y sociología abordan el tema de la motivación poniendo énfasis en las causas y magnitud de esta, tratando de aportar explicaciones del porqué de la motivación individual y de su fuerza. Por otro lado, el mismo autor define la automotivación como: “cuando uno mismo planea regular la fuerza que le empuja a actuar, a partir del conocimiento que tiene sobre sí mismo” (p. 10). Dicho de otra manera, se refiere a la autonomía del comportamiento, producto de la reflexión sobre las propias motivaciones.

En la figura 9, basados en los postulados de Roca (2006), se ilustran las variables motivacionales que acaban determinando la existencia de la acción.

Figura 9. Relaciones entre la motivación y la acción



Elaboración propia

c) Interés

La Real Academia Española lo define como una inclinación del ánimo hacia un objeto, una persona, una narración, etc. Para Roca (2006), este concepto “comporta la idea de algo que mueve o puede mover a la acción, pero denota que el objetivo, lo que se quiere conseguir con la acción, es lo motivante” (p. 8); en otras palabras, señala que el interés es una motivación “exterior” al sujeto y normalmente concreta, por ejemplo, en el caso del interés por la actividad física, donde el interés por ésta podría llevar a una persona a practicarla o no.

Se podría decir, entonces, que el interés juega un papel determinante en la consecución de una actitud positiva en relación al desarrollo de una conducta, la que, finalmente, y de acuerdo a la intervención de los componentes cognitivo y afectivo, acabarán disipando o consolidando un hábito. De esta manera, desde el punto de vista de la salud, es importante consolidar una buena base de conocimientos y otorgar experiencias positivas, entregar conocimientos teóricos y prácticos que reafirmen buenas creencias y desechen las erróneas.

4.5. Estado de la cuestión de la enseñanza-aprendizaje de la EFpS

Al observar el estado del desarrollo de los hábitos de vida de la sociedad, se puede constatar la paradoja de que pese a la concepción positiva atribuida a la actividad física y, por otro lado, a las ideas negativas relacionadas con la alimentación inadecuada y el consumo de sustancias tóxicas, además de los esfuerzos en pos de la salud y la vida activa por parte de las distintas organizaciones competentes, una buena parte de la población termina adoptando estilos de vida insanos. Al constatar los beneficios de la actividad física y, por el contrario, los perjuicios de los hábitos inadecuados, surge la interrogante del por qué las personas tienden a adoptar aquellos comportamientos más perjudiciales para su salud. Como se ha revisado a lo largo de esta parte, los hábitos saludables y los nocivos son directamente antagónicos, constituyendo dos caminos que tienen común denominador en cuanto a su naturaleza de tipo conductual, pero opuestos en su finalidad y consecuencias. Estas razones estarían en concordancia con las

características de la sociedad occidental, pues, como reconocen Costa y López (1986), los comportamientos nocivos están tan relacionados con el ambiente de esta, que cambiarlos puede resultar tan difícil como cambiar la sociedad. Bayés (1985) identifica dos tipos de obstáculos que explican las dificultades existentes para que las personas puedan desarrollar hábitos saludables: 1) algunas leyes del comportamiento y 2) las características del ámbito político y económico. Considerando el primer aspecto, el mismo autor señala tres argumentos:

- 1.El carácter placentero -o reforzante- de la mayor parte de las conductas no saludables. Por ejemplo, el sabor agradable de los dulces u otras comidas no saludables; la comodidad que otorga el reposo, que propicia el no hacer ejercicio; el dinero y poder adquisitivo obtenidos a través de comportamientos laborales estresantes; la relajación que provoca el fumar y la supresión de efectos post ingesta de alcohol como fumar un cigarrillo.
- 2.Lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la adopción de estos comportamientos y la aparición de consecuencias negativas relacionadas a los mismos. Por ejemplo, el cáncer de pulmón no ocurre con inmediatez, sino que luego de un tiempo considerable.
3. Justamente relacionado con lo anterior, las conductas no saludables proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real inmediata; en cambio los efectos nocivos son remotos y probables.

Por otro lado, la Educación Física posee una válida justificación dentro del sistema educativo y un gran potencial para formar hábitos de vida activa y hábitos saludables. Sin embargo, como cualquier otra materia curricular, presenta algunos aspectos que pueden mejorarse. Según González Arévalo (2010), esta asignatura presenta algunos inconvenientes para encontrar su norte dentro de su desarrollo pedagógico. Este autor sostiene que ésta no pasa por su mejor momento ya que, una vez definida como materia obligatoria, en estos últimos años no ha podido encontrar su razón de ser; en el plano del cuidado de la salud, define muy bien esta idea de la siguiente manera:

La importancia de la educación física como materia dentro del currículo escolar queda justificada por su función básica de formar ciudadanos y ciudadanas que vivan de acuerdo a un estilo de vida activo y saludable. Los hábitos de salud que permiten consolidar una vida sana, se inician en las etapas de infantil y primaria. Y es triste que en la etapa de 3 a 6 años, la presencia de la educación del cuerpo sea casi anecdótica con algunas horas semanales dedicadas a la siempre controvertida psicomotricidad. (p. 207)

De acuerdo a la revisión de otros autores, las principales barreras para una óptima enseñanza de la EFpS son:

- Una excesiva “deportivización” de la asignatura (González Arévalo, 2010), en donde se le ha otorgado un excesivo protagonismo a las prácticas deportivas dentro de aula y una marcada orientación al desarrollo de la condición física (Devís & Peiró, 1997) en detrimento de otros contenidos. Además existe una marcada visión dualista (cuerpo vs. mente) que tienen algunos docentes, donde lo central es el cuerpo y no la corporeidad (Ruiz, 2006).
- Basar los resultados de los aprendizajes en habilidades que carecían del más mínimo fundamento social, como, por ejemplo, el caso de saltar el potro o el plinto (Contreras, 2011; González & Ignació, 2003).
- Promover actividades repetitivas, carentes de sentido que impliquen sufrimiento sin mayor sentido trascendente, que producen rechazo de forma inmediata, formando también un paulatino rechazo futuro hacia la actividad física (Generelo et al., 2004).
- Una tergiversada imagen de la Educación Física, donde se menciona también el poco afortunado estereotipo que tiene la asignatura en el inconsciente colectivo, al atribuirle, por ejemplo, un estilo de enseñanza casi militar en algunos programas de televisión (González & Ignació, 2003). Actualmente se sigue mostrando esta imagen en los medios masivos, como en la reciente película *Frankenweenie* en donde en un momento de la obra, una robusta y mal humorada profesora con chándal de estricto estilo reemplaza a un fallido profesor de ciencias, queriendo mostrar una dicotomía antagónica entre ambas áreas.
- Un estereotipo de ser una asignatura de “segunda categoría” con respecto a las de contenido netamente teórico, donde los poco acertados comentarios de Pastor de Arozena (2002), en su obra “¿Qué pasa en las aulas?”, valora a la Educación Física como una asignatura accesoria dentro del ámbito escolar,

enfocada netamente a la motricidad y carente de un sentido reflexivo.

- Baja asignación horaria (Moreno & Charro, 2007; Pérez & Delgado, 2004; Ruiz, 2006), en donde algunos autores sostienen que el tiempo real de movimiento en cada clase alcanza sólo los 14 minutos en total (Sebastiani & Sánchez, 2011). De esa manera no se alcanzan a estimular los mecanismos fisiológicos y, por ende, no se pueden desarrollar los componentes de la condición física relacionados con la salud.

Sin embargo, pese a todas estas dificultades, se constata una gran oportunidad para darle un gran impulso al ámbito de la salud, específicamente en la práctica de actividad física, alimentación, descanso y el control frente al consumo de sustancias tóxicas, en concordancia con los objetivos de la LOE.

Intentando encontrar una respuesta a priori con miras a la formación de hábitos saludables desde la Educación Física, Duda (2001) plantea una interrogante y a la vez una afirmación: “¿Por qué la Educación Física (y otras actividades físicas organizadas) no han influido en el fomento de una vida activa entre los niños y adolescentes?” (p. 272). Esto plantea tres consideraciones importantes que, según la autora, no han recibido suficiente atención por parte de los profesionales del ámbito ni por aquellas relacionadas con la política y la administración de programas de educación y actividad física para jóvenes:

1. Las actividades, habilidades y conocimientos enseñados a los niños deberían tener el potencial suficiente para que se trasladaran a la edad adulta.
2. La perspectiva de las clases debería estar dirigida a mantener la motivación y la máxima implicación también en la madurez.
3. La Educación Física y las actividades deportivas juveniles deberían promover la implicación de todos los y las participantes en actividad física, no sólo de los más competentes, sino también de aquellos menos hábiles.

La consecución de estas tres consideraciones, desde la teoría y la práctica, es más probable que suceda cuando los jóvenes perciben la actividad física como un comportamiento saludable, se sienten suficientemente competentes para llevar a cabo las exigencias de la actividad, se divierten realizando ejercicio y deporte y

están intrínsecamente motivados en cuanto a su participación para intentar continuarlas a futuro.

Delgado (citado en Pérez & Delgado, 2004) señala que algo que llama la atención es que en la actualidad, existiendo tanto conocimiento sobre cuál es el comportamiento saludable que debe llevar una persona, y aun cuando dicho saber llega a la mayor parte de la población, en las sociedades occidentales se tiende a desarrollar conductas bastante insanas. En este sentido siguen muy vigentes las palabras de Barrow y Brown (1992), quienes reconocen que la sociedad está teniendo dificultades para realizar los ajustes necesarios para llevar un estilo de vida saludable dentro de una cultura que cambia a un ritmo sin precedentes y, por lo tanto, resulta urgente tomar medidas para adaptarse a una vida más sana. Por eso la formación de ciudadanos autónomos requiere que las nuevas generaciones construyan significados positivos vinculados al cuerpo (Hernández & López Rodríguez, 2007).

Uno de esos ajustes responde a los muchos actores que desencadenan la construcción de significados, y uno de ellos es el conocimiento y la comprensión de conceptos, hechos y principios básicos capaces de contribuir a que el sujeto interprete y participe de su propia realidad social. Es aquí donde cobran importancia los patrones de conducta: creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas, orientados a mantener, restablecer o mejorar su salud (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003).

No obstante las medidas adoptadas en materia de educación, ya en 1988 Simons-Morton et al. (citados por Almond, 1997) sostenían que la sociedad no conseguía persuadir a la población a que adoptara un estilo de vida activo. En la materia de Educación Física, Pérez y Delgado (2004) y Sánchez Bañuelos (2004) señalan que tampoco se estarían consiguiendo logros significativos en esta materia, debido a que pese a la convicción del carácter potenciador de la salud atribuida a la actividad física en la escolarización, esta no se ve reflejada en la práctica diaria debido a los bajos niveles de práctica y gran predominio del sedentarismo en la población.

Una de las teorías que explican el porqué de estos comportamientos tiene que ver con las variables psicológicas que rigen las acciones. Así, Hernández y López (2007) señalan que la adquisición de conocimientos teóricos-conceptuales no concuerda con algunas tradiciones que guían la enseñanza de la Educación Física, incluso se pueden encontrar algunos docentes detractores que no ven con buenos ojos la “teorización” de las clases, en detrimento de los momentos de movimiento; es decir, existe el temor de alejarse de la imagen clásica de la asignatura, surgida desde una perspectiva centrada casi exclusivamente en lo motriz, un miedo a la “desnaturalización” de la disciplina, donde la teoría sea el centro de atención prioritario, imitando lo que sucede con otras asignaturas de mayor prestigio social (Hernández & López Crespo, 2007).

Algunos estudios en este ámbito señalan la falta de conocimientos y conceptos clave que den pie al proceso de adquisición de hábitos saludables. De acuerdo a un estudio con estudiantes de primaria y secundaria, Hernández y López Crespo (2007) llegaron a la conclusión de que los estudiantes de primaria tienen un bagaje cultural cuya representación de la mayoría sería un “suspenso”, hablando en términos de calificaciones escolares; en el caso de la secundaria, más de las mitad de los alumnos y alumnas no alcanzarían una puntuación media de “aprobado”. Por esto, a continuación se abordarán las ideas referidas a la relevancia de la adquisición de conocimientos y creencias, a favor de los comportamientos saludables. Ruiz (2006) señala que la actividad física y el ejercicio, pese a que estén científicamente aplicados, sistematizados y pedagógicamente dirigidos, deben integrarse a procesos de formación como la concientización, el autocuidado y la autonomía, si se quiere garantizar una cultura de la salud.

4.5.1. El factor teórico-conceptual en el ámbito de la Educación Física

De acuerdo a Pérez y Delgado (2004) y López Miñarro (2002) son muchos los autores que consideran a los conocimientos y creencias como parte determinante a la hora de crear actitudes y hábitos positivos para la salud. Según Pérez y Delgado (2004) poseer una buena base cognitiva ayuda a realizar una reflexión sobre los comportamientos y sus causas y adquiere mucha relevancia a la hora de promover la adquisición de hábitos saludables capaces de permanecer en el tiempo,

consolidando, así, la autonomía. Si bien los conocimientos y las creencias no bastan por sí solos para adquirir hábitos de esta naturaleza, constituyen una parte fundamental para su generación y mantenimiento (Aarts et al., 1997; Arrivillaga et al., 2003).

El abordaje de los aprendizajes cognitivos se trataría de uno de los aspectos que no ha recibido el tratamiento adecuado en la enseñanza tradicional de la Educación Física. Esto se respalda con el estudio de Pérez y Delgado (2004), el cual reveló que los conocimientos sobre actividad física relacionada a la salud que poseen los alumnos y alumnas de secundaria en un pre test fueron bajísimos; sin embargo, estos prosperaron luego de realizar una intervención para mejorarlos. Asimismo el estudio de Hernández y López Crespo (2007) mostró que tanto el alumnado de primaria como de secundaria poseían también muy bajos niveles de conocimientos relativos a la actividad física y salud.

Justificando la importancia de este aspecto, Arrivillaga et al. (2003), sostienen que:

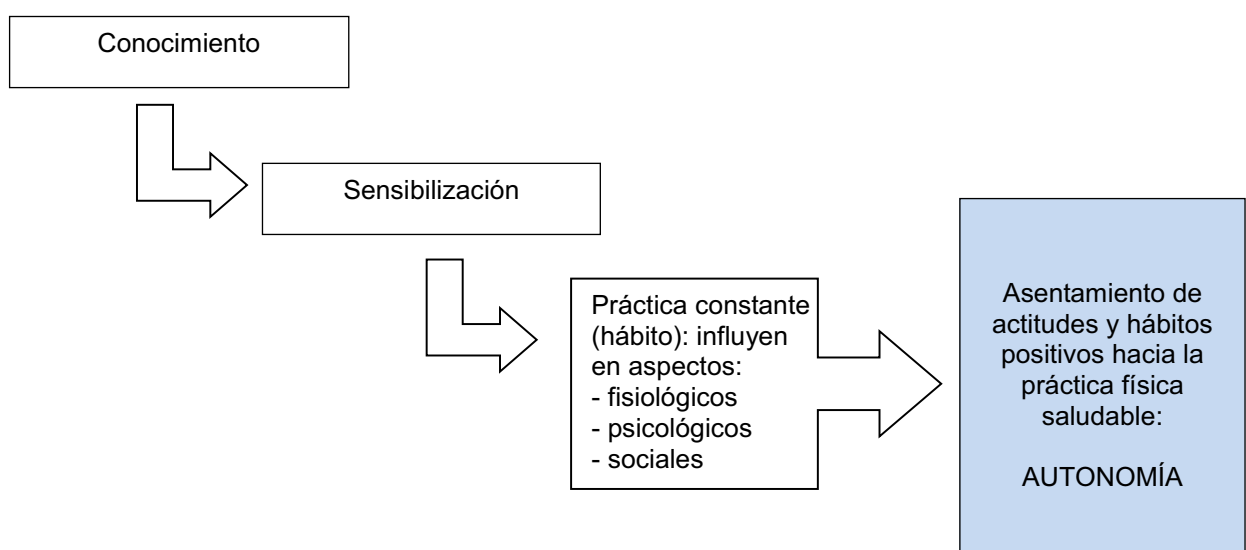
La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente a cambios conductuales y a la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí sólo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. (p. 186)

Esta idea es muy importante, ya que existen evidencias de que las personas no siempre cuentan con la información suficiente para adoptar un estilo de vida saludable para cambiar sus hábitos nocivos (Aarts et al., 1997; Pérez & Delgado, 2004). Esto puede ser la causa de que a nivel internacional un 31% de la población mundial no conozca las recomendaciones mínimas para ejercitarse (Kohl et al. 2012). En el mismo sentido, O'Neill y Reid (citados en Blasco, 1994) señalaron en un estudio con una muestra de individuos mayores de 50 años que el principal factor que obstaculiza el inicio en una actividad física es la falta de conocimiento sobre los efectos beneficiosos del ejercicio para la salud. Por estas razones, Limón (2004) sostiene que toda la población debería conocer los beneficios del ejercicio físico y gozar de mayores oportunidades para ejercitarse durante todas las etapas de la vida. En la misma idea, una de las conclusiones de Olmedo (2010) acerca de la calidad de vida de las personas mayores de 65 años, señala como un factor

obligatorio el profundizar las ideas sobre los conocimientos de las variables que la determinan. Moreno y Charro (2007) sostienen que el éxito inicial de la estrategia NAOS ha consistido básicamente en haber logrado buenos niveles de sensibilización y concienciación en muy diversos sectores sociales en un plazo de tiempo considerablemente corto. Los mismos autores señalan la diferencia que se observa en el caso de la Educación Física respecto al de otras disciplinas escolares, la cual radica en el tipo de contenidos más orientados a los procedimientos y a la acción que a la reflexión. Esta situación se podría explicar por la escasa asignación horaria semanal que ha tenido la asignatura, y, tal vez la más relevante, por la concepción hegemónica de la disciplina, que se ha caracterizado por desarrollar principalmente la parte motriz del alumnado, lo que implica dedicar casi la mayor parte del tiempo de la clase a la realización de actividades de carácter esencialmente motor.

Así, siguiendo a Colado y Moreno (2005), en la figura 10 se muestra la secuencia lógica del proceso hacia la autonomía, en donde se propone al conocimiento sobre los beneficios de la práctica de hábitos saludables como punto de partida, el cual provocaría una reflexión acerca de los comportamientos y sus consecuencias. Esta, a su vez, facilita la sensibilización de las personas acerca de los comportamientos hacia la salud, propiciando una disposición para el desarrollo de hábitos saludables autónomos y la consolidación de la autonomía.

Figura 10. Secuencia lógica hacia la autonomía (adaptado de Colado & Moreno, 2005)



Así, a continuación se revisarán las ideas relacionadas al conocimiento y las creencias en materia de EFpS.

4.5.2. Conocimientos

Desde una perspectiva transversal a las diferentes áreas curriculares, se puede considerar que los contenidos teórico-conceptuales “han sido, y aún continúan siendo, el tipo de contenidos que ha merecido mayor atención en la transmisión del saber de las diferentes materias escolares” (Hernández & López Crespo, 2007, p. 169). Contreras Jordán (1998) sostiene que resulta absolutamente imprescindible la labor de construcción de conocimiento por parte del alumno, quien debe elaborar y aprender por sí mismo, aún con la ayuda del profesor, aquellos conceptos que caracterizan a un estilo de vida saludable; unos procedimientos que le sitúen en posiciones autónomas de cara a la práctica cotidiana y unas actitudes positivas hacia la actividad física como elemento fundamental de un estilo de vida saludable. Garoz y Maldonado (2004) señalan la necesidad de enseñar conocimientos acerca de los comportamientos poco saludables como el sedentarismo, pero más importante aún, en cómo modificarlo.

Según Hernández y López Rodríguez (2007), la enseñanza de los contenidos teóricos conceptuales sigue siendo actualmente uno de los problemas de la Educación Física como área curricular, ya que pese a su inclusión explícita en el currículo no ha conseguido una buena base de estos por parte del alumnado. Por ello, debiera haber una mayor atención a este tipo de contenidos por el valor intrínseco que tienen para ayudar a la emancipación en este aspecto. Pese a que esto es compartido por un gran número de docentes, a un gran número de ellos no les agrada dedicar parte de su horario lectivo a realizar actividades de tipo teórico, en perjuicio de lo que consideran esencialmente motriz (Hernández & López Rodríguez, 2007).

De acuerdo a los resultados del estudio de Castillo & Sáenz-López (2008) acerca del estilo de vida de los universitarios de Huesca, señalan, con respecto a los conocimientos, que se debería mejorar la información por ser el medio más eficaz de difusión ya que la concienciación sobre la práctica y los beneficios de la actividad

física en los jóvenes puede mejorar las actitudes. En el mismo sentido, se debería informar a fin de favorecer una alimentación adecuada, para promover las conductas sanas, evitando las poco saludables. Por otro lado, según los resultados obtenidos por Pérez y Delgado (2004), el dominio de conceptos relacionados con la salud son muy insuficientes o casi nulos, promediando una nota de 4.8 sobre 10. Por otro lado, en el estudio de Navarro et al. (2006) acerca de los hábitos saludables de los estudiantes de enfermería en una Universidad de Melilla, arrojaron como resultados que ese grupo, aun teniendo los conocimientos propios de su área, no los utilizan en beneficio propio; y que la etapa universitaria presenta un cambio negativo en los hábitos saludables debido a su alejamiento de la tutela familiar, consumiendo, por ejemplo, una alimentación menos sana.

A modo de síntesis, se recogen las palabras de Velázquez y Hernández (en Velázquez et al., 2007), quienes sostienen que:

Sin un adecuado y suficiente bagaje de conocimientos de carácter teórico-conceptual, difícilmente los alumnos y alumnas van a alcanzar los objetivos de la EF que, por ejemplo, tienen que ver con la autonomía hacia la práctica física y con el desarrollo de actitudes positivas hacia la realización permanente y dosificada de AF como medio de conseguir estilos de vida activos y saludables. (p. 204)

4.5.3. Creencias

Delimitando su concepto, diferenciándolo del término conocimiento, Usó (2007) señala sus diferencias a través de la comparación entre ambos: las creencias son entendimientos subjetivos e individuales o verdades idiosincráticas, mientras que el conocimiento es el producto del conocimiento considerado como verdadero e información objetiva. En el mismo sentido, Wood (1996, citado por Torres, 2008) se refiere al conocimiento como saberes convencionales y a las creencias como proposiciones que no se pueden demostrar y, por lo tanto, son motivo de discrepancia. Finalmente, se resuelve la definición siguiendo a Llopis y Ballester (2002), quienes consideran a las creencias como aquellas ideas basadas en conceptos subjetivos que provienen, generalmente, de relatos y vivencias experimentadas por el propio individuo.

Se puede decir que, en el campo educativo, el tema de las creencias ha ido adquiriendo relevancia, al constatarse que la investigación en este ámbito ha sido intensa en las últimas tres décadas, sobre todo en materia de didáctica, donde se ha enfocado especialmente hacia los profesores (Borg, 2003). Su abordaje en el ámbito de la Educación Física se justifica porque existen múltiples creencias erróneas relativas a su área, por ejemplo, relativas a la pérdida de peso, la prevención de las “agujetas”, aumentar y definir musculatura, etc. Así, López Miñarro (2002) nombra algunos errores comunes atribuidos a las falsas creencias en la actividad física, como correr muy vestido en las horas más calurosas para provocar un efecto sauna, tomar agua con azúcar para mitigar las agujetas, hacer muchos abdominales para bajar la barriga, entre otras. Estos mensajes sesgados tienen como fuentes principales a los distintos programas de televisión, el marketing de algunos productos para modelar el cuerpo, e incluso la misma familia (sobre todo en materia de nutrición). La Educación Física debería encargarse, entonces, de erradicar los mitos y las falsas creencias. Una vez más se destaca la importancia fundamental de otorgar los conocimientos que ayuden a discernir los distintos mensajes del medio, propiciando, así, una base de creencias correctas.

De acuerdo a algunos estudios relacionados, como el de Arrivillaga et al., (2003), señalan que los universitarios mostraron una alta y muy alta presencia de creencias favorables hacia la práctica de actividad física y deporte (96%), que tienen opiniones muy favorables acerca de los hábitos alimenticios saludables (73%), pero no obstante tienen prácticas poco o nada saludables. Caso similar es el que sucede en el ámbito del consumo de alcohol, donde poseen una alta o muy alta presencia de creencias favorables, pero con similares resultados en la práctica. Esto demuestra que, si bien atribuyen características positivas a los comportamientos positivos, en la práctica tienen poco o nada de ello. Sin embargo, con respecto al sueño, presentaron niveles bajos o muy bajos de creencias favorables, pero sus prácticas fueron saludables o muy saludables. Esto demuestra que pese a que en general se tienen buenas creencias acerca de los beneficios de la actividad física y el deporte, por el contrario, existe una discordancia entre lo que creen y lo que realizan.

4.5.4. Pensamiento docente

La figura del profesor/a adquiere una gran importancia al constituir la principal fuente de conocimiento y el más próximo modelo de comportamientos para los alumnos y alumnas en el ambiente escolar. El profesorado es un ente activo que debe tomar decisiones en el aula, hacer elecciones acerca de la enseñanza, que está orientado a la práctica, y constituye también una red de conocimientos, pensamientos y creencias (Borg, 2003). Así, el maestro o la maestra tienen una importancia fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo el referente primero y principal para el alumnado. Moreno, Sicilia y Águila (2000) advierten la relevancia que adquiere el estudio de las actitudes, opiniones, pensamientos e intereses de los futuros profesionales de la educación, lo que se traduce en una mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje; lo que también ocurre en el área de la Educación Física. Y es que la conducta docente constituye un factor que contribuye, junto con otros, a poder explicar las posibilidades de adherencia al desarrollo de actividad física o a su abandono (Duda, 2001). Así, Mestres (1991) señala que “los hábitos se adoptan de manera inconsciente después de ver repetidamente una conducta determinada, y que la elección de una determinada manera de hacer, depende de la capacidad de influencia de los educadores” (p. 95). Sebastiani y Sánchez (2011) señalan que los hábitos del profesor son fundamentales para que, con su ejemplo, los alumnos y alumnas puedan asimilar mejor sus propios hábitos saludables. Los procesos de enseñanza y aprendizaje constituyen una actividad social de comunicación en la que la percepción que tienen los alumnos y alumnas de dichos procesos, de su programación y desarrollo, constituye un elemento fundamental de motivación o desmotivación, y, en consecuencia, influye en la calidad del propio proceso y de sus resultados (Hernández & López Crespo, 2007).

Es por eso que también es importante considerar la experiencia del futuro profesorado, porque, como señala Crow (citado en Moreno et al., 2000): “los profesores llegan a la enseñanza con una identidad del papel del profesor que se basa en las experiencias previas, llegando ésta a afectar los procesos formativos que como profesores siguen con posterioridad” (p. 15). Esto está en concordancia con los cambios sociales mencionados por Toffler (1984), donde, en esta nueva era,

la función del profesorado, además de proporcionar información, su rol fundamental será motivar, guiar y facilitar los aprendizajes (Fernández-Balboa, 2001). Ruiz (2006) otorga gran relevancia al pensamiento docente al señalar que “ (...) las creencias, ideas o concepciones que el docente tiene acerca de la enseñanza, le permiten actuar en consecuencia, por lo cual es necesario reconocer sus ideas como un elemento inseparable de su quehacer práctico” (p. 80).

Según Ruiz (2006), las ideas de los docentes respecto a la naturaleza y carácter de la Educación Física es de una “tendencia deportivista”, justificando su pensamiento a través de las siguientes reflexiones:

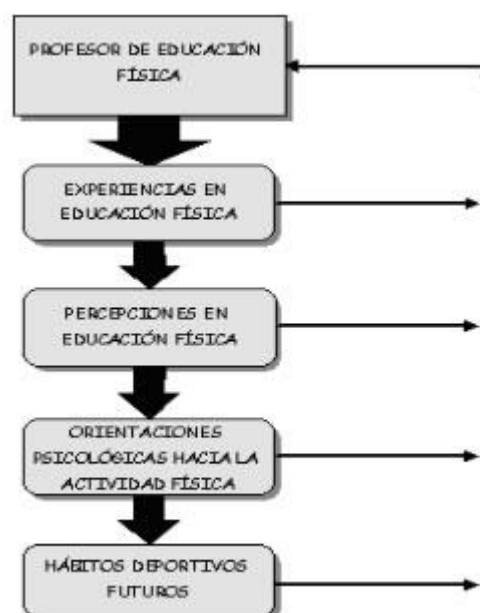
- Los docentes perciben a la Educación Física como “ciencia del movimiento”, lo que implica quedarse sólo con la automatización y pretender el desarrollo de aprendizajes mecánicos de ciertos movimientos, que a posteriori limitan las respuestas motrices que el individuo debe enfrentar.
- Alta exigencia en la efectividad de los movimientos a los educandos, perspectiva que finalmente beneficia a los más aventajados motrizmente y aísla a quienes no lo son, a tal punto que algunos estudiantes pierden el interés y acaban excluyéndose de las tareas propuestas por el profesor.
- Los docentes entienden a la Educación Física como ciencia para el desarrollo corporal, en donde la concepción del cuerpo se acerca a la de un instrumento para moldear, tonificar, desarrollar muscularmente, aplicándose una metodología caracterizada por el mando directo y la demostración por parte del profesor, reduciendo de esta manera el proceso de aprendizaje a un evento estímulo respuesta donde la memorización de las secuencias de movimientos como respuesta a la señales visuales o verbales que da el profesor, es lo que valida dicho aprendizaje.

Fox (1998, citado en Torres, Cárdenas & García, 2001) señala la importancia de las relaciones psicológicas de la Educación Física y cómo actúa ésta en la adopción de hábitos activos, en donde el papel de los y las docentes es fundamental, debido a las experiencias que recibe el alumno en las clases de la asignatura. A partir de las experiencias se van a desarrollar percepciones,

las cuales son buenas productoras de los comportamientos futuros, así como de la autoestima. De esta manera, el profesor de Educación Física será quien otorgue experiencias a los alumnos a través de sus clases; éstos tendrán las correspondientes percepciones, las que finalmente establecerán orientaciones psicológicas, realizando una valoración crítica del significado de la actividad física, propiciando, o no, unos hábitos activos (ver figura 11).

Así, Morgan y Hansen (2008) encontraron una clara relación entre las experiencias personales en Educación Física y las prácticas docentes en la implementación del programa de la asignatura. A través del estudio de Moreno, Hellín Gómez y Hellín Rodríguez (2006), la misma asignatura para los alumnos de 12-13 años es sinónimo de competición y diversión, y por ellos los contenidos más importantes son la condición física y la salud, los juegos y deportes y las actividades en el medio natural; en cambio, la expresión corporal no recibe la misma consideración. A los alumnos de 12 a 13 años, en relación con los de 14 y 15, les gusta mucho la Educación Física, reconocen que es una asignatura muy importante y útil, pues les permite relacionarse con los demás y ser más inteligentes; además reconocen que el profesor de EF es bueno, alegre, justo y le anima en clase, les corrige y viste deportiva.

Figura 11. Modelo de relaciones entre la dimensión psicológica de la EF con los futuros hábitos deportivos (Fox, 1998, citado en Torre et al., 2001)



Cabe recordar que esta asignatura se encuentra dentro de las asignaturas obligatorias de la educación primaria, y, por lo tanto, está dentro del plan curricular de la carrera de magisterio. Por eso, es conveniente considerar, de acuerdo a Pérez y Delgado (2004), el problema que tiene el profesorado en este ámbito:

(...) a lo largo de la historia de la EF, si ésta se ha caracterizado por alguna circunstancia especial, ha sido desarrollar un curriculum eminentemente práctico y utilitarista en torno al cuerpo y al movimiento, dejando completamente de lado el resto de dimensiones que configuran a todo sujeto, y provocando, por tanto, una gran laguna en la formación del profesorado". (p. 31)

Por ello adquiere relevancia averiguar cuáles son los conocimientos prácticos y teóricos que tiene el alumnado de magisterio, que, si bien no desarrollan actualmente las funciones de un profesional en ejercicio, son los que muy probablemente formarán a las futuras generaciones. Esto constituye un nuevo impulso para el proceso enseñanza-aprendizaje, lo que supone una mejor reflexión y enseñanza de los hábitos saludables. En concreto, se considera importante averiguar los siguientes aspectos: cómo valoran sus experiencias en las clases de Educación Física, qué contenidos relacionados con la salud son relevantes y cómo pretenden enseñarlos, qué aspectos relacionados con la salud valorarían a la hora de evaluar y cómo, y qué tipo de dificultades esperan encontrar a la hora de enfrentar la enseñanza de los contenidos de salud. De esta manera, se revisarán a continuación estos cuatro puntos:

a) La valoración de la experiencia en las clases de Educación Física

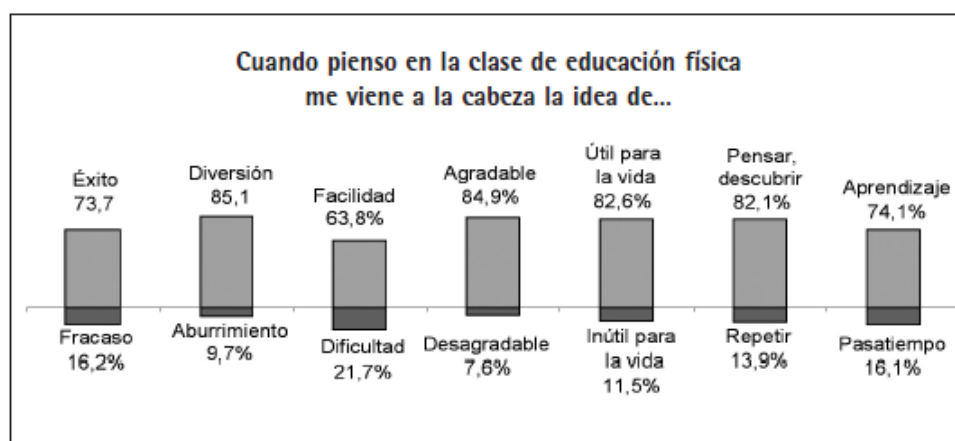
En este ámbito adquieren importancia los aspectos que caracterizaron el aprendizaje de los contenidos de la Educación Física en la ESO: cuáles fueron sus contenidos más característicos, cuáles fueron los contenidos de salud más presentes, así como las características principales del profesorado de la asignatura; es decir, cómo recuerdan sus clases y a sus profesores.

De acuerdo al estudio de Hernández y López Crespo (2007), los resultados más relevantes fueron que el grado de satisfacción que muestra la población escolar es muy alto, donde dos de cada tres alumnos se muestra bastante o muy satisfecho, sobre todo en la educación primaria. Por otro lado,

en la secundaria, este nivel baja levemente. Según se incrementa la edad de los adolescentes, disminuye el número de los que se encuentran “bastante” o “muy satisfecho” con su experiencia en las clases.

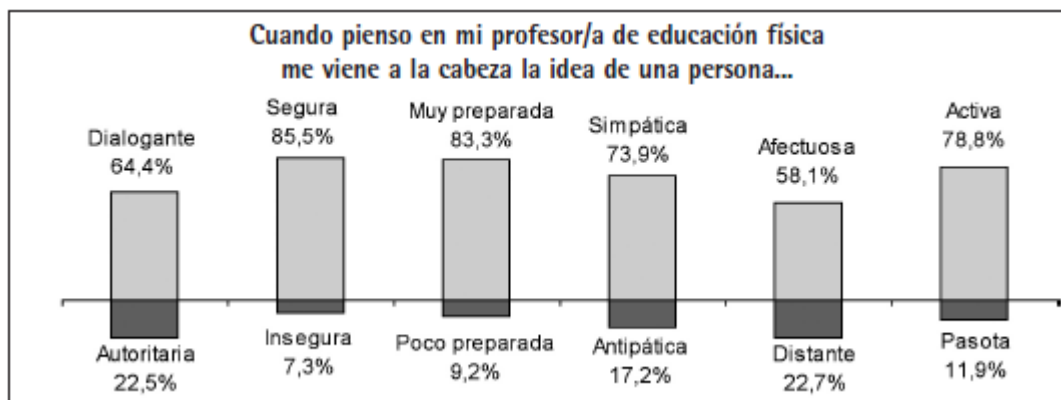
En el gráfico 3 se observan siete descriptores que indican los niveles positivos y negativos de las variables propuestas por Hernández y López Crespo (2007), donde la mayoría relaciona a la asignatura con diversión (85,1%), y por otro lado, con la dificultad (21,7%), respectivamente.

Gráfico 3. Representación que tiene el alumnado de la clase de EF (Hernández & López Crespo, 2007, p. 157)



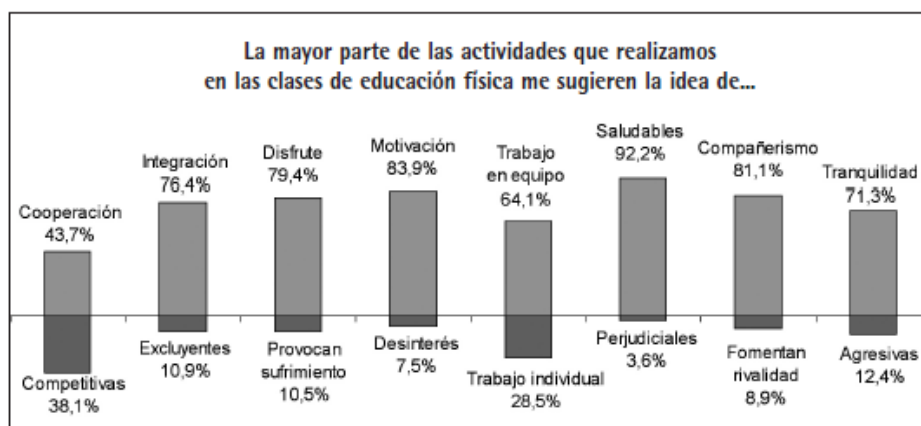
En el mismo sentido, una aproximación global permite afirmar que la satisfacción con el profesorado es similar a la que muestran los adolescentes con las clases de Educación Física, por lo tanto, se valoran como muy satisfactoria. El porcentaje del alumnado de primaria en todos los ítems es significativamente mayor a los de secundaria. Con respecto a las percepciones que se tiene del profesorado, también existe un mayor porcentaje del alumnado de primaria con respecto al de secundaria que califica al profesorado como personas dialogantes, simpáticas y afectuosas (Hernández & López Crespo, 2007). En el gráfico 4 se muestran los resultados de seis variables atribuidas al profesor de la asignatura, siendo la característica de seguridad la más valorada positivamente (85,5%), y el autoritarismo la valorada como la más negativa (22,5%).

Gráfico 4. Representación que tiene el alumnado de su profesorado de EF (Hernández & López Crespo, 2007, p. 160)



Finalmente, al abordar el tema de las ideas que tienen acerca de la Educación Física, uno de los resultados tiene que ver con la percepción de que se trata de una asignatura de exigencia no muy elevada. Un primer análisis global dio como resultado que para la mayor parte del alumnado las clases suponen experiencias amenas y formativas. De manera especial, se destaca el alto nivel de percepción de las clases como una actividad saludable (92, 2%); por otro lado, el rasgo más negativo es atribuible al aspecto competitivo (38,1%) (ver gráfico 5). Con respecto a las actividades realizadas, las principales percepciones están relacionadas con la motivación, que son saludables y que propician el compañerismo, seguidas por la integración, el disfrute y la tranquilidad. En la educación secundaria se encuentra una diferencia significativa en la relación disfrute–sufrimiento, mientras que en primaria el alumnado se inclina mayoritariamente por la asociación de disfrute de las actividades. También se observó una diferencia entre el alumnado de primaria y secundaria en la relación motivación- desinterés, donde es el primer grupo quien mejor las valora (Hernández & López Crespo, 2007).

Gráfico 5. Representación que tiene el alumnado de las clases de EF (Hernández & López Crespo, 2007, p. 162)



En el mismo estudio, y con el objeto de completar la percepción que tiene el alumnado de las clases de Educación Física y del comportamiento y actitudes del profesorado, al alumnado de secundaria se indicó el grado de importancia que le concedían a algunos aspectos para que, de cara al futuro, tuvieran una mayor adherencia a la práctica de actividad física y consolidaran un estilo de vida activo. Así, dos de cada tres alumnos señalaron seis puntos relevantes: 1) “sentir que la práctica de la actividad física viene bien para mi salud”, 2) “que el profesor/a reconozca mi esfuerzo en la realización de actividades”, 3) “conocer bien cómo se practican algunos deportes (tener habilidad para algunos deportes), 4) “saber cómo influye el ejercicio en mi cuerpo”, 5) “que me enseñen a evaluar mis cualidades y a cómo mejorarlas”, y, por último, 6) “que ahora consiga desarrollar una buena condición física”. Estas respuestas muestran el interés del alumnado por los temas de actividad física relacionados con la salud, lo cual constituye un enfoque muy importante en ese nivel educativo.

b) Qué y cómo se pretende enseñar: qué contenidos y objetivos se consideran como los más importantes en materia de salud

En este aspecto adquiere relevancia conocer cuáles son los contenidos de salud que se consideran esenciales a la hora de abordar la EFpS, de acuerdo a los objetivos del Bloque Condición física y Salud de la asignatura de Educación Física de la LOE. En el sentido del cómo enseñar, se van a considerar los

estilos de enseñanza basados en Mosston (1993) quien, a través de su “Espectro de estilos de enseñanza de la Educación Física”, van desde el mando directo, donde el alumno sólo acata las indicaciones del profesor; hasta el estilo de auto enseñanza, en donde el alumno gestiona su aprendizaje.

c) Qué y cómo evaluar los contenidos de salud

En este ámbito se considera la relevancia de los aspectos relativos a la evaluación de los contenidos de salud, como qué aspectos considerarían más importantes a la hora de evaluar: el rendimiento físico, la superación personal, etc.

Considerando a la evaluación como “un proceso sistemático de investigación en el que se ofrecen juicios de valor sobre algún tipo de fenómeno a partir de algún tipo de criterio” (Devís & Peiró, 1993, p. 62), López Pastor et al. (2006), señalan las diferencias entre los estilos de evaluación en Educación Física, haciendo una crítica a los modelos tradicionales al señalar, entre otras cosas, que a través de éstos se produce un gran reduccionismo debido al uso de metodologías que miden sólo la condición física, donde no habría ninguna o muy escasa intencionalidad educativa. Los mismos autores, sintetizan la idea de la siguiente manera:

Las finalidades más formativas y educativas de la EF, así como las características más valiosas y complejas del movimiento humano, no pueden medirse con los test físicos y motrices. ¿Qué suele pasar entonces cuando la predominancia de un modelo de evaluación en EF se reproduce curso tras curso y generación tras generación? (p. 33)

Por esto, Devís y Peiró (1993) sugieren que para evaluar los programas orientados a la salud, la evaluación debería enfocarse en el proceso y no el producto, o, en última instancia, en ambos.

d) Qué dificultades se esperan encontrar en un futuro desempeño profesional

Dentro del colectivo de estudiantes de magisterio existen también percepciones sobre algunos limitantes que prevén en su futuro desempeño profesional. De acuerdo al estudio de Moreno, Sicilia y Águila (2000) con una

muestra de estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física, señalaron un problema relacionado con la parte vocacional. Según estos autores, un 29% ingresa a la carrera por no haber podido entrar en otra, lo que supone una carencia de vocación en un grupo de ese colectivo, ya que un buen número de estos entra a la carrera solo por acercarse al deporte más que a la educación; creen que existe un campo laboral escaso y saturado; y, por último, que están mayoritariamente en desacuerdo con el perfil académico de la carrera. Además, perciben una masificación de las aulas de primaria y secundaria, lo que repercute negativamente en la calidad de la enseñanza, en una baja motivación del alumnado por aprender, y una difícil inserción laboral futura. También manifiestan como aspecto negativo de la carrera el escaso estatus social de la profesión; así también critican la metodología de los docentes; y, en general, una deficiente preparación durante el periodo de pre grado. Así, los autores resumen el problema en tres puntos críticos: la vocación, la capacitación física y motriz y el nivel intelectual.

De esta manera, en la tabla 24 se resumen todos los aspectos considerados para este estudio, señalando su aporte a través de la percepción de tres momentos importantes: la experiencia vivida, la situación actual y la proyección futura que podrían tener en un proceso de enseñanza-aprendizaje en la Educación Física para la Salud.

Tabla 24. Representación cronológica de las variables consideradas para la investigación

PASADO	PRESENTE	FUTURO
<ul style="list-style-type: none"> Experiencias en las clases de EF 	<ul style="list-style-type: none"> Estilo de vida Conocimientos Creencias 	<ul style="list-style-type: none"> Qué enseñar Cómo enseñar Cómo evaluar Dificultades probables en el futuro

Elaboración propia.

4.6. Resumen del capítulo

Al concluir este apartado, se puede decir que la escuela constituye uno de los ámbitos de acción más idóneos para la promoción de la salud y, por esta razón, las autoridades educacionales, a través de las leyes y reformas en el área de Educación Física, han propuesto nuevas bases curriculares para ayudar al alumnado a conseguir y mantener hábitos de vida saludables para toda su vida. Así, la escuela hace eco de los problemas de salud de la sociedad, intentando dar respuestas a través de su acción formadora, especialmente desde el currículum de esa asignatura.

La Educación Física ha tenido una ardua tarea para justificar su presencia en la escuela española (Pastor Pradillo, 2008), y la promoción de la salud ha sido precisamente uno de los aspectos que la validan como una herramienta primordial en la sociedad, con lo cual se ha promovido el cuidado de la salud desde el tiempo del Movimiento higienista hasta la actualidad, donde cobra un mayor protagonismo aún debido a los niveles negativos que han alcanzado los problemas relacionados con los hábitos inadecuados y las patologías relacionadas a su acción. Hoy se puede reconocer que los contenidos curriculares se encuentran enfocados hacia la promoción de los estilos de vida saludables, de acuerdo a la demanda de mejorar el estado de salud de la sociedad a través de la prevención de las enfermedades, sin embargo, se pueden reconocer algunos problemas en relación al desempeño de la asignatura, la cual estaría teniendo dificultades para fomentar una vida activa y saludable en el alumnado. De esta manera, muchos de ellos acaban su periodo escolar teniendo un estilo de vida inactivo y desconociendo aspectos clave sobre el autocuidado. Debido a esta situación, se hace muy difícil que las personas egresadas de la ESO puedan realizar una reflexión crítica acerca de sus actos relacionados con la salud –tanto positivos como negativos- y sus consecuencias. En este sentido, algunos aspectos relacionados con la acción docente -como la perspectiva mecanicista- han tenido poca o nula proyección hacia su vida posterior a la educación formal.

Para alcanzar estos fines, la enseñanza de los contenidos de salud requiere de una continua participación del alumnado, fomentando tareas y situaciones que favorezcan la participación cognitiva y la reflexión crítica, evitando, por el contrario, estilos de enseñanza de mando directo, por considerarlo un factor que anula la participación del alumnado (Delgado et al., 2005). Sin embargo, se puede apreciar que la escuela, específicamente la asignatura de Educación Física, se ha encargado de otorgar momentos de movimiento y recreo a los alumnos; o, haciendo una analogía de una máxima de Confucio, se les “ha dado peces, pero no se les ha enseñado a pescar”, es decir, las clases se han orientado mayoritariamente a propiciar el movimiento por sobre el aprendizaje significativo capaz de propiciar hábitos saludables.

Es aquí donde radica la importancia de averiguar cómo fue el proceso de enseñanza-aprendizaje de la EF del alumnado de magisterio: cómo se comportan, qué saben y creen, para así comprobar cuál o cuáles son finalmente los aprendizajes provenientes de las clases la Educación Física de la ESO, y cuál es su valoración general como referente de hábitos saludables; y cómo piensan mejorar esta situación los futuros maestros cuando les corresponda ejercer como tales.

Capítulo 5. Diseño de la investigación

Una vez establecidas las referencias teóricas que sustentan el estudio, se definirá ahora el plan metodológico que permita obtener datos conducentes a los resultados. Por ello, en este capítulo se determinará el diseño de la investigación que, según Heinemann (2008), corresponde al modelo de la totalidad de las etapas encaminadas a dar respuesta a las preguntas mencionadas en el marco de una investigación empírica concreta, o, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006), a un plan o estrategia desarrollada para obtener información que se requiere en un mismo proceso. De esta manera, el diseño propuesto para este caso se presenta de acuerdo a definición de las siguientes etapas: 1) enfoque de la investigación, 2) alcance del estudio, 3) población y contexto, 4) instrumentos y 5) procedimiento y análisis de datos.

5.1. Enfoque de la investigación

Para comenzar el diseño del plan es necesario posicionarse en un modelo que represente el punto de vista investigativo a seguir, para orientar y organizar el trabajo empírico en pos de los resultados esperados. La elección de éste se traduce en la elección de un paradigma, que, de acuerdo a Sánchez, Ramos y Marcet (1994) se trata de una matriz disciplinaria que abarca generalizaciones, valores, creencias y ejemplos compartidos de los que constituye el interés de una disciplina. De esta manera, un paradigma orienta modelos, teorías, establece metodologías y forma de recogida de datos; es decir, es el punto de partida para ordenar y ejecutar la investigación.

De acuerdo a las categorías de Khun (2006), a las de Hernández et al. (2006) y los objetivos del estudio, se pretende realizar una generalización acerca de una población determinada, por lo tanto, se adoptará como enfoque principal el paradigma cuantitativo o positivista, con el cual se intenta explicar un fenómeno que, en este caso, serán las variables presentes en el alumnado de magisterio: hábitos saludables, conocimientos y creencias sobre la actividad física orientada a la salud y pensamientos acerca del proceso en enseñanza aprendizaje de estos contenidos en Educación Física. Pero, además, con el fin de enriquecer los datos a través de una

triangulación, se procura obtener información de tipo cualitativa para conocer algunos aspectos importantes que no pueden ser recabados tan profundamente con datos numéricos.

En la tabla 25 se establecen con detalle las variables del estudio, junto con el desglose de las dimensiones, variables e indicadores propuestos para el mismo.

Tabla 25. Esquema general de las dimensiones, variables e indicadores de la investigación (adaptada de Castillo & Sáenz-López, 2008)

DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES
1. ESTILO DE VIDA	1.1. Actividad física 1.2. Alimentación 1.3. Descanso 1.4. Ocio 1.5. Consumo de tabaco 1.6. Consumo de alcohol	1.1.1 Práctica física 1.1.2 Frecuencia 1.1.3 Duración 1.1.4 Intensidad 1.1.5 Práctica de calentamiento 1.1.6 Motivación/es de práctica 1.1.7 Razones para no practicar 1.2.1 Número de comidas diarias 1.2.2 Consumo de alimentos más saludables 1.2.3 Consumo de alimentos menos saludables 1.2.4 Ingesta de agua 1.3.1 Horas de sueño nocturno 1.3.2. Siesta 1.3.3 Tiempo de siesta 1.4.1 Principal actividad en tiempo libre 1.4.2 Horas de ocio inactivo 1.6.1 Tipo de alcohol consumido 1.6.2 Cantidad de alcohol consumido
2. IDEAS SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE		2.1.1 Objetivos del calentamiento 2.1.2 Relación resistencia aeróbica y salud 2.1.3 Diseño de entrenamiento 2.1.4 Tipo de actividad saludable

<p>3. INFLUENCIA DE LA EF EN LOS HABITOS ACTUALES</p>		<p>3.1.1 Nivel de influencia de la EF de la ESO en los comportamientos de actividad física</p> <p>3.1.2 Nivel de influencia de la EF de la ESO en las ideas de actividad física</p> <p>3.1.3 Nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos alimentarios</p> <p>3.1.4 Nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos de descanso</p> <p>3.1.5 Nivel de influencia de la EF de la ESO y los comportamientos ante el tabaco y el alcohol</p> <p>3.1.6 Nivel de importancia de la EF de la ESO como formadora de hábitos saludables</p>
<p>4. PENSAMIENTO DOCENTE SOBRE LA EFpS</p>	<p>4.1 Experiencia en la ESO</p> <p>4.2 Qué enseñar</p> <p>4.3 Cómo enseñar</p> <p>4.4 Qué y cómo evaluar</p> <p>4.5 Posibles limitaciones al ejercer la profesión</p>	<p>4.1.1 Principales contenidos de la EF</p> <p>4.1.2 Principales contenidos de salud en la EF</p> <p>4.1.3 Aspectos mejorables del profesorado</p> <p>4.2.1 Elementos que inciden en los aprendizajes de EF para la salud</p> <p>4.2.2 Objetivos más importantes</p> <p>4.2.3 Educación para la salud como tema transversal</p> <p>4.3.1 Estilos de enseñanza</p> <p>4.3.2 Actividades de aprendizaje</p> <p>4.3.3 Recursos didácticos</p> <p>4.4.1 Aspectos a evaluar</p> <p>4.4.2 Estilo de evaluación</p>

5.2. Alcance del estudio

El alcance de la investigación corresponde a uno de tipo descriptivo no experimental y transversal (Hernández et al., 2006), el cual recoge los datos en un solo momento. De acuerdo a Bisquerra (2004), este modelo se adopta cuando se tiene por objeto la descripción de los fenómenos basándose en la observación, la cual se realiza en el ambiente natural donde se encuentran. Siguiendo a Hernández et al. (2006), éste busca especificar las propiedades, características y perfiles importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis a través de la medición, evaluación o recolección de datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, describiendo, así, las tendencias de un grupo o población. De acuerdo a la misma fuente, corresponde a un estudio no experimental, al no haber manipulación de variables, observando las situaciones ya existentes en su ambiente natural. Tomando como referente a Bisquerra (2004), los datos descriptivos pueden ser de tipo cuantitativo o cualitativo; en el primer caso, suelen estudiar muestras grandes de sujetos, mientras que en el segundo se trata de estudios más en profundidad sobre un número reducido de casos. Para esta investigación se trabajará principalmente con datos cuantitativos, pero también cualitativos.

Con respecto al factor temporal, corresponde al tipo transeccional o transversal, debido a que se recolectan los datos en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado, como “tomando una fotografía” de algo que sucede (Hernández et al., 2006).

5.3. Población y contexto

Siguiendo a Colás, Buendía y Hernández (2009), se define como población a “un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra y es el grupo para el que se intenta generalizar los resultados” (p. 40). En función de este criterio, se establece como población para el trabajo de campo a los alumnos y alumnas de la carrera de Educación Primaria del Campus Mundet de la Universidad de Barcelona, que hayan cursado sus estudios de ESO entre los años 1998 y 2005, debido a la inclusión de nuevas orientaciones en materia de salud en la asignatura de Educación Física las directrices implementadas

en las normativas de la LOGSE y LOE. La población resultó, en orden de cantidad, conformada por el alumnado del grado de Educación Primaria con menciones en Educación Física, Tecnologías Digitales para el Aprendizaje, la Comunicación y la Expresión, Educación Visual y Plástica y otras de menor cuantía como Lenguas extranjeras, entre otras.

De acuerdo al estado de la cuestión, se reconoce la necesidad de enfrentar el escenario adverso representado por los problemas de salud relacionados con los hábitos de vida y, por otro lado, el potencial que tiene la Educación Física para ayudar a formar hábitos de vida saludable en los alumnos y alumnas en el periodo de Educación Obligatoria. Por tanto, indagar en aspectos como el estilo de vida, los conocimientos, las creencias y el pensamiento de los futuros docentes para enseñar los contenidos de salud, adquieren una gran relevancia al considerar el papel fundamental que tendrán en la formación de los futuros ciudadanos y ciudadanas; de manera integral, pero específicamente en materia del cuidado del cuerpo y la salud, en concordancia con el currículo de ésta asignatura.

5.3.1. Determinación de la muestra para la aplicación del cuestionario

Una muestra corresponde a un conjunto de individuos extraídos de la población a partir de algún procedimiento específico (Colás et al., 2009). Para este caso la muestra corresponde a una de tipo probabilística estratificada no proporcional (Hernández et al., 2006), debido a que se considerará a cualquier individuo que componga uno de los cuatro cursos de magisterio, con la idea de completar el tamaño muestral no importando la igualdad numérica entre ellos.

Siguiendo a Fox (1987), el proceso de muestro se llevó a cabo a través de cinco etapas:

1. Definición o selección del universo o especificación de los posibles sujetos o elemento de un determinado tipo,
2. Determinación de la población o parte de ella a la que el investigador tiene acceso,
3. Selección de la muestra invitada o conjunto de elementos de la población a los que se le pide que participen en la investigación,

4. Muestra aceptante o parte de la muestra invitada que accede a participar, y
5. Muestra productora de datos; la que aceptó y que realmente produce datos.

El cálculo del tamaño de la muestra se establece a través del programa informático *Stats TM 2.0*, incluido en la obra de Hernández et al. (2006), que para una población finita determina el número a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(z^2 \times p \times q \times N)}{e^2 \times (N-1) + z^2 \times p \times q}$$

Siendo:

n = muestra

e = error muestral (0,5%, 1%, 3%, 5%, 10%, 20%)

z = nivel de confianza (90% $z = 1,64$; 95% $z = 1,96$)

p = 5%, 10%

$q = 1-p$

Así, al aplicar la ecuación a una población de 2221 estudiantes (resultante del total de la matrícula de los estudiantes en del año académico 2012-2013), considerando un error muestral del 5% y un nivel de confianza de 95%, se obtiene un tamaño de muestra de 328 estudiantes. En la tabla 26 se resumen los datos más relevantes del proceso de muestreo.

Tabla 26. Selección de la muestra invitada (Fox, 1987)

	Datos a entregar
Tamaño de la población	2221
Error muestral	5%
Nivel de confianza	95%
Tamaño de la muestra	328

5.4. Instrumentos

En consonancia con el enfoque de la investigación, se establece realizar un cuestionario como instrumento principal, pero cuyos datos se complementarán con un grupo de discusión. A continuación se describen con mayor detalle aquellos empleados en este estudio.

5.4.1. El cuestionario

Un cuestionario es un sistema de preguntas racionales, ordenadas en forma coherente, tanto desde un punto vista lógico como psicológico, que se expresa en un lenguaje sencillo, comprensible y que generalmente responde por escrito la persona interrogada sin que sea necesaria la intervención del encuestador (García Córdoba, 2002). Para Padilla, González y Pérez (1998) es “el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de encuesta” (p. 116). De acuerdo a Sierra Bravo (1994), cumple una función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de la población que se pretende observar. El mismo autor señala que su finalidad es obtener, de forma sistemática y ordenada, información sobre las variables de la población investigada. Esta información generalmente se refiere a lo que las personas encuestadas son, hacen, piensan, sienten, esperan, quieren o desprecian, aprueban o desaprueban, o a los motivos de sus actos, opiniones y actitudes.

Por lo anterior, la elección del cuestionario como instrumento para la recolección de datos se justifica por constituir un método ideal en función del tamaño de la muestra. Así, se considera el factor numérico de participantes debido a la posibilidad de aumentar la representatividad de la investigación (Hernández et al., 2006); y, de acuerdo a Quivy y Campenhoudt (2008), resulta conveniente cuando el objetivo es medir aspectos como el conocimiento de una población tal y como es, a través de sus condiciones, sus modos de vida y sus conocimientos, además de sus valores y opiniones. Por ello, se consideran las principales ventajas del cuestionario, las cuales son: 1) aporta información estandarizada, por lo que facilita la comparación e interpretación de las respuestas; 2) ahorra tiempo, debido a que permite encuestar a un gran número de personas a la vez y agiliza el análisis

estadístico de las respuestas; y 3) propicia la confidencialidad del encuestado/a (Padilla et. al., 1998).

El uso del cuestionario como instrumento se apoya además en las experiencias de otras investigaciones afines (Casimiro, 1999; Castillo & Sáenz-López, 2008; García Ferrando, 1997; Pérez & Delgado, 2004), quienes emplearon esta técnica para medir el área de comportamientos y conocimientos sobre la actividad física, las que en este caso corresponderán a los comportamientos y las ideas que posee la muestra respecto a los hábitos saludables.

Siguiendo a Cubo, Martín y Ramos (2011), para la elaboración del cuestionario es preciso convertir en preguntas el tema que se desea investigar, poniendo énfasis en su forma y contenido. Por lo tanto, se considerarán cuatro fases:

1. Definir los contenidos, que tendrán que ir asociados al tema de investigación. Cada una de las preguntas debe hacer una alusión específica a cada una de las cuestiones relacionadas con el tema de la investigación, o sea, a las dimensiones comportamientos, conocimientos, creencias y pensamiento docente.
2. Concretar las variables y hacerlas operativas para asegurar que las respuestas obtenidas se adecúen a lo que se desea evaluar.
3. Convertir las variables en preguntas específicas, redactarlas teniendo en cuenta los siguientes parámetros: lenguaje claro y fácilmente accesible y comprensible; preguntas simples, con una sola idea en cada una; coherencia global entre todas las preguntas; preguntas concretas, no abstractas (porque éstas son más difíciles de comprender y, por lo tanto, de responder), y preguntas sin carga emocional o sesgos personales.
4. Ordenar las preguntas. Es conveniente hacerlo presentando las preguntas desde lo más general a lo más particular, llevando al sujeto progresivamente al tema fundamental de la investigación. También se puede ordenar temáticamente, por bloque de temas, etc.

Como marco de referencia principal para realizar las preguntas de la dimensión conocimientos, se considerará la sección de contenidos de Educación

Física de las enseñanzas mínimas de la LOGSE referidas a la ESO del Real Decreto 3473/2000 (MEC, 2001), teniendo presente aquellos conocimientos que vienen reflejados como prioritarios en materia de salud.

De acuerdo a Sierra Bravo (1999), el uso de instrumentos disponibles, diseñados para objetivos similares, es una alternativa eficiente y eficaz a la hora de realizar una medición, considerando siempre la autoría de los mismos. Por esto, el cuestionario para este estudio toma los modelos del “Cuestionario para valorar el Conocimiento de los alumnos de segundo ciclo de secundaria en materia de Condición Física y Salud (CCCFyS)” extraído de Cano, Ureña, Canteras y Ruiz (2010), y un cuestionario para medir las creencias y conocimientos del alumnado de ESO, diseñado por Pérez y Delgado (2004). En el mismo sentido, también se revisaron autores afines como Devís y Peiró (1992) y el Departament d’Educació de la Generalitat de Catalunya (2009), a fin de extraer ideas referidas a los conceptos en cuestión, así como también aspectos conceptuales del curriculum para la Educación Primaria y la Educación Infantil. También se adaptará parte de los cuestionarios de Pérez y Delgado (2004) y Castillo y Sáenz-López (2008), específicamente la sección que aborda las creencias y motivaciones hacia la práctica de actividad física y los hábitos saludables; y dos cuestionarios diseñados para medir los hábitos de actividad física y estilo de vida del alumnado universitario, uno dirigido al mismo nivel de estudiantes, extraído de Castillo y Sáenz-López (2008); y otro de igual objetivo, pero orientado a escolares de la ESO, diseñado por Casimiro (1999). El marco de referencia corresponde a la práctica de actividad física y hábitos de vida que constituyen interés para la investigación: práctica de actividad física, alimentación, descanso (sueño) y consumo de tabaco y alcohol. Cabe señalar que todos los cuestionarios de referencia se encuentran previamente validados, de acuerdo a sus autores.

La validación del cuestionario para este estudio se realizó a través del método de validación por juicio de expertos, a través de correo electrónico. Este grupo de especialistas fue conformado por seis profesores y profesoras, académicos de distintas universidades españolas y una inglesa, quienes emitieron su juicio respecto a la validez de contenido y pertinencia del instrumento a través de un cuestionario diseñado para la ocasión. De esta manera, los académicos que participaron en dicho proceso fueron:

- Experta 1, Dra. y profesora titular de la Universidad de Barcelona.
- Experto 2, Dr. y profesor adjunto de la Universidad de Manchester, Reino Unido.
- Experto 3, Dr. y profesor titular de la Universidad de Zaragoza.
- Experto 4, Dr. y profesor titular de la Universidad de Barcelona.
- Experto 5, Dr. (c) y profesor adjunto del INEFC de Barcelona.
- Experta 6, Dra. y profesora titular de la Universidad de Barcelona.

Una vez superado el proceso de los expertos, se procedió a realizar un estudio piloto para verificar empíricamente la comprensión y la eficacia del instrumento. Esta prueba se administró por correo electrónico y en forma presencial a un total de 20 alumnos y alumnas de magisterio de la Universidad de Barcelona durante julio de 2012.

Así, de acuerdo a las variables del estudio, se establecen los contenidos definitivos del cuestionario en la siguiente tabla 27:

Tabla 27. Áreas de contenido de las variables del cuestionario (adaptado de Padilla, González & Pérez, 1998)

ÁREA DE CONTENIDO 1: ESTILO DE VIDA			
VARIABLES	PREGUNTAS	TIPO DE PREGUNTA	PREGUNTA DEL CUESTIONARIO
Actividad física	6	Cerrada	1, 2, 3, 4, 5 y 6
Alimentación	4	2 cerradas + 2 múltiples	15, 16, 17 y 18
Descanso	3	Cerrada	20, 21 y 22
Ocio	2	1 semi cerrada + 1 cerrada	24 y 25
Tabaco	1	Cerrada	26
Alcohol	3	2 cerradas + 1 múltiples	27, 28 y 29

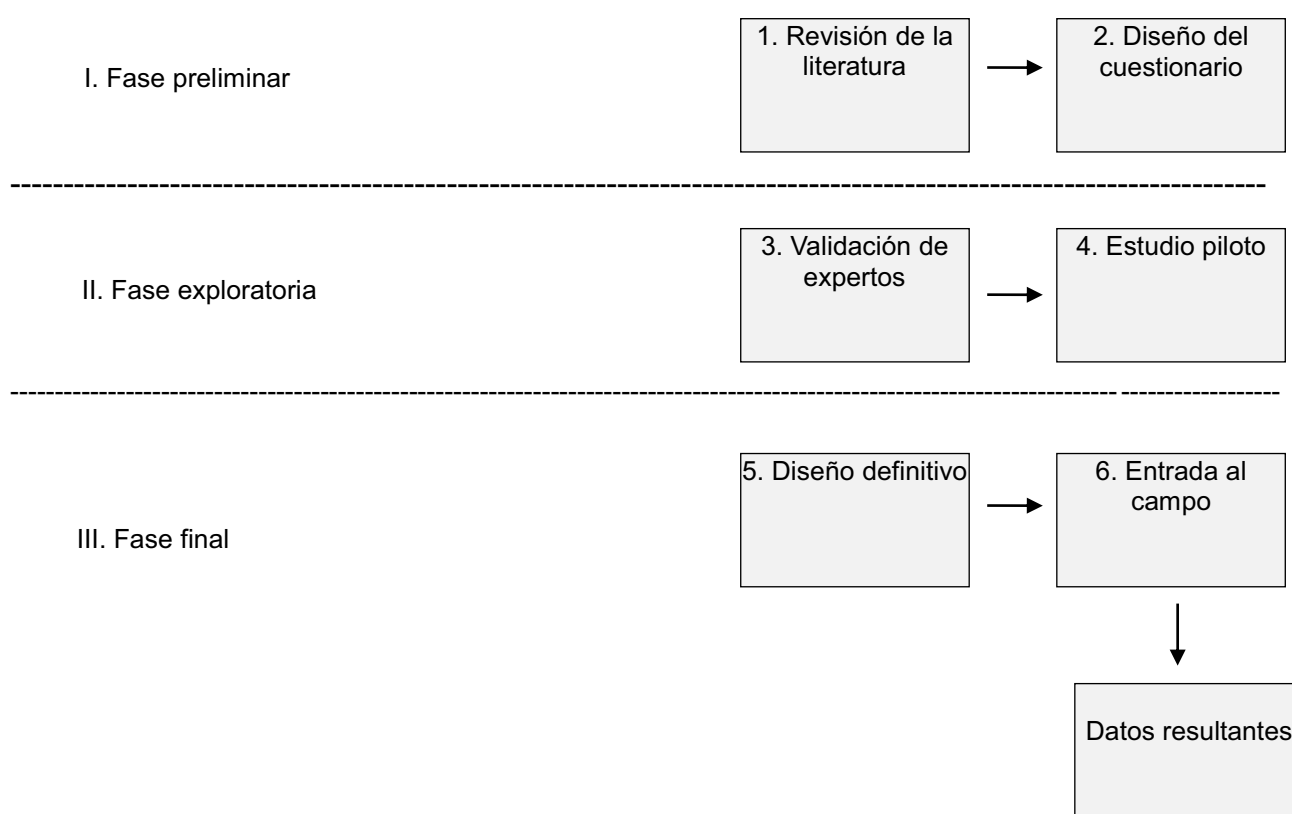
ÁREA DE CONTENIDO 2: IDEAS SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA			
VARIABLES	PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	PREGUNTA DEL CUESTIONARIO
Calentamiento	1	Cerrada	7
Tipo de actividad física saludable	1	Cerrada	11
Resistencia aeróbica y salud	1	Cerrada	12
Diseño de entrenamiento	1	Cerrada	10

ÁREA DE CONTENIDO 3: INFLUENCIA DE LA EF EN LOS HABITOS ACTUALES			
VARIABLES	PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	PREGUNTA DEL CUESTIONARIO
Nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos de actividad física	1	Cerrada	13
Nivel de influencia de la EF de la ESO en las ideas sobre la actividad física	1	Cerrada	14
Nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos alimentarios	1	Cerrada	19
Nivel de influencia de la EF de la ESO en los hábitos de descanso	1	Cerrada	23
Nivel de influencia de la EF de la ESO y los comportamientos ante el tabaco y el alcohol	1	Cerrada	30
Nivel de importancia de la EF de la ESO como formadora de hábitos saludables	1	Cerrada	43
ÁREA DE CONTENIDO 4: PENSAMIENTO DOCENTE			
VARIABLES	PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	PREGUNTA DEL CUESTIONARIO
Educación para la salud	1	Cerrada	30
Contenidos de la ESO	1	Cerrada	31
Aspectos de salud aprendidos	1	Cerrada	32
Experiencias sobre el profesorado de EF	1	Cerrada	33
Elementos de aprendizaje	1	Cerrada	34
Estilo de enseñanza	1	Cerrada	35
Actividad de aprendizaje	1	Cerrada	36
Recursos didácticos	1	Cerrada	37
Aspectos a evaluar	1	Cerrada	38

Método de evaluación	1	Cerrada	39
Objetivos en salud	1	Cerrada	40
Posibles limitaciones futuras	1	Cerrada	41

A partir de los datos anteriores, en la figura 12 se observa el esquema del diseño del cuestionario compuesto por tres fases: 1) la fase preliminar, compuesta por la revisión de la literatura correspondiente y el diseño primario del cuestionario; 2) la fase exploratoria, que es analizada por un panel de expertos y, una vez ajustada, se realiza el estudio piloto; y, por último, 3) la fase final en donde se diseña el cuestionario definitivo y se entra al campo.

Figura 12. Diseño del plan para la obtención de datos cuantitativos



Elaboración propia

5.4.2. El grupo de discusión

De acuerdo a Suarez (2005), el grupo de discusión se considera la principal técnica cualitativa para la recogida de información. Watts y Ebutts (1997), citados por la misma autora, lo definen como una técnica de conversación que, encuadrándose en la familia de las entrevistas grupales, adquiere un carácter propio.

Esta estrategia cualitativa pretende enriquecer el aporte de la presente investigación, focalizándose en la dimensión del pensamiento docente, a fin de indagar de manera más profunda en las experiencias y proyecciones de los profesionales en la didáctica del área de la salud en la Educación Física. Por ende, los temas que guían al grupo de discusión son:

- 1) Percepción de la efectividad de la EF como formadora de hábitos saludables.
- 2) Percepción de la EF como formadora de ideas positivas hacia la AF.
- 3) Forma de abordar objetivos, contenidos, metodologías y recursos didácticos para una EFpS efectiva.
- 4) Propuesta de cambios para mejorar el aprendizaje de hábitos saludables en la Educación Física.

Las unidades de información que se pretende recabar con estos temas, tienen directa relación con algunas variables del cuestionario, correspondientes a las dimensiones 2 (ideas sobre la actividad física saludables) y 3 (influencia de la EF en los hábitos actuales), y con las variables 4.2. (qué enseñar) y 4.3. (cómo enseñar).

Estos temas fueron abordados en forma de preguntas a tres profesionales de la educación vinculados a la Educación Física:

- G1, profesor de Educación Física en ejercicio y doctorando en Educación Física en la Universidad Autónoma de Barcelona.

- G2, profesor de Educación Física, alumno ayudante de Facultad de Formación del Profesorado y doctorando del programa Actividad Física, Educación Física y Deporte de la Universidad de Barcelona.
- G3, profesora de Educación infantil, alumna del programa de Máster en Actividad Motriz y Educación de la Universidad de Barcelona.

5.5. Procedimiento y análisis de datos

Los cuestionarios se aplicaron en el campus Mundet de la Universidad de Barcelona, entre los meses de octubre y diciembre de 2012 a los cursos de magisterio de primero a cuarto año. El grupo de discusión se llevó a cabo en la misma facultad el día 10 de diciembre de 2012.

Para analizar los datos del cuestionario para el análisis del primero se realizará un análisis estadístico a través del software SPSS v.19, para lo cual se utilizarán dos técnicas: la estadística descriptiva y la estadística inferencial. En el primer caso, se expresarán los resultados por medio de análisis escritos y gráficos; en el segundo, se realizarán pruebas de correlación a través de la prueba *rho de Spearman*, de algunas variables seleccionadas bajo el criterio de la práctica y la percepción de la formación de esa conducta a través de la EF, de tal forma que se obtengan cruces entre los hábitos que poseen y el grado de influencia que la EF han tenido en la formación de éstos. El tratamiento de los datos cualitativos se realizará a través de la técnica de análisis de contenido, la cual corresponde a un método de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos correspondientes a su contexto (Krippendorff, 1980, citado en Hernández et al. 2006), y que sirve para revelar centros de interés y atención de una persona, grupo o comunidad (Hernández et al., 2006). Por tanto, a través de esta técnica se busca aportar referencias de texto significativas que den respuestas complementarias a las preguntas formuladas en el cuestionario que tiene correspondencia con las variables ya mencionadas.

A raíz de las variables del cuestionario, se establece el libro de códigos que incluye los números de las variables que serán introducidas en el programa informático estadístico SPSS v. 19 para su análisis posterior (ver tabla 28).

Tabla 28. Libro de códigos para el programa SPSS v. 19

Nº	NOMBRE DE LA VARIABLE	ETIQUETA DE LA VARIABLE	VALORES
1	A1	Género	1: Masculino 2: Femenino
2	A2	Edad	Numérico
3	A3	Curso	1: Primero 2: Segundo 3: Tercero 4: Cuarto
4	A4	Año de finalización de la ESO	Numérico
5	A5	Vía de acceso a la Universidad	1: PAUU 2: CFGS 3: Mayores de 25 4: Mayores de 40 años
6	B1	Práctica de actividad física	1: Sí 2: No
7	B2	Frecuencia de práctica de AF	1: Tres o más veces por semana 2: Una o dos veces p/s 3: Ocasionalmente 4: Sólo en vacaciones
8	B3	Duración de la sesión de AF	1: Más de una hora 2: Entre 60 y 30 min. 3: Menos de 30 min.
9	B4	Intensidad de la práctica de AF	1: Leve 2: Moderada 3: Vigorosa
10	B5	Seguridad en la AF	1: Siempre 2: A veces 3: Nunca
11	B6	Práctica de calentamiento	1: Siempre 2: Según el tipo de actividad 3: Cuando me acuerdo 4: Nunca
12	B7	Objetivos del calentamiento	1: Para realizar un esfuerzo mayor 2: Comenzar a sudar 3: Evitar lesiones 4: Para quemar grasas
13	B8	Motivación para practicar AF	1: Diversión 2: Socialización 3: Mantener o mejorar la salud 4: Mejorar la apariencia 5: Competición 6: Prescripción médica

14	B9	Motivos para no practicar AF	1: Falta de tiempo 2: Por pereza 3: Problemas de salud 4: No me gusta 5: No puedo pagarla 6: No le veo beneficios 7: No me enseñaron en la escuela
15	B10	Creencia de cuando la AF es saludable	1: Sí, pues el hecho de moverse es bueno 2: Sí, porque el sudar quema grasas 3: No, depende de las condiciones de seguridad, intensidad y duración 4: No lo sé
16	B11	Relación entre la resistencia aeróbica y salud	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
17	B12	Diseño de programa de ejercicio orientado a la salud	1: Sí 2: Tal vez 3: No
18	B13	Influencia de la EF sobre los hábitos de AF	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
19	B14	Influencia de la EF sobre las ideas en AF	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
20	B15	Comidas diarias	1: Desayuno 2: Media mañana 3: Comida 4: Merienda 5: Cena
21	B16	Consumo de alimentos más saludables	Múltiple
22	B17	Consumo de alimentos menos saludables	Múltiple
23	B18	Ingesta de agua	1: Dos litros o más 2: Entre uno y dos litros 3: Menos de un litro 4: Nada
24	B19	Influencia de la EF en los hábitos alimenticios	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
25	B20	Horas de sueño nocturno	1: Más de 8 horas 2: Entre 8 y 6 horas 3: Menos de 6 horas
26	B21	Siesta	1: Sí, todos los días 2: Sí, casi todos los días 3: Sí, ocasionalmente 4: No, nunca

27	B22	Tiempo de siesta	1: Una hora o más 2: Entre 1 hora y media 3: Menos de media hora
28	B23	Influencia de la EF sobre los comportamientos en descanso	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
29	B24	Actividades de ocio	1: Actividades de pantalla 2: Tocar un instrumento musical, escuchar música, leer 3: Salir al bar o a la discoteca 4: Practicar AF o deporte
30	B25	Tiempo dedicado a actividades sedentarias	1: Más de dos horas 2: Entre una y dos horas 3: Menos de una hora
31	B26	Consumo de tabaco	1: Sí, todos los días 2: Sí, casi todos los días 3: Sí, ocasionalmente 4: Sí, sólo los fines de semana o en alguna fiesta 5: No, nunca
32	B27	Consumo de bebidas alcohólicas	1: Sí, todos los días 2: Sí, casi todos los días 3: Sí, ocasionalmente 4: Sí, sólo los fines de semana o en alguna fiesta 5: No, nunca
33	B28	Tipo de bebida alcohólica	1: Fermentados 2: Destilados
34	B29	Cantidad de bebida alcohólica	Múltiple
35	B30	Influencia de la EF en el comportamientos frente al tabaco y alcohol	1: Mucho 2: Bastante 3: Poco 4: Nada
36	B31	Valoración de la EFpS	1: Muy importante 2: Importante 3: Poco importante 4: Nada importante 5: No lo sé
37	B32	Contenidos que caracterizaron a la EF en su tiempo de estudiante	1: Deportes 2: Expresión corporal 3: Cuidado de la salud 4: Condición Física 5: Recreación 6: Otro (abierto)
38	B33	Aspectos relacionados con la salud aprendidos en las clases de EF	1: Practica regular de AF 2: Alimentación saludable 3: Descanso 4: Evitar hábitos nocivos 5: Ninguno

39	B34	Aspectos que podrían haber mejorado el profesorado respecto a la enseñanza de EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: La transmisión de conocimientos 2: La motivación 3: El hacer clases más divertidas 4: Evitar hábitos nocivos 5: Ninguno 6: Otra (abierta)
40	B35	Elementos que inciden en los aprendizajes vinculados a la EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Contenidos 2: Objetivos 3: Competencias básicas 4: Criterios de evaluación 5: No lo sé
41	B36	Estilos de enseñanza más apropiados para la enseñanza de EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Mando directo 2: Asignación de tareas 3: Resolución de problemas 4: Enseñanza individualizada 5: Estilo auto evaluativo
42	B37	Actividades de aprendizaje más apropiadas para la EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Deportes 2: Juegos no deportivos 3: Expresión corporal, danza 4: Grupos de discusión 5: Proyectos de investigación
43	B38	Recursos didácticos más apropiados para la enseñanza de EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Material deportivo 2: TIC (video, ordenadores, etc.) 3: Posters 4: Cuadernos de bitácora 5: Otra (abierta)
44	B39	Aspectos importantes a evaluar en EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Participación en clases 2: Actitud positiva hacia la actividad física 3: Las habilidades motrices personales 4: El rendimiento físico 5: Otra (abierta)
45	B40	Métodos de evaluación más apropiados en EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Exámenes escritos 2: Trabajos de investigación 3: Pruebas físicas 4: Campeonatos deportivos 5: Otra (abierta)
46	B41	Aspectos importantes para la enseñanza de la EFpS	<ul style="list-style-type: none"> 1: Aprender a planificar un entrenamiento 2: Adoptar una consciencia crítica ante la actividad física 3: Conocer los beneficios de la actividad física 4: Erradicar mitos y falsas creencias 5: Practicar actividad física con regularidad 6: Aprender una higiene postural

47	B42	Limitaciones para el proceso de enseñanza aprendizaje de la EFpS	1: Baja asignación horaria para la EF 2: Insuficiente preparación académica recibida 3: Falta de instalaciones adecuadas 4: Falta de interés de los alumnos por los temas de salud 5: Falta de condición física de los alumnos.
48	B43	Valoración general de la EF como referente de formación de hábitos saludables	1: Muy de acuerdo 2: Bastante de acuerdo 3: Poco de acuerdo 4: Nada de acuerdo

Capítulo 6. Resultados y discusión

A continuación se mostrarán los resultados de la investigación, junto con las discusiones de éstos. Para ello se realizará un análisis de cada uno de los objetivos específicos del estudio, contrastando los productos de los instrumentos con los fundamentos teóricos expuestos anteriormente.

6.1. Análisis del estilo de vida que desarrollan los estudiantes de magisterio con respecto a la práctica de actividad física, alimentación, descanso y consumo de alcohol y tabaco.

6.1.1. Actividad Física

Los resultados obtenidos muestran que un 63% del alumnado realiza actividad física (ver gráfico 6) con una frecuencia de tres o más veces por semana (52,7%) (ver gráfico 7), de una duración de una hora o más (68,8%) (ver gráfico 8) y con una intensidad moderada (55,1%) y vigorosa (38,6%). Estos niveles de práctica se deberían al alto nivel de formación que supone la condición de estudiantes universitarios, la cual es determinante para comenzar y mantener un programa de actividad física (Blasco, 1994), así como también que un buen porcentaje de la muestra está compuesto por estudiantes que cursan la mención en Educación Física (66), lo que se traduciría en una motivación intrínseca hacia la práctica AF, sin embargo, esto contrasta con el hecho de que la mayoría de la muestra está compuesta por mujeres (74,4%), las que presentan una tendencia a tener estilos de vida sedentarios (Departament de Salut, 2009b; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2007). Se puede observar que la frecuencia de práctica iría en concordancia con los parámetros de Pancorbo Sandoval y Pancorbo Arencibia (2011), quienes recomiendan una frecuencia de tres veces por semana con una intensidad de leve a moderada, pero que no debe exceder los 60 minutos. No obstante, estaría en concordancia además con la OMS (2011a), que recomienda realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada a partir de los 18 años. De la misma manera sigue la tendencia ascendente de practicar tres o más veces por semana (García

Ferrando & Llopis, 2011). Todos estos datos indican que poseen un buen nivel de práctica de actividad física de acuerdo a los parámetros saludables.

Respecto a las normas de seguridad a la hora de practicar a AF, un 74% señaló realizarlo siempre; 23,6% a veces y 1,9% nunca, lo que denota una gran preocupación por evitar lesiones y usar indumentaria e implementos en buen estado. Sobre el calentamiento, un 58,5% afirmó hacerlo siempre; 27,1% según el tipo de actividad; 8,7% cuando se acuerda y un 5,8% nunca. Por ello se observa que la tendencia es a practicarlo y, por lo tanto, también señala un buen nivel de desarrollo de esta práctica de seguridad.

Gráfico 6. Práctica de actividad física



Gráfico 7. Frecuencia de práctica de actividad física (%)

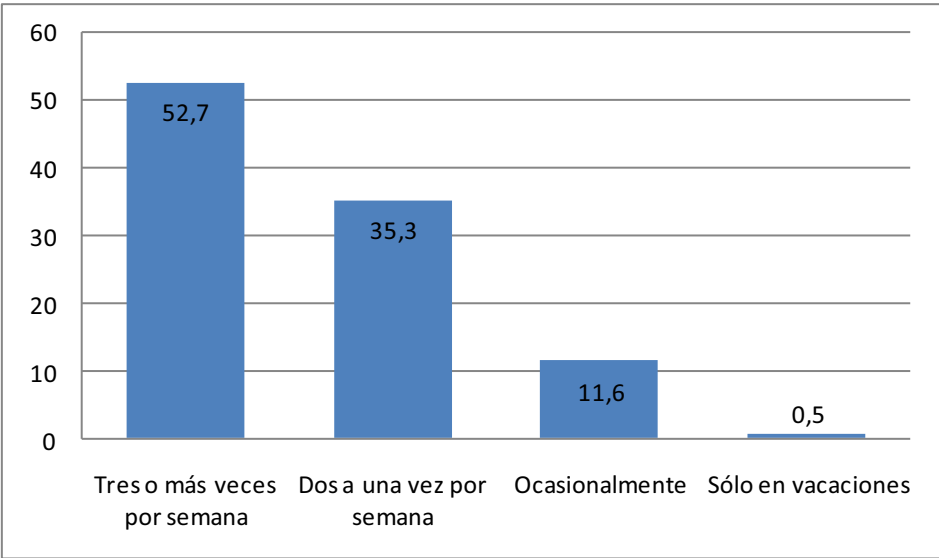
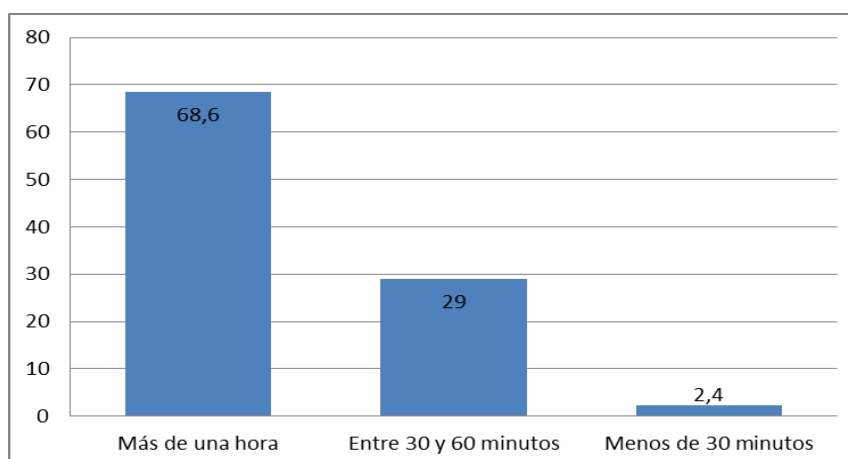


Gráfico 8. Duración de la práctica (%)



La motivación principal para practicar es la diversión (76,8%), seguida por mejorar la salud (74,9%) y mejorar la apariencia física (43,5%). Esto concuerda con los resultados obtenidos por García Ferrando y Llopis (2011), donde esta variable representa el 50% y el cuidado de la salud un 48%, sin embargo, se puede observar que en este caso el cuidado de la salud tiene una mejor valoración con 26,9 puntos porcentuales más. Esto demuestra que el tema salud es importante a la hora de realizar actividad física. Por otro lado, los motivos principales para no practicar es la falta de tiempo (77,2%), la pereza (36,6%) y no poder pagarla (12,2%). Estos datos concuerdan con los de García & Llopis (2011), los que incluso presentan la misma valoración en la opción “desgana” (36%), sin embargo, difieren en el principal motivo que, en este caso, representa la falta de tiempo (8%) y porque no les gusta (32%). La falta de tiempo y de conocimientos son factores que dificultan el comienzo y mantenimiento de la actividad física (Blasco, 1994). Esto adquiere relevancia si se considera que el interés y la frecuencia de práctica son aspectos clave para el crecimiento de un hábito; y, por otro lado, la percepción de falta de tiempo y de facilidades son factores que lo obstaculizan (Aarts et al., 1997).

En el ámbito del ocio, las principales formas de emplearlo es viendo la televisión o usando un ordenador (62,5%), practicar una actividad física (35,4%), tocar un instrumento musical (22,9%) y salir a un bar o a una discoteca (22,9%). El tiempo dedicado a las actividades sedentarias corresponde a más de dos horas (43,3%), seguido por una y dos horas (41,5%) y menos de una hora (15,3%).

Se observa, por lo tanto, que el ocio predilecto corresponde a actividades sedentarias a las cuales se dedican más de dos horas; la práctica de actividad física sólo representa la segunda opción. Esto demuestra la tendencia sostenida del ocio sedentario (García Ferrando, 1997, 2001; Pérez y Delgado, 2004; Sánchez Bañuelos, 2004; Sánchez Bañuelos, 2004; Tojo & Leis, 2007).

6.1.2. Alimentación

Para analizar los hábitos alimenticios se consideraron tres variables: a) momentos de la ingesta, b) consumo de alimentos más saludables y c) consumo de alimentos menos saludables. Así, respecto al primer punto, un 89,3% señaló tomar desayuno; 61,6% come a media mañana; 99,4% al medio día; 64% toma la merienda y un 97,6% la cena. Esto indica que la comida más relevante es la del medio día, seguida por la cena y luego el desayuno. Por lo tanto, y pese a que tiene una alta frecuencia, no es la más significativa, pese a ser considerada la comida más importante del día (Aranceta et al., 2000), existe una tendencia a suprimirlo (Wärnberg et al, 2006).

Respecto a la ingesta de alimentos más saludables, los lácteos, el aceite de oliva y los cereales fueron los tres más consumidos a diario durante la semana, seguidas por las verduras, las carnes blancas y las frutas, con una frecuencia de 6 a 4 días a la semana (ver tabla 29). Esto indica que existe un buen nivel de consumo de alimentos saludables ricos en vitaminas, fibra, proteína y aceites insaturados; por lo tanto, corresponde a una dieta variada por contar con la presencia de todos los grupos de alimentos más recomendados en esa proporción (Departament de Salut, 2008; Martín del Burgo et al., 2004). Por otro lado, el consumo de alimentos menos saludables se caracterizó por la ingesta de embutidos y fiambres (18%), carnes rojas (30,4%) y bebidas gaseosas (11,3%), siendo las tres primeras opciones de consumo diario (ver tabla 30). Esto indicaría un alto consumo de productos derivados de las carnes rojas y embutidos, los cuales presentan altos niveles de grasa, colesterol y sal (AESAs, 2005; AESAN, 2011; Castillo & Saenz-López, 2008; Grande, 1991), además de tener un elevado exceso calórico de proteínas (Weineck, 2000).

Tabla 29. Consumo de alimentos más saludables (%)

	Frutas	Verduras	Aceite de oliva	Carne blanca	Huevos	Lácteos	Cereales	Legumbres
Todos los días	36,6	17,7	75	14,6	1,5	68,6	63,1	0,5
De 4 a 6 días	23,2	53,1	17,7	47,3	12,2	18,9	21	18,3
De 3 a 1 día	33,5	45,1	5,5	35,7	82	10,4	14,3	73,5
Ningún día	5,8	1,5	1,5	1,5	2,7	1,5	0,9	6,4
NS/NC	0,9	0,6	0,6	0,9	1,5	0,6	0,6	0,3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 30. Consumo de alimentos menos saludables

	Bollería industrial (%)	Comida rápida (%)	Alimentos pre cocinados (%)	Carnes rojas (%)	Embutidos o fiambres (%)	Bebidas gaseosas (%)
Todos los días	3	0,6	0,9	3	18,9	11,3
De 4 a 6 días	11,6	3,4	5,5	30,2	39	14,3
De 3 a 1 día	55,2	52,7	63,4	54,6	35,4	49,7
Ningún día	29,6	42,7	29,9	11	6,4	24,4
NS/NC	0,6	0,6	0,3	1,2	0,3	0,3
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Finalmente, respecto al consumo de agua, un 42,2% señaló consumir entre 1 y 2 litros; 2 litros o más, 37%; menos de 1 litro, 20,5%; y nada, 0,3%. Esto indica un buen nivel de consumo diario (AESAN, 2012).

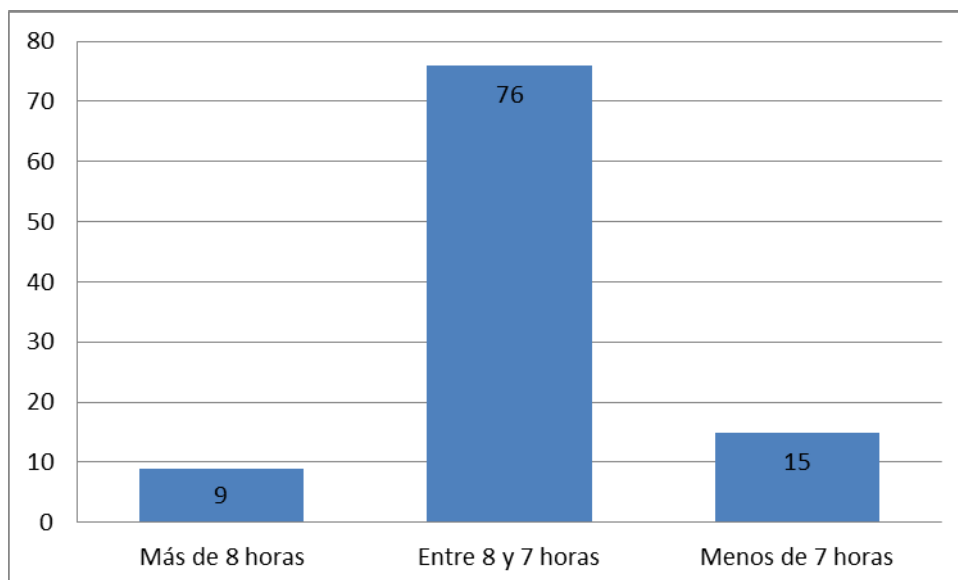
6.1.3. Descanso

En materia del descanso se consideraron como variables el sueño nocturno y la siesta. En el primer punto, los resultados muestran que la mayoría duerme entre seis y ocho horas (ver gráfico 9); con respecto a la siesta, un 45,1% señaló hacerlo ocasionalmente; 42,1% nunca; 10,7% casi todos los días y 2,1% señaló hacerlo todos los días. Dentro del grupo que la realiza, un 59% entre una media hora,

seguidos por un 23,9% que la realizan por una hora o más y un 17% menos de media hora.

De esta manera, se puede decir que la mayoría presenta un buen volumen de descanso, al ubicarse en el rango de 7 a 8 horas (Sonmezer, Cetinkaya & Nacar, 2012; Von Bothmer & Frilund, 2005). Por su parte, la siesta no sería un rasgo significativo, ya que es prácticamente ocasional o inexistente. Pese a esto, se observa la práctica de un hábito saludable en el ámbito del descanso debido al tiempo de sueño nocturno.

Gráfico 9. Horas de sueño nocturno (%)

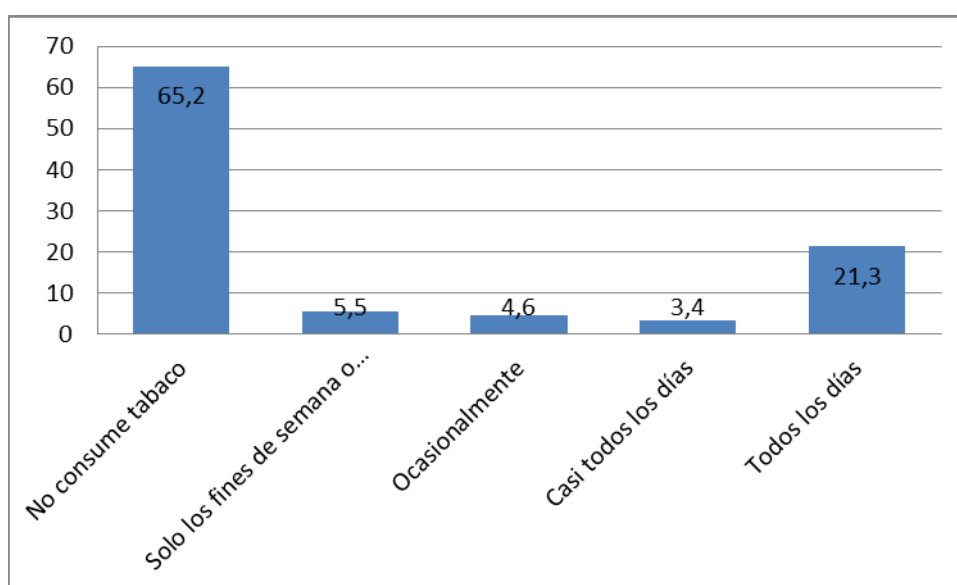


6.1.4. Consumo de tabaco y alcohol

Para este ámbito los resultados se presentan separadamente de acuerdo a las dos variables. Para la primera se consideraron los momentos de consumo durante la semana (en caso de haberlo); para la segunda, se consideró también el consumo semanal (si cabe) así como el tipo y la cantidad. Considerando que existen diferencias entre los niveles de consumo de alcohol para hombres y mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), se presentarán los datos de acuerdo a estas categorías.

De esta manera, un 65,2% no consume tabaco; 21,3% fuma diariamente y 5,5% sólo los fines de semana o en alguna fiesta (ver gráfico 10). Esto demuestra que la mayoría presenta un consumo nulo, sin embargo, dentro del grupo que sí lo hace, la tendencia es a todos los días. Estos datos van en el sentido de los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) y el Observatorio Español sobre Drogas (2012), que señalan un descenso significativo del nivel de consumo en los últimos años entre el rango de los 15 y 64 años. De acuerdo a ello, se puede decir que presentan mayoritariamente un hábito saludable.

Gráfico 10. Consumo de tabaco (%)

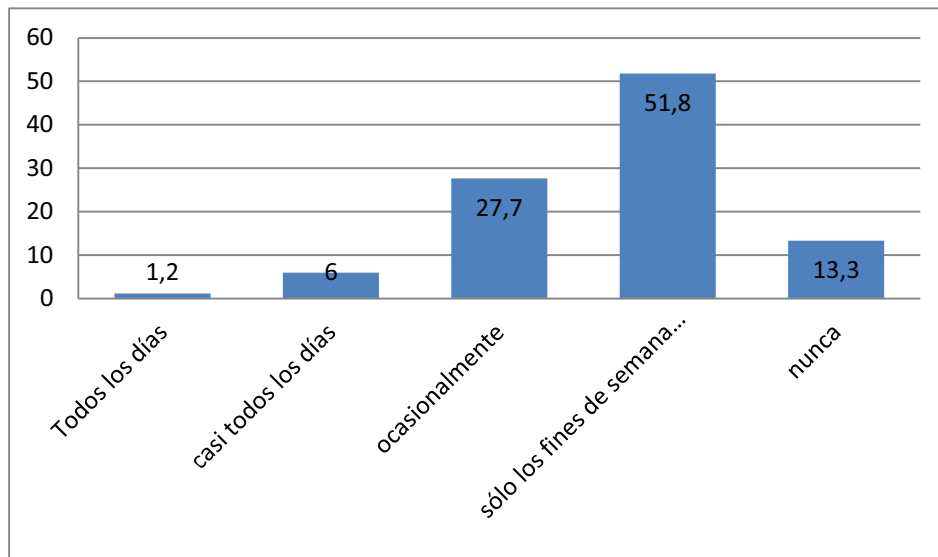


Con respecto al alcohol, la mayoría de los hombres señalaron consumirlo sólo los fines de semana o en una fiesta (51,8%), seguidos por las opciones ocasionalmente 27,7% y 13,3% nunca (ver gráfico 11). Un 77,5% declaró consumir fermentados y un 66,7% destilados; dentro del primer grupo la mayoría bebe dos copas o más (50%), seguidos por entre una y dos copas (26,8%) y una copa o menos (23,2%); dentro del segundo grupo la mayoría también consume dos copas o más (47,1%), seguido por una y dos copas (35,3%) y una copa o menos (17,6%).

A partir de estos datos se puede señalar que la mayoría de los hombres beben sólo los fines de semana o en celebraciones, siendo más significativo el consumo de fermentados, pero también de destilados, donde la tendencia es la opción dos copas o más en ambos casos, lo que corresponde a 2 UBE, en el caso de los fermentados;

y 4 o más UBE, en el caso de los destilados, lo que supone un consumo total semanal de bajo riesgo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

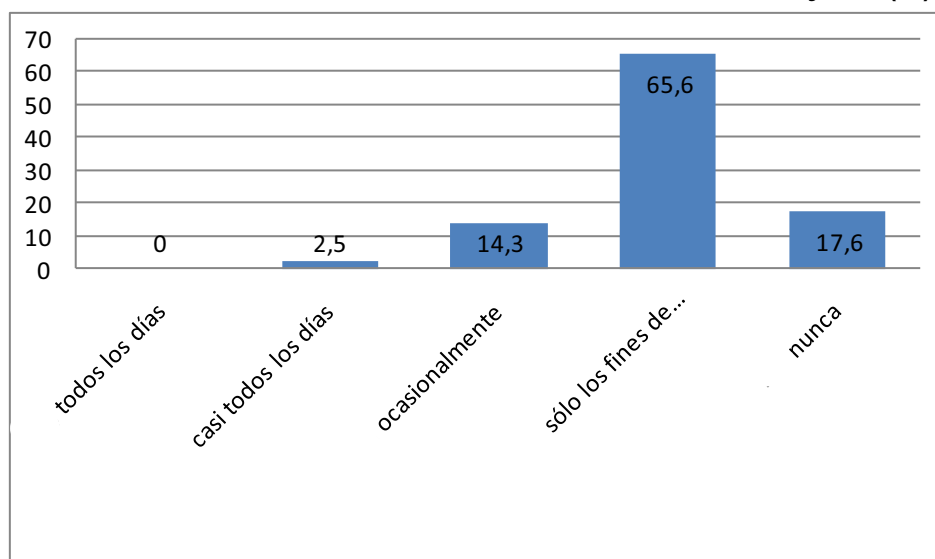
Gráfico 11. Momentos del consumo de alcohol de los hombres (%)



En el caso de las mujeres, la mayoría bebe sólo los fines de semana (65,6%), seguidas por un consumo nulo (17,6%) (ver gráfico 12). Un 58% declaró consumir fermentados y un 85,2% los destilados; dentro del primer grupo, el consumo característico es de entre una y dos copas (47,9%), seguidos por una copa o menos (31,4%) y más de dos copas (20,7%); dentro del segundo, el consumo mayoritario también es entre una y dos copas (42,3%), seguidos por dos copas o más (36,6%) y una copa o menos (21,1%).

Así, se puede decir que el colectivo femenino también bebe sólo los fines de semana o en celebraciones, donde es mayoritario el consumo de fermentados en cantidad de entre dos y una copa, lo que corresponde entre 1 y 2 UBE; en el caso de los destilados el consumo característico también corresponde entre una y dos copas, lo que equivale a entre 2 y 4 UBE. Esto corresponde también a un consumo de bajo riesgo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Gráfico 12. Momentos de consumo de alcohol de las mujeres (%)



6.2. Análisis de las ideas en relación a la actividad física saludable

En esta sección las ideas se presentan de acuerdo a los conocimientos y luego a las creencias sobre la actividad física saludable. Respecto a los primeros, se consideraron: a) la función del calentamiento, b) nivel de relación existente entre la resistencia aeróbica y la salud, y c) la capacidad de diseñar un programa de ejercicios para la salud.

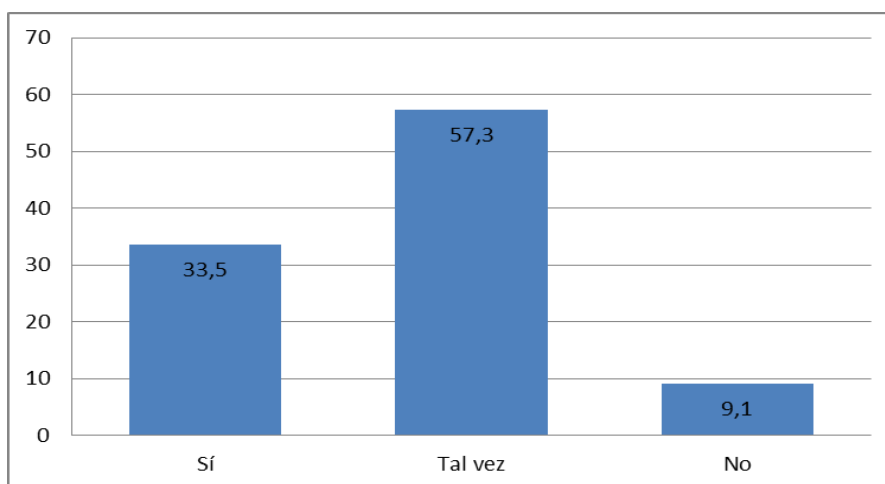
Así, con respecto al calentamiento un 77,7% señaló que es para evitar lesiones; 59,7% para prepararse para un esfuerzo mayor; 8,3% para comenzar a sudar y un 5,8 para quemar grasas. Acerca del nivel de relación que existe entre la resistencia aeróbica y la salud, un 51,8% señaló que bastante; 27,4% mucho; un 14,9% no lo sabe y 4,6% poco. Por último, en relación a la capacidad de diseñar un programa de ejercicios para la salud, un 57,3% señaló que tal vez; 33,5% que sí y 9,1% que no (ver gráfico 13).

A partir de estos datos, se observa que presentan conocimientos adecuados acerca de la actividad física saludable, al señalar como opciones mayoritarias sobre el calentamiento el prepararse para un esfuerzo mayor y evitar lesiones, relegando a un más bajo porcentaje a las menos correctas (comenzar a sudar y quemar grasas). De la misma manera, se muestra un adecuado nivel de conocimientos sobre la relación entre la resistencia aeróbica y la salud; sin embargo, se observa que no tendrían los conocimientos necesarios para desarrollar un programa de ejercicio

para la salud, al señalar mayoritariamente la opción “tal vez”. Estos irían en consonancia con Blasco (1994), quien señala que el ejercicio físico y la salud son determinantes para favorecer el inicio de programas de actividad física. Cabe señalar que el desconocimiento sobre los ejercicios que promueven la salud son obstaculizadores de la formación del hábito; por ende, una buena base lo facilitaría (Aarts et al., 1997), señalando además que si bien los conocimientos y las creencias no bastan por sí solos para adquirir hábitos de esta naturaleza, constituyen una parte fundamental para su generación y mantenimiento (Aarts et al., 1997; Arrivillaga et al., 2003).

En el ámbito de las creencias sobre la actividad física saludable, se consideró cuando la actividad física es saludable. Así, los resultados obtenidos muestran que las opciones mayoritarias fueron que sólo el hecho de moverse (50,6%), están determinadas por las condiciones de la práctica (48,2%), y porque al sudar se queman grasas (1,2%). Estos datos indican que no presentan una creencia correcta, al señalar la mayoría cree que la actividad física es siempre saludable, seguido por el grupo que la determina de acuerdo a sus características.

Gráfico 13. Capacidad para diseñar un programa personal de ejercicios para la salud (%)



De acuerdo al grupo de discusión, existe un acuerdo de que la Educación Física es capaz de formar conocimientos y creencias positivas en materia de salud, sin embargo, esto no ocurriría debido al mal manejo didáctico que, en general, ha tenido la asignatura. En el mismo sentido, también ha obstaculizado la percepción de ser una asignatura de “segunda clase”, que no sirve de mucho para el futuro

(conseguir un buen empleo, por ejemplo). Se observa además una falta de claridad en cuanto a qué y cómo se debería evaluar los objetivos relacionados con la salud, ya que existe el riesgo de que algo que no es calificado no acabaría motivando al alumnado:

(...) pero, entonces, si resulta de que quieres cambiar el enfoque y decir: a lo mejor lo que pasa es que no hay que... o sea está muy bien que te hagan una prueba para ver si aguantas corriendo, es una tontería 5 minutos o 20, pero no para que tengas una nota o una calificación u otra, si no para que tú veas en qué circunstancia o situación te encuentras desde el punto de vista de la condición física, pero a las cosas que no le ponemos calificación en las escuelas parece que los alumnos no le dan importancia, porque a lo mejor el problema no es que la educación física tengas más o menos horas o más o menos valor académico, sino el hecho de que si no hubiera que calificarla, los alumnos tuvieran que hacerla porque tienen una hora cada día de actividad física, donde lo que hacen es practicar actividades que les motiven, que les hacen estar activos, el peligro es que entonces sí se convierte realmente en lo que hemos dicho, una asignatura "maría", una asignatura que no sirve para nada, que no me importa, que como no me ponen nota si no lo hago, y yo creo que es uno de los problemas, el hecho de que este equilibrio de la obligatoriedad de hacer las cosas, corriendo el riesgo de lo que decíamos antes, de generar adhesión a la práctica de la actividad física, pero por otro lado no caer en el "bueno, pero si no quieres, no hagas"(...) (G2, par. 11.)

En el mismo sentido, se detecta la percepción de que se trata de una asignatura accesoria que ayuda a subir el promedio general de las calificaciones; y, por otro lado, que hace falta crear conciencia en el profesorado del verdadero potencial de la asignatura, y así mejorar su enseñanza; se la considera un aporte, pero si se le da un enfoque adecuado, en donde la promoción de hábitos saludables debiera comenzar desde los primeros cursos de primaria a fin de comenzar a edades tempranas la promoción del cuidado de la salud:

Hay varios temas creo yo, con la creencia de que la Educación Física es como una asignatura que te ayuda a subir el promedio o que te "despeja" de las demás asignaturas, entonces yo creo que hay que romper con esa creencia tonta, que sí que puede ser que te sirva, puede ser que tengas mejores notas, si eres bueno en la actividad física, y te va a ayudar a subir el promedio, pero yo creo que radica en todo lo que hemos hablado antes: crear conciencia. (G3, par. 10)

(...)hay que partir por los más pequeños porque yo creo que es ahí donde está el error, si no creamos esa conciencia, claro, precisamente es con los más chicos, que yo te decía que siento que falta; si ellos no toman conciencia de que se debe realizar un deporte o una actividad física, que no es sólo por el placer (que es muy grato) sino que contribuye con otras cosas en tu vida, creo que ya cuando estén en secundaria estos alumnos van a tomar el real sentido que significa hacer una actividad física y he leído bastante también que se ha comprobado que una persona que realiza actividad física, sus resultados de concentración a nivel académico mejoran (...) (G3, par. 10)

Se observa también un problema acerca de la asignación horaria y cómo utilizar el tiempo para formar ideas correctas sobre la actividad física, a través de metodologías que impliquen más lo cognitivo sin causar una reducción de las horas de movimiento efectivas en la clase:

(...) poca incidencia puedes hacer tú a nivel cognitivo, ¿no? porque muchas veces ya está la opción de que también el alumnado se mueva y en sólo una hora, y así encima va a estar dándole contenidos teóricos en un aula o en un patio, pues ya... se apela a la conciencia del educador, es decir, un poco de "vamos a ir al patio a movernos aunque sea", claro que si tuviera otra categoría en la educación, con más horas, con más planificación, con más recursos, seguro que sí, claro que cognitivamente se podría ayudar mucho más al alumnado a eso. (G1, par. 12)

Se acusa además un problema de los recursos y de planificación. Otro aspecto muy importante que influye en este proceso es la familia, por ser un lugar de suma importancia a la hora de formar hábitos:

(...) y otra cosa que yo creo, que relacionar con lo que estaba diciendo la compañera, viene el tema de que no sólo la culpa o la función la tiene el profesorado, sino que también la familia influye mucho, porque en el caso de infantil ¿no?, y si es que hablamos un poco de eso, y si es que les interesa en educación infantil, claro, el niño no tiene conciencia de hasta qué punto una cosa es más importante que otra, que sólo lo pasa bien y se divierte, entonces luego llega a su casa, y ve que sus familiares son más bien sedentarios, juega en su casa sólo, está muy bien la creatividad y todo, pero también hace falta una vida activa, y eso no se ve, pues claro, que si ese alumno o alumna, a lo largo de sus años de escolarización y de vida, acabará teniendo el mismo modelo poco activo, al igual que sus familiares. (G1, par. 12)

6.3. Análisis de las influencias de la Educación Física en los hábitos desarrollados en la actualidad

Para este apartado se consideraron los niveles de influencia de la Educación Física en los siguientes ámbitos: a) práctica de actividad física, b) ideas sobre la actividad física saludable, c) hábitos alimentarios, d) hábitos de descanso, e) consumo de tabaco y alcohol y f) percepción general de influencia de la EF en la adquisición de hábitos saludables.

La influencia de la EF en la práctica de actividad física más característica fue la opción poco (49,4%), seguido de bastante (27,4%), nada (14%) y mucho (7,9%) (ver gráfico 14). En cuanto a la influencia sobre las ideas acerca de la actividad física, los resultados fueron poco (50%), bastante (31,1%), nada (10,4%), mucho (7,6%) (ver

gráfico 15). Con respecto al nivel de influencia en los hábitos alimenticios, las opciones fueron poco (61%), nada (27,1%), bastante (9,8%) y mucho (1,2%) (ver gráfico 16). Sobre el nivel de incidencia de los hábitos de descanso, las opciones fueron poco (52,1%), nada (39,9%), bastante (5,8%) y mucho (0,3%) (ver gráfico 17). Por último, acerca del nivel de incidencia de la Educación Física en el consumo de alcohol y tabaco, los resultados obtenidos fueron la opción poco (45,1%), nada (42,9%), bastante (8,6%) y mucho (3,4%) (ver gráfico 18).

De esta manera, se observa claramente que la Educación Física ha influido poco en todos los ítems de pregunta. Los niveles de influencia más significativos se observan en los ámbitos relacionados con la práctica y las ideas sobre la actividad física; en el caso del descanso y del consumo de tabaco y alcohol es donde menos ha influido, de acuerdo a los altos niveles de la alternativa “nada” en ambos casos.

Gráfico 14. Nivel de influencia de la EF en los hábitos de práctica de AF (%)

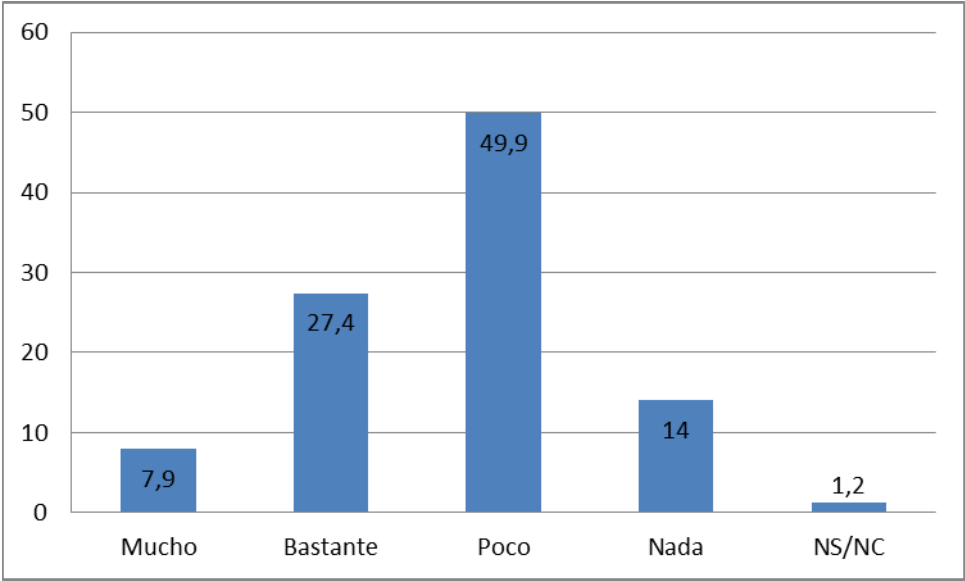


Gráfico 15. Nivel de influencia de la EF en las ideas sobre la AF (%)

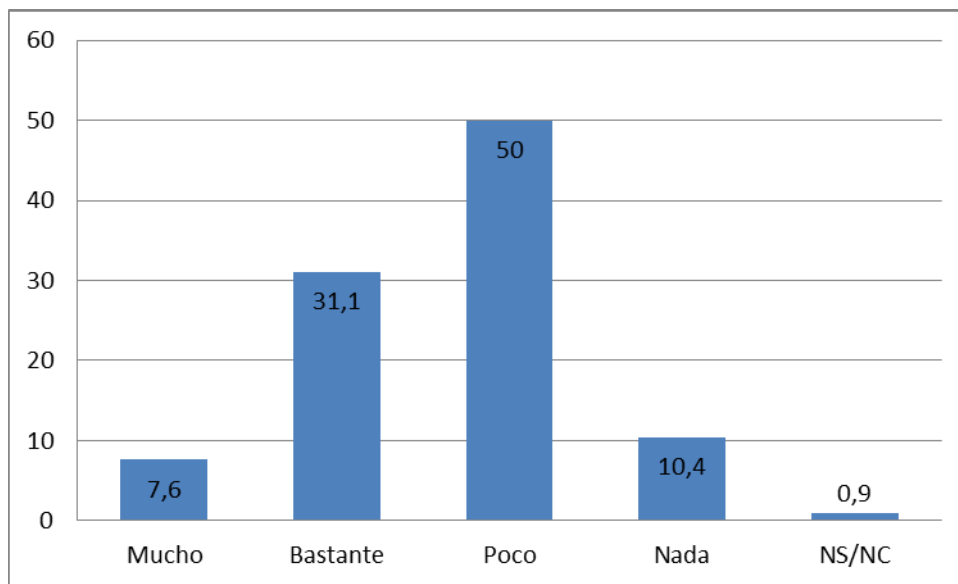


Gráfico 16. Nivel de influencia de la EF en los hábitos alimenticios (%)

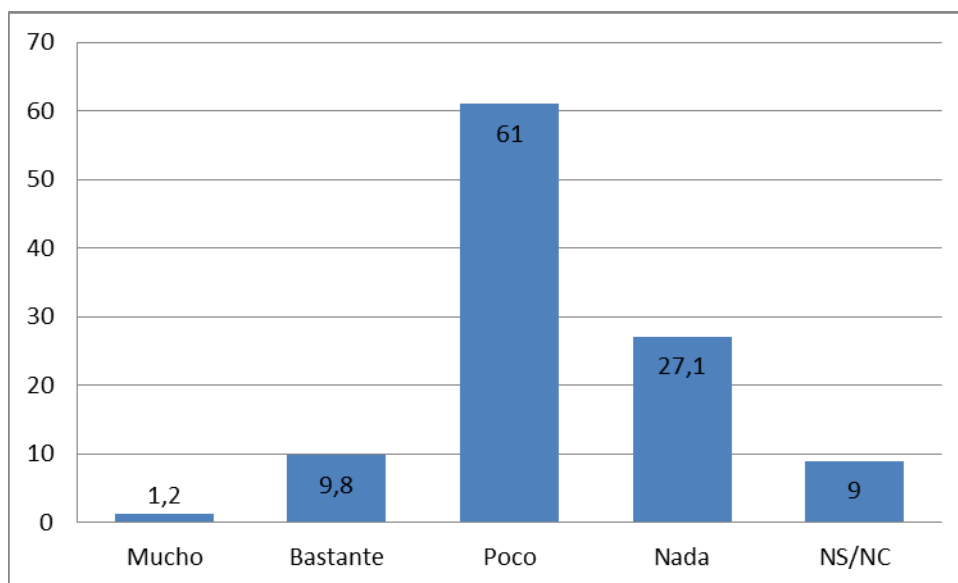


Gráfico 17. Nivel de influencia de la EF en los hábitos de descanso (%)

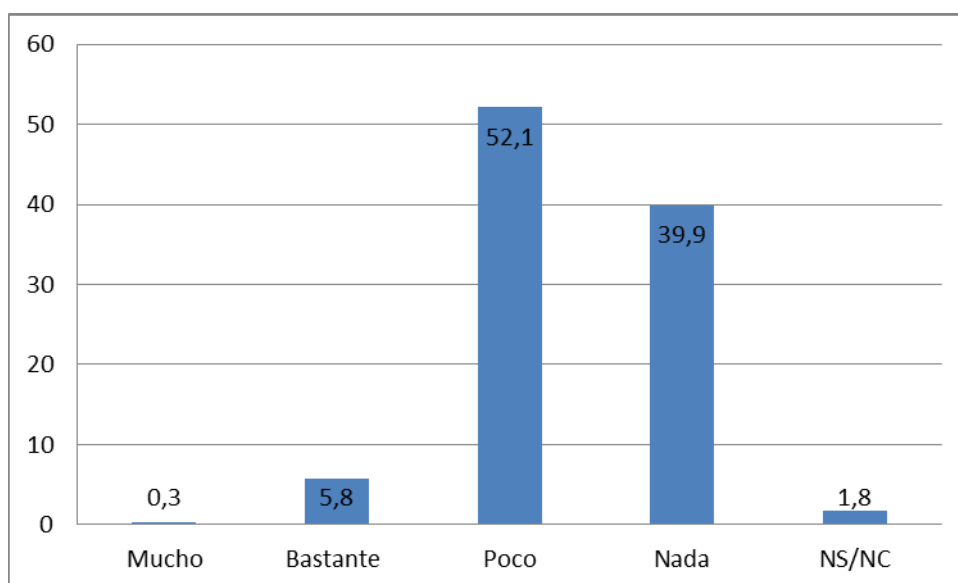
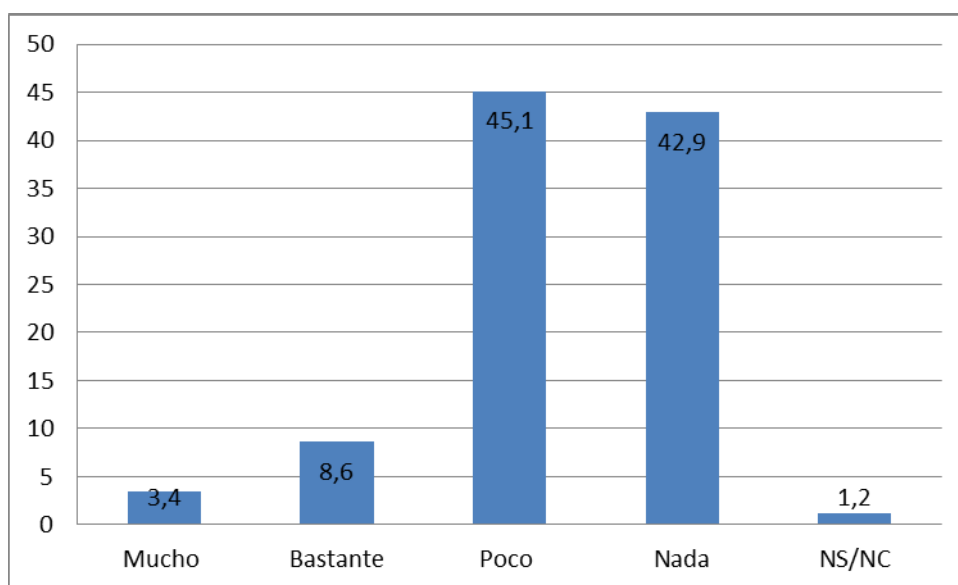


Gráfico 18. Nivel de influencia de la EF en el consumo de alcohol y tabaco (%)



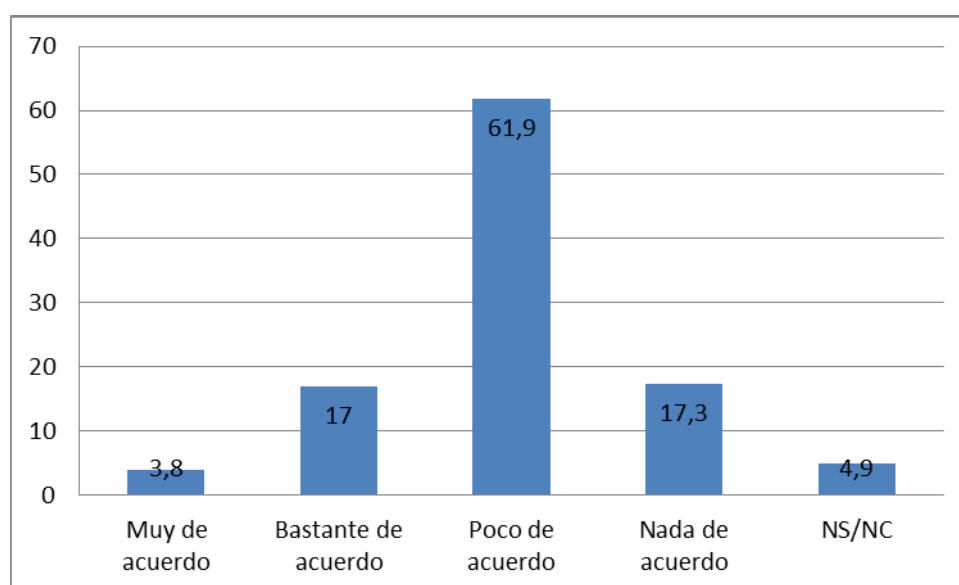
En la tabla 31 se muestra un resumen de los resultados acerca de las cinco variables relacionadas a la formación de hábitos desde la EF. Se observa, por tanto, que en todas las dimensiones la mayoría piensa que la incidencia de la EF es poca.

Tabla 31. Resumen del nivel de influencia de la EF en la formación de hábitos saludables e ideas(%)

	Hábitos de actividad física	Ideas sobre la actividad física	Hábitos alimenticios	Hábitos de descanso	Hábitos de consumo de tabaco y alcohol
Mucho	7,9	7,6	1,2	0,3	3,4
Bastante	27,4	31,1	9,8	5,8	8,6
Poco	49,4	50	61	52,1	45,1
Nada	14	10,4	27,1	39,9	42,9
NS/NC	1,2	0,9	0,9	1,8	1,2
TOTAL	100	100	100	100	100

Finalmente, el resultado de la pregunta general acerca de si la Educación Física de la ESO ha sido un referente efectivo para tener hábitos saludables en la actualidad, fue poco de acuerdo (61,9%), nada de acuerdo (17,3%), bastante de acuerdo (17%) y muy de acuerdo (3,8%) (ver gráfico 19). Con esto se verifica que una vez más el nivel de incidencia de la EF en la formación de hábitos saludables ha sido poca, lo que indica que esta asignatura no estaría siendo un referente efectivo en la formación de hábitos saludables (Sánchez Bañuelos, 2004; Sebastiani & Sánchez, 2011).

Gráfico 19. Nivel de influencia general de formación de hábitos saludables a través de la EF (%)



De acuerdo al grupo de discusión, se observa un consenso respecto a la idea de que la EF puede efectivamente formar hábitos saludables, sin embargo, esto no ha ocurrido debido a que aspectos como los contenidos, objetivos, planificación y actividades de las clases, no se han encargado de la promoción de hábitos saludables, enfocándose principalmente en la enseñanza de deportes y del desarrollo de la condición física, incluso llegando a ser un mero momento de recreo activo, y hasta sedentario, en algunos casos. Se observa, entonces, que esta asignatura ha seguido perpetuando un modelo “deportivizado” y enfocado al desarrollo de la condición física en detrimento de contenidos y actividades que promueven los hábitos saludables:

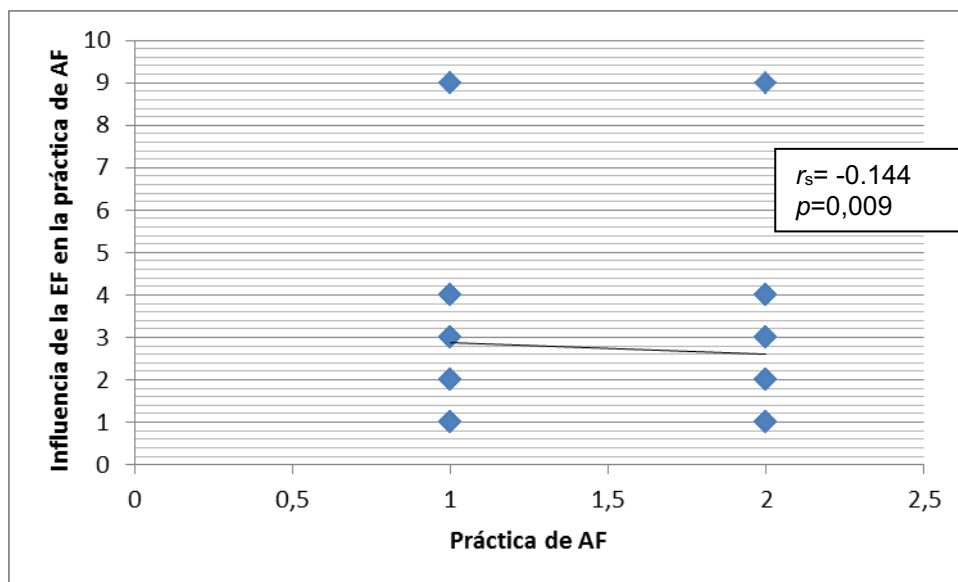
(...) hay una mala organización o mala orientación físico-deportiva desde pequeño; ¿qué se espera cuando sean grandes?, y también eso que en educación secundaria, por desgracia, los contenidos están, en la mayoría de los casos, orientados al rendimiento físico deportivo o de habilidades deportivas, con muy poca variedad, siempre lo mismo; quiero pensar que por facilidad del profesor: “todos los años hago fútbol, voleibol, tenis, y de ahí no salgo”, entonces claro, a la persona que de entrada no le guste, o que los contenidos no se ofrezcan de manera variada, pues está claro que no formará hábitos activos. Que luego no va a salir de la escuela o instituto para realizar este tipo de práctica y en relación al rendimiento deportivo o en la condición física, mucho más ¿no? Si yo tengo que dar diez vueltas obligatoriamente y si no lo consigo según los valores que me dice la tabla tal, es un castigo. Claro, si estoy sufriendo en la clase, yo luego de manera libre divertidamente iría a correr, después de lo mal que me lo estaba haciendo en clase, de lo que sufro.....¿yo? no, yo creo otro gran problema no? (G1, par. 7)

Por otro lado, se propone que lo fundamental es crear consciencia acerca de los beneficios de la actividad física desde edades tempranas, ya que esto sería crucial para ampliar las oportunidades de lograr adherencia a la práctica y otros hábitos saludables, evitando así que el sedentarismo y otros factores de riesgo se traspasen desde la niñez a la vida adulta.

Con el propósito de aportar más datos para el cumplimiento de este objetivo, se realizarán pruebas de correlación a través de la prueba no paramétrica *rho de Spearman*, entre la variable práctica de AF y otras sobre la influencia de la EF en la formación de hábitos e ideas. Así, se realizarán las siguientes pruebas inferenciales: a) práctica de AF y la influencia de la EF en el nivel de práctica física, b) práctica de AF y la influencia de la EF en la formación de ideas sobre la AF saludable, c) influencia de la EF en la práctica de AF e influencia de la EF sobre las ideas de la AF saludable, d) práctica de AF e influencia de la EF en la formación de hábitos saludables.

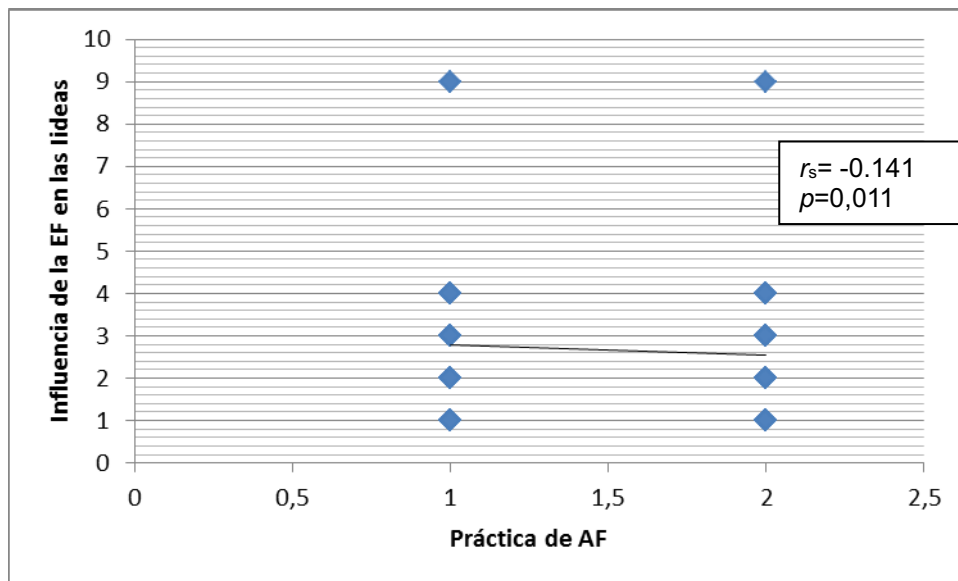
En el primer caso, se realizará una correlación entre la variable práctica de actividad física y la variable influencia de la EF en los hábitos de AF. Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, pero muy débil e inversamente proporcional entre la práctica de actividad física y la influencia de la EF en la práctica de AF ($r_s = -0.144$, $p < 0,05$) (ver gráfico 20).

Gráfico 20. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF en los hábitos de práctica de actividad física



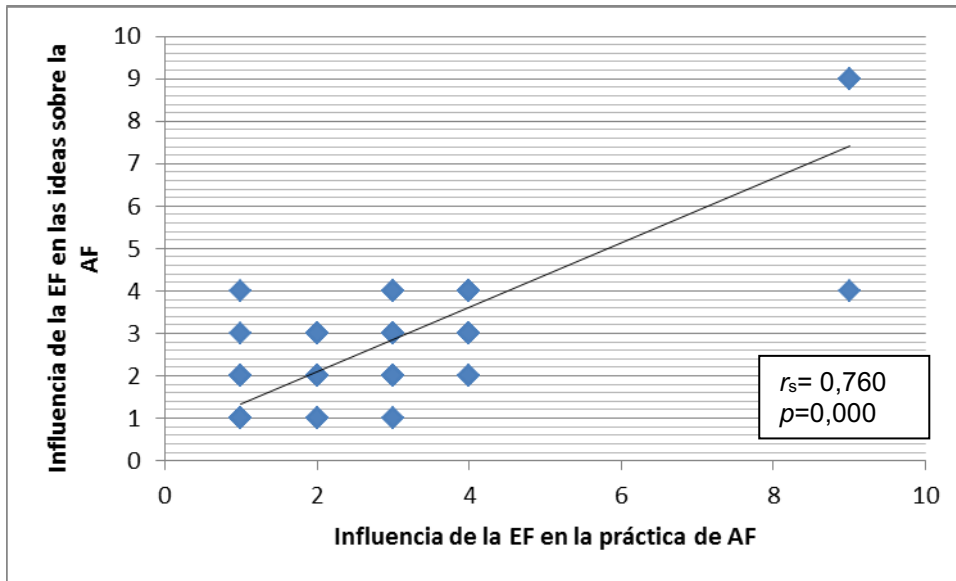
Para el segundo caso, se realizará una correlación entre la variable práctica de actividad física y la variable influencia de la EF en las ideas sobre la AF saludable. Se encontró también una relación lineal estadísticamente significativa, pero muy débil e inversamente proporcional entre la práctica de actividad física y la influencia de la EF en la práctica de AF ($r_s = -0.141$, $p < 0,05$) (ver gráfico 21).

Gráfico 21. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF sobre las ideas sobre AF saludable



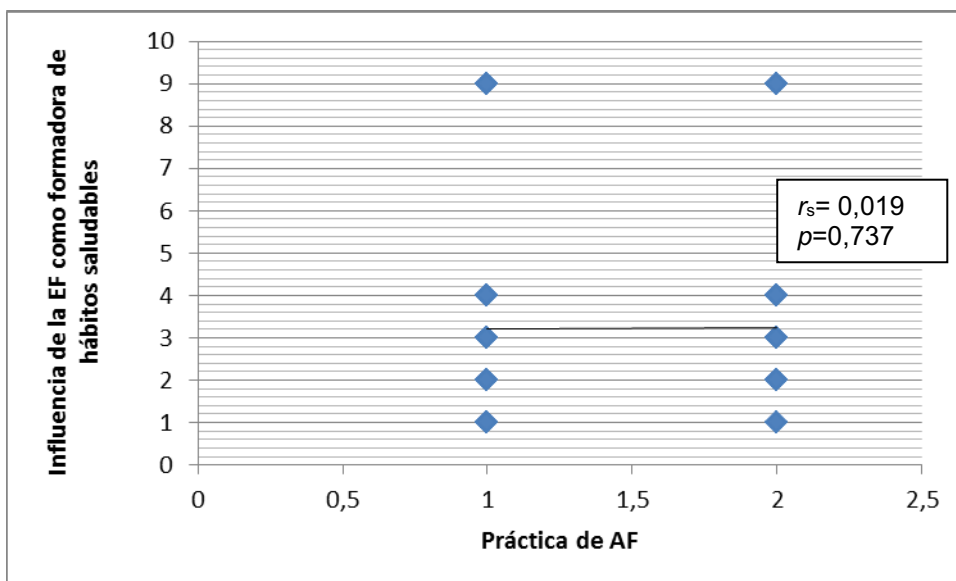
Para el tercer caso, se realizará una correlación entre la variable influencia de la EF en la práctica de actividad física y la variable influencia de la EF en las ideas sobre la AF saludable. Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, considerable y directamente proporcional entre la influencia de la EF en la práctica de actividad física y la influencia de la EF en la práctica de AF ($r_s = 0.760$, $p < 0,001$) (ver gráfico 22).

Gráfico 22. Correlación entre la influencia de la EF sobre la práctica de AF y la influencia de la EF en las ideas sobre la AF saludable



Finalmente, para el cuarto caso, se realizará una correlación entre la variable práctica de AF y la variable influencia de la EF en la formación de hábitos saludables. Se encontró una relación lineal estadísticamente no significativa, muy débil y directamente proporcional entre la práctica de AF y la influencia de la EF en la formación de hábitos saludables ($r_s = 0.019$, $p > 0,05$) (ver gráfico 23).

Gráfico 23. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF en la formación de hábitos saludables



6.4. Análisis del pensamiento docente de los estudiantes de Educación primaria en relación a la enseñanza de la EFpS

Los resultados de este ámbito se muestran de acuerdo a tres grupos, de la siguiente manera: a) experiencias de la EF recibida en la ESO, b) pensamiento actual sobre la EFpS y c) futuro desempeño docente.

6.4.1. Experiencia de la EF recibida en la ESO

En esta sección se consideraron aspectos relacionados a la experiencia vivida en las clases de EF con respecto a la formación de hábitos saludables, como los contenidos que más la caracterizaron, los contenidos relacionados con la salud que más aprendieron y los aspectos mejorables del profesorado de esta asignatura. Así, el nivel de importancia otorgado a la dimensión salud en EF fue muy importante (48,8%); importante (43,3%); poco importante (4,3%); y nada importante (1,5%) (ver gráfico 20). Los contenidos más característicos de las clases de EF recibidas en la ESO fueron los deportes (66,2%), condición física (18,9%), recreación (7,3%), cuidado de la salud (3,4%), y expresión corporal (2,4%) (ver gráfico 21). Los contenidos relacionados con la salud que más aprendieron fueron la práctica regular de actividad física (70,1%); alimentación saludable (26,6%); evitar hábitos nocivos (25,6%); ninguno (16,2%) y descanso (10,7%).

A partir de estos datos se observa que la dimensión salud es un aspecto de gran relevancia, al ser las alternativas “muy importante” e “importante” las más significativas. Los contenidos más característicos corresponden fundamentalmente a los deportes y condición física, demostrando que recibieron una EF “deportivizada”, lo que constituye una de las principales barreras para la óptima enseñanza de EFpS (Devis & Peirò, 1997; González Arévalo, 2010). Esto se condice con los bajos niveles de influencia de la EF en la formación de hábitos saludables expuestos en el apartado 6.3. En el mismo sentido, y en segundo lugar, se muestra una orientación al desarrollo de la condición física, lo que también va en perjuicio del abordaje de otros contenidos (Devis & Peiró, 1997) como la formación para la salud, la cual queda relegada a un cuarto nivel de preferencias. Esto se traduce en un aspecto negativo, si se considera que el papel fundamental de la Educación Física es facilitar la adquisición de estilos de vida saludables (Duda, 2001). La perspectiva enfocada

en el deporte y en la condición física supone la experiencia de una enseñanza de tipo tradicionalista, centrada casi exclusivamente en el ámbito motriz, y por lo mismo, de perspectiva mecanicista (Devis & Peirò, 2001), carente de conocimientos teórico-conceptuales, por miedo a una “desnaturalización” de la asignatura (Hernández & López, 2007).

Gráfico 24. Nivel de importancia otorgado a la dimensión salud en EF (%)

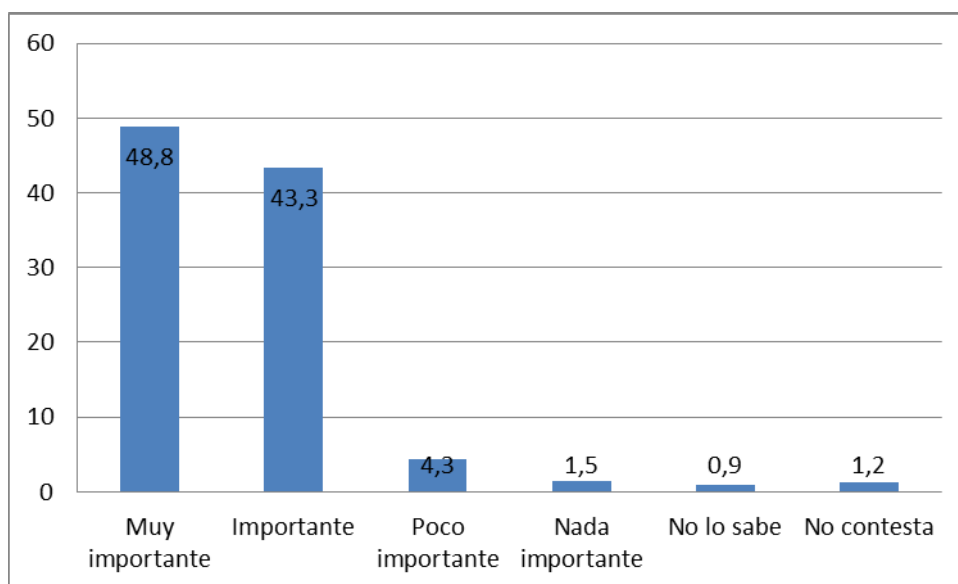
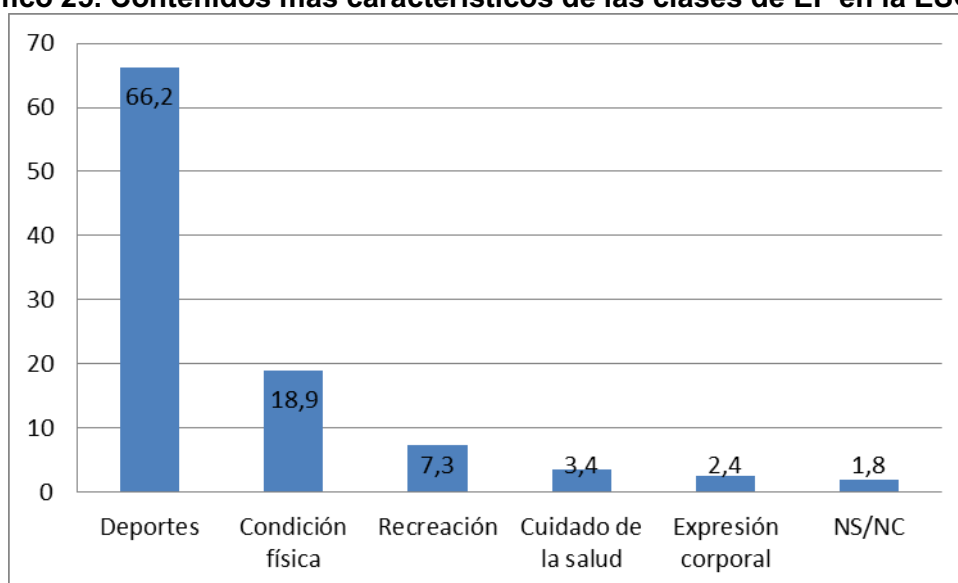


Gráfico 25. Contenidos más característicos de las clases de EF en la ESO (%)



Entre los aspectos mejorables del profesorado de la asignatura un 50,6% señaló la motivación; 49,7% las metodologías; 36,6% la transmisión de conocimientos; 32,9% hacer clases más divertidas; y 13,4% ninguna.

De esta manera, la motivación y hacer las clases más divertidas son los principales aspectos que podrían haber mejorado los docentes de EF. Este aspecto es fundamental si se considera que la motivación es uno de los aspectos clave para iniciar un programa de actividad física (Arts et al. 1997) y uno de los aspectos que determina las acciones posteriores (Burón, 1994).

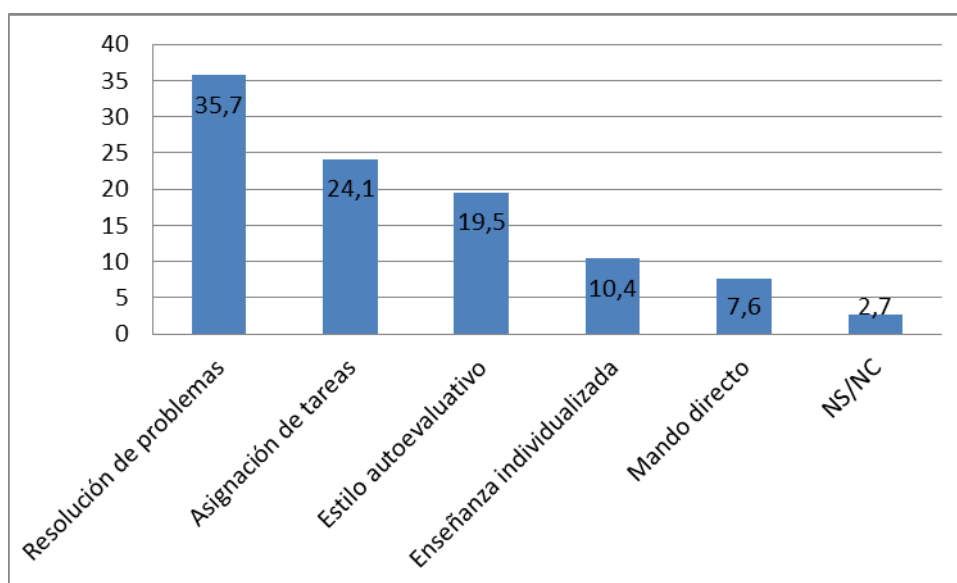
6.4.2. Pensamiento actual sobre la EFpS

En este apartado se consideraron aspectos relacionados con el curriculum, como a) los elementos que más inciden en la enseñanza de la salud, b) los estilos de enseñanza para abordar la salud, c) las actividades más idóneas para su enseñanza, d) los recursos didácticos, e) los objetivos importantes a evaluar y f) su manera de evaluarlos.

Así, los resultados de los elementos que más inciden en la EFpS son los objetivos (45,9%), los contenidos (41,6%), las competencias básicas (28,1%), los criterios de evaluación (14,1%), mientras que un 20% desconoce la respuesta a esta pregunta. Respecto a cuáles son los estilos de enseñanza más adecuados para abordar los contenidos de salud, un 35,7% señaló la resolución de problemas; 24,1% la asignación de tareas; y sólo el 7,6% mando directo (ver gráfico 22).

A partir de estos datos se puede observar que tienen una adecuada creencia acerca del rol de los objetivos y los contenidos en la enseñanza. La resolución de problemas y la asignación de tareas representan las maneras de enseñar más características, relegando a un bajo nivel al mando directo; lo que se traduce en un enfoque con más protagonismo del alumnado en la adquisición de aprendizaje (Mosston, 1993).

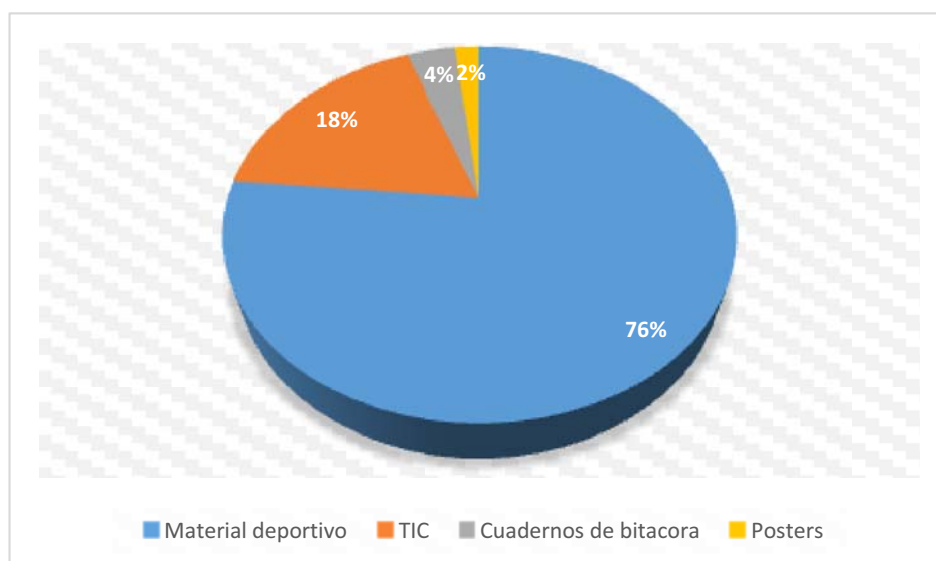
Gráfico 26. Estilos de enseñanza más adecuados para la EFpS



Acerca de las actividades de aprendizaje más apropiadas para la enseñanza de la EFpS, un 35,7% señaló los deportes; 21,3% los juegos no deportivos; 20,4% la expresión corporal; 13,7% los proyectos de investigación; 7,3% los grupos de discusión; y un 1,5% no sabe o no contesta. Los recursos didácticos que más creen apropiados fueron el material deportivo (75,6%), las TIC (17,7%); los cuadernos de bitácora (3,7%); y los posters (1,8%) (ver gráfico 23).

Por ello, la mayoría tiene preferencia por las actividades relacionadas con los deportes, sin embargo, también por los juegos no deportivos. Esto evidencia una situación que confronta el estilo tradicionalista enfocado en los deportes versus uno más holístico donde también se considera la parte cognitiva. No obstante, luego se constata una predilección por los recursos didácticos deportivos y, por ende, más prácticos.

Gráfico 27. Recursos didácticos más apropiados para la EFpS

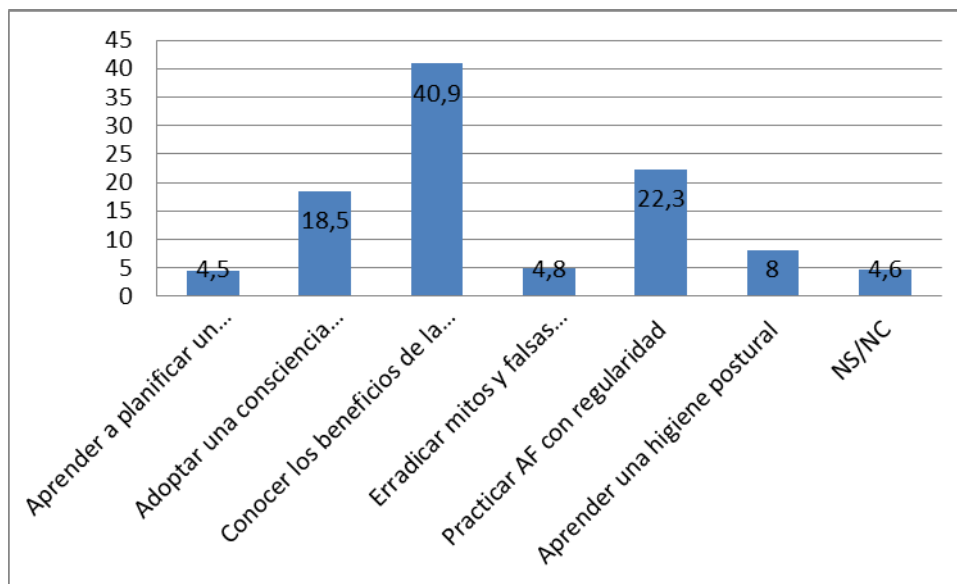


Los aspectos considerados más importantes a la hora de evaluar fueron la actitud positiva hacia el ejercicio (89,6%), la participación en clases (83,2%), las habilidades motrices personales (23,5%) y el rendimiento físico (9,5%). Respecto a la metodología de evaluación se tiene en primer lugar a las pruebas físicas (55%), los trabajos de investigación (50,5%), los campeonatos deportivos (44,3%) y los exámenes escritos (15,3%).

De esta manera, se observa también una confrontación de enfoques en donde la actitud positiva y la participación en clases son las más valoradas, sin embargo, a la hora de evaluar se opta por las metodologías más prácticas; pero también por una tendencia hacia las actividades más cognitivas (trabajos de investigación).

Con respecto a qué objetivos son los más importantes a alcanzar en materia de EFpS la mayoría señaló el conocer los beneficios de la AF (40,9%), seguido por practicar AF con regularidad (22,3%) y adoptar una consciencia crítica ante la AF (18,5%) (ver gráfico 24). Se observa, por lo tanto, que se otorga mayor importancia a un aspecto cognitivo, pero también práctico, lo que tendría más correspondencia con un estilo holístico alejado del modelo mecanicista.

Gráfico 28. Objetivos más importantes para la EFpS (%)



A partir del grupo de discusión, se observa la proposición de usar las TIC para entregar contenidos, por ser una alternativa con la cual el alumnado está muy familiarizado, por lo tanto, se puede obtener una mayor motivación. Como metodología se proponen los trabajos de investigación y trabajos de campo; que hagan co evaluaciones y controles entre ellos, incluso al interior de sus familias. Se observa que la evaluación es el aspecto más difícil de valorar, por el hecho de que siempre está vinculada a una calificación. Precisamente evaluar los contenidos relativos al aprendizaje de hábitos saludables se hace especialmente difícil, pero a la vez de suma importancia, no sólo en el ámbito de la práctica física, sino en ámbitos como el consumo de tabaco, alcohol, la alimentación y el sueño nocturno, pero que no necesariamente tenga anexada una nota, sino que lo importante es propiciar una guía antes que una calificación:

(...) pero eso no significa que tenga que decirle, y si tú no lo haces bien tienes un suspenso o tú tienes otra nota, sino poder decirles, poder orientarles y darles criterios para que entiendan por qué y cómo se pueden modificar y sin necesidad de que eso tenga que traducirse en una calificación numérica y para mí ahora mismo no sé qué más decir, no sé cómo completar el tema. (G2, par. 16)

(...)pero tal vez me voy a otra área, pero se me ocurrió, una utilizar la tecnología, porque creo que todo adolescente es lo que más utiliza y tal vez lo podemos motivar; tengo dos horas a la semana como tu decías, dos horas, en que estoy una hora pasando contenido y que se callen al final va a quedar media hora de actividad física, lo que decía Jordy: o lo incentivamos mucho fuera de las clases a que practiquen mucha actividad física, por lo tanto esas dos horas puedo hacer menos, pero tal vez no va a

pasar al principio, pero yo ocuparía las tecnologías, creo que a los estudiantes les encantan, andan todos con..., entonces en contenido puedo ocupar las TIC, mandarles videos a la casa, mandar contenidos ahí, y luego en clases en vez de ocupar una hora, tu obligación es traerlo leído, y en media hora lo compartimos, lo conversamos, tipo charla, que piensan ellos, yo creo que podría ser una forma de aplicar contenidos, que se me ocurre. Lo otro es ligarlo, pero con otras asignaturas, no sé si eso pasa acá, con el área de biología, ciencias naturales (...) (G3, par. 18)

Y la evaluación es lo más complejo yo creo, lo que dice, estamos condicionados a poner notas, así lo exige el sistema, pero, se me ocurría recién para tomar conciencia pero estamos viendo en contenidos que ellos hicieran una especie de autoanálisis, o tal vez un trabajo de campo para incentivar a estos alumnos con contenidos que vamos pasando, que hagan estudios de casos ellos mismos, a veces, los adolescentes están muy preocupados por mantener su figura, su línea, sin llevarlo a un extremo excesivo, pero mejor que ellos mismos vayan viendo que va sucediendo cada vez que realizamos una actividad física en el colegio, que vamos notando cambios, veo que me siento mejor, pero como que esa sea la evaluación, ahora sé que hay que poner una nota, pero se me ocurre que eso podría ser más motivante para ellos que un control o una prueba(...) (G3, par. 19)

Como método de evaluación también se nombra el autoanálisis o la autoevaluación, y se considera necesario alejarse de las evaluaciones cuantitativas de la condición física, por ejemplo, en el caso de las calificaciones del test *navette* o *cooper*, donde se asignan de acuerdo a la distancia recorrida. Por el contrario, se debe propiciar la reflexión crítica:

(...)fomentar también el espíritu crítico del alumnado y por ejemplo en la Autónoma de Barcelona se hace el Campus Ítaca en verano, que vienen diferentes institutos de Barcelona, ahí en la Autónoma se llevan tres semanas haciendo diferentes talleres con la idea de fomentar la Universidad para el alumnado que va regular de estudios, con la idea de vamos a estudiar fuerte, este es el curso que nos queda para luego ir a la universidad, es como descubrir la universidad, y ahí se hace un taller, que lo hago yo, de un buen cuerpo, una buena alimentación, quizás tú lo conozcas, al alumnado de secundaria, y es curioso como a través de imágenes y analizar críticamente videos, anuncios, películas tal, como el alumnado se sorprende con cosas relacionadas con la alimentación, que no se lo esperaban, que uno se pone una zapatilla y adelgaza, saber que te pones una crema y ya tienes abdominales por la noche, es un poco de...Hay que derribar mitos (G1, par. 23)

Así, el docente debe fomentar la reflexión crítica a fin de ayudar a eliminar las creencias y discernir sobre la publicidad de productos afines que ofrece el mercado:

Pero de hacerle reflexionar porque hay cosas que no se han parado de pensar ¿no?, si son las que son, es que como no, ¿Cómo *Reebok* va a hacer una publicidad engañosa? Con mirar está demostrado, además con las noticias, la muestra les enseña y se crea debate; y romper con ideas y decir "madre mía, sí que es verdad", quizás si me cuestiono muchas de las cosas, porque al final de cuentas te das cuenta que en

educación secundaria por mucho que te digan, no es bueno beber, no es bueno fumar todos lo hacen... (G1, par. 24)

Se propone además que el profesorado debería ampliar y diversificar la oferta de actividades para los alumnos, proponiendo actividades fuera del horario escolar incluyendo también a las familias; incluso como obligación, por suponer que las actividades que se hacen con la familia y pareja pueden formar mayor adherencia. En ese sentido, sin embargo, surge el problema de que se apela al tiempo libre del profesorado:

(...) pero desde eso hasta el hecho de decir he compartido de..." o una sección de funky y un poco que no sea del compromiso que tengo de apuntarme en el equipo de... para hacerlo y estar...o sea en el sentido de que pudieran tener más opciones de probar, a ver qué me gusta, bueno eso debe ir acompañado de lo que decías, de que tengan esta conciencia de que realmente hacer esta actividad física repercute a mis alumnos, porque además lo vemos... o sea sí que hay modelos de prácticas y actividad física y vemos cómo los deportistas de elite, salen en la tele constantemente, ¿pero en qué nos fijamos?, en el dinero que ganan o en el cuerpo atlético que tienen, no en los aspectos relacionados con la salud, y por lo mismo me ha gustado mucho lo que, de que las actividades de autoevaluación, sobre ellos mismos o sus familias, desde la perspectiva que comentabas tú, del análisis crítico, de no fijarme si esto me hace tener abdominales, si no de esto que hace que...(G2, par. 30)

Otro aspecto relevante es el ejemplo que debe proyectar el profesor, el testimonio su vida, ya que muchas veces los docentes no tienen los hábitos saludables que piden a su alumnado, por ejemplo, en el caso del consumo de tabaco. Una de las razones de esa situación responde a la cultura local:

Yo creo que no la tenemos (la cultura) porque no hemos vivido esa educación y a modo de curiosidad, en un congreso que estuve en Copenhague, me llamó mucho la atención que estaban hablando ahí los profesores y las profesoras daneses, donde existe la cultura de hacer deporte, tenga la edad que tenga, y tenga los hijos y las responsabilidades que tenga. Estaba el caso de mujeres que dejaban acostados a sus niños y se iban a jugar al polideportivo del barrio, a balón mano a las nueve de la noche; o sea, eso si tú quieres te lo pones a pensar aquí, ¿tú crees que eso aquí en la sociedad española pasaría? ¿Hasta qué punto se llevaría a cabo como funciona allí, esa conciencia no?; tenían piscinas que no eran rectangulares, redondas, con la idea de vamos a pasarla bien, no a nadar para arriba, para abajo, para arriba, para abajo. Y van con los niños, pues hay zonas de juegos para los niños en el centro y circular, con obstáculos y con cosas para nadar. Es un cambio de filosofía que en este caso aquí, no la hay (G1, par. 35)

6.4.3. Proyecciones a futuro

Dentro de las posibles limitaciones al momento de ejercer la profesión docente, los resultados fueron: 63,9% baja asignación horaria; 52% insuficiente preparación académica recibida; 46,8% falta de instalaciones adecuadas; 44,3% falta de interés de los alumnos; y 17,4% falta de condición física de los alumnos. Así, se observa que en primer lugar se encuentra la baja asignación horaria para la EF; sin embargo, en segundo lugar está la insuficiente preparación académica, lo que demuestra que existe una percepción importante de que se cumple con las expectativas académicas para entregar conocimientos suficientes en materia de salud.

Se proponen ideas sobre la importancia de promover una alimentación, a través, por ejemplo, de comedores que promuevan una alimentación saludable, evitando la existencia de expendios de golosinas, y los quioscos saludables. Por otro lado, se deberían implementar algunas modificaciones en la formación de profesores en cuanto a la importancia real que tiene la formación de hábitos saludables, para que una vez llegados a la práctica docente haya una convicción real que induzca al alumnado a adoptar estilos de vida más saludables. Se debe ofrecer también un número variado de actividades, a fin de poder motivar a un mayor número de alumnado, facilitando que vivan experiencias divertidas y satisfactorias; que los niños y las niñas tengan vivencias de éxito.

Otro aspecto es la dicotomía “actividad física” vs. Deporte, denotando una clara diferencia entre sus concepciones y posibilidades educativas; lo que lleva a decir por ejemplo: “Una frase que digo mucho, yo creo que la actividad física es saludable, el deporte no. ¿Cierto? (G2)

Cosa que se denota aún más con el enfoque competitivo que muchas veces se le infunde a la enseñanza de los deportes, lo que termina por segregar a quienes no se perciben como talentosos para una u otra disciplina:

(...) y tengo algunos alumnos que tenemos que integrar con ciertas necesidades educativas, entonces menos estamos haciendo un código de integración y ellos insisten con que tenemos que ganar, y por qué no das el pase, y yo digo ¡cómo se nota que yo no soy profesora de educación física! Yo veía ahí la diferencia, que yo estaba jugando, estaba tratando de pasarlo bien, y quería disfrutar el momento, y no hacer la competencia por hacer el punto o marcar, entonces qué van a hacer ellos cuando hagan su clase, van a transmitir eso, o van a lograr no transmitirlo, no digo que la competencia

no sea bueno, si igual la competencia a veces es entretenida y atractiva, pero tenemos que tener en cuenta cómo... con qué vía lo transmitimos a estos alumnos (G3, par. 120)

Se observa el tema de la vocación y compromiso de los docentes con la formación de los hábitos saludables para transmitirles a sus alumnos

En el mismo sentido, se observa la necesidad de entregar conceptos a fin de propiciar reflexiones, ya que la sola práctica de actividad no garantiza aprendizaje. En este caso, el docente es quien debe tener el papel de guía. Se produce un conflicto entre una metodología kinésica y otra más estática; proponiendo como alternativa la enseñanza a través de las TIC:

(...) hay que sacar esa reflexión, practicar actividad física por sí sola no necesariamente hace que las personas que practican adquieran estos conceptos, estos aprendizajes cognitivos. Puede sí, que aprendan el hábito o la sensación de estar, no necesariamente en diversión sino en el ámbito de bienestar, pero si alguien no le acompaña a hacer la reflexión, entonces lo que pasa que si dedico el tiempo a hacer reflexiones... no se mueven; si dedico el tiempo a que se muevan, igual no hago la reflexión para trabajar y aquí voy, voy a hacer un comentario llevando el tema a un terreno. Una de las posibles opciones, no digo que sea la única o que sea la mejor, pero es una de las posibles opciones para ganar habilidades motrices en las horas de docencia en las escuelas, es utilizar las nuevas tecnologías. El problema es que, parece que falta encontrarle sentido en decir y utilizar las TIC para actividad física, el utilizar las nuevas tecnologías significa estar sentado al frente de la pantalla, pero si el trabajo con las ideas de partir con actividades utilizando estos recursos, es posible de forma colaborativa, en lugar de rogar horas de la docencia y poder dedicarlas a la motricidad, a moverse a lo mejor sería una forma de... de... (G2, par. 15)

(...) porque nos preocupamos de que por lo menos en esa hora que se muevan, porque no se mueven en otro sitio, si tuvieran un estilo de vida activo, sin la necesidad de esta hora de educación física, en esa hora se podría dedicar a hacer un trabajo más de reflexión, más cognitivo, pero como tenemos la sensación, la percepción de que si no se mueven ahí, no se mueven en ningún lado, a lo mejor la estrategia pasa por modificar qué hago en la hora de educación física, sino por modificar lo que hacen los jóvenes fuera de esa hora, si conseguimos incrementar su práctica de la actividad física fuera de las horas de docencia de educación física, se pueden dedicar más horas a "enseñarles a pescar". (G2, par. 16)

Capítulo 7. Conclusiones

Una vez expuestos los aspectos teóricos y empíricos que permitieron obtener los resultados y la discusión, es hora de presentar las ideas terminales de esta investigación. Estas se mostrarán de acuerdo al siguiente orden: conclusiones de los objetivos específicos, limitaciones de la investigación y aporte para el área de estudio y propuestas a futuro.

En primer lugar, y considerando el objetivo general, que es valorar si los comportamientos e ideas hacia la educación para la salud que desarrollan los alumnos del grado de primaria, guardan relación con los aprendizajes sobre hábitos de práctica física y salud de las clases de Educación Física recibidas en la ESO y cuáles son sus pensamientos acerca de la enseñanza de la Educación Física para la salud, se realizará el análisis de los objetivos específicos.

7.1. Conclusiones de los objetivos específicos

Los principales hallazgos de esta investigación se revelarán a través de los logros de los objetivos específicos, que se resumen en los siguientes cuatro puntos:

- Los estudiantes del grado de primaria del campus Mundet presentan un estilo de vida con tendencia saludable, debido a que poseen un buen nivel de actividad física de acuerdo a la frecuencia, duración e intensidad de su práctica; se observa además una preocupación por tomar medidas de seguridad a la hora de la práctica, como usar las técnicas adecuadas de la AF que desarrollan y usar la indumentaria adecuada, y realizar el calentamiento. Las principales motivaciones para practicar AF son la diversión y la salud, evidenciando la importancia de ésta última para los estudiantes; por otro lado, la falta de tiempo y la pereza son los principales motivos para no practicarla. El ocio sedentario es el predilecto frente al activo, con una dedicación de más de dos horas diarias. Con respecto a la alimentación, la comida más importante es la del medio día, seguida por la cena, quedando el desayuno en tercer lugar, no obstante, tiene un alto nivel de ingesta semanal, también; la dieta se caracteriza por el consumo frecuente de alimentos más saludables

como los lácteos, el aceite de oliva y los cereales, mientras que por el lado de los menos saludables están los embutidos, las carnes rojas y las bebidas gaseosas; y presentan también un buen nivel de consumo de agua. En el ámbito del descanso, existe un buen nivel de sueño nocturno, pero la siesta es prácticamente inexistente. Finalmente, con respecto a los hábitos no saludables, la mayoría no fuma, y tanto hombres como mujeres presentan un nivel moderado de consumo de alcohol, concentrándose en los fines de semana o en alguna fiesta.

- En materia de ideas sobre la AF saludable, los estudiantes presentan conocimientos y creencias parcialmente acertadas, ya que señalan que el calentamiento es para evitar lesiones y prepararse para un esfuerzo mayor, y tienen un buen nivel de conocimientos acerca de la relación entre la resistencia aeróbica y la salud; sin embargo, no poseen conocimientos sólidos para diseñar un plan de AF para la salud y la mayoría cree que la AF siempre es saludable, no considerando las variables de intensidad, volumen y seguridad. Finalmente, existe el pensamiento de que la EF bien podría ayudar en la formación de ideas sobre la AF saludable, pero bajo un adecuado tratamiento didáctico.
- El ámbito de la influencia de la EF en la formación de hábitos saludables presenta un claro y unánime desenlace, ya que en todas las variables consultadas (práctica de actividad física, ideas sobre la actividad física saludables, hábitos alimenticios, descanso y consumo de tabaco y alcohol) se obtuvo como resultado el nivel “poco” e incluso en algún otro, como en el aspecto de consumo de alcohol y tabaco, una tendencia importante hacia la opción “nada”. El mismo resultado se obtuvo a partir de la consulta más general. Esto es respaldado también en las pruebas inferenciales, las cuales acusan una débil relación entre la práctica de actividad física e influencia en la práctica, ideas y percepción general respecto de la EF en la ESO.

- Por último, en el ámbito de pensamiento docente, los hallazgos principales son que el abordaje de la salud en la EF es muy importante, pero que la recibida en la ESO se ha caracterizado principalmente por la enseñanza de deportes y el desarrollo de la condición física, lo que ha ido en detrimento de una mejor enseñanza de la EFpS. Pese a ello, la práctica regular de AF es reconocida como el principal aprendizaje obtenido a partir de la asignatura, pero seguida de lejos por tener buenos hábitos alimenticios y evitar el consumo de tabaco y alcohol en exceso. Dentro de los aspectos mejorables del profesorado que tuvieron en la ESO, se percibieron variables como la motivación y las metodologías empleadas. En el mismo ámbito, se señalan además la transmisión de conocimientos y la diversión en las clases.

Respecto al aspecto curricular, se señalan a los objetivos y los contenidos como los elementos más importantes para la EFpS. Los estilos de enseñanza más adecuados para su enseñanza fueron la resolución de problemas y la asignación de tareas, mientras que el mando directo obtuvo la menor de las preferencias; no obstante, las actividades deportivas son las actividades de aprendizaje más valoradas, quedando en segundo lugar los juegos no deportivos. A la hora de evaluar, se valora más la parte actitudinal ante la AF, quedando en último lugar el rendimiento físico, lo que se puede interpretar como la predilección de la participación por sobre el desarrollo de la condición física; sin embargo, como métodos de evaluación cobran importancia tanto el aspecto físico como el cognitivo. Los objetivos más importantes a alcanzar en la EFpS son conocer los beneficios de la AF y realizar una práctica regular, seguida por adoptar una consciencia crítica ante la AF. En el mismo sentido, señalan predilección por recursos didácticos ligados al deporte y en segundo lugar las TIC. Finalmente, como posibles limitaciones a la hora de ejercer una vez egresados, la baja asignación horaria y la insuficiente preparación académica presentan las más altas puntuaciones. Existe también la percepción de las actividades deportivas no estarían siendo un medio educador en aspectos ligados a la EFpS. La dimensión teórico-conceptual adquiere relevancia, ya que consideran que conocer los beneficios de la AF debe ser un objetivo clave de la EF; a la hora de la enseñanza de estos contenidos se valoran positivamente los estilos de enseñanza que otorgan

más protagonismo al alumnado; y a la hora de la evaluación de los contenidos de salud son también muy valorados las metodologías que comprometen más el aspecto teórico-conceptual y no solamente el aspecto físico. Por esto, señalan que los logros en EFpS no dependen exclusivamente del aspecto corporal, sino también de un importante bagaje de ideas. Por ello, se puede constatar una intensión intrínseca de parte de los futuros maestros por romper con la tradición mecanicista, a partir de valorar los conocimientos sobre la actividad física y preferir estilos de enseñanza más participativos.

Así, se tiene que a la asignatura de EF en la ESO no se le dio la importancia suficiente a la enseñanza de los contenidos de salud, debido a que se la ha enfocado principalmente desde una perspectiva que prioriza los contenidos y actividades orientadas al desarrollo de la condición física y la formación deportiva, perpetuando un modelo “mecanicista” en vez de uno más holístico que incluya el cuidado de la salud. Si bien se puede apreciar un buen nivel de práctica de actividad física y demás hábitos saludables, estos no pueden ser atribuidos al proceso de enseñanza de la escuela, lo que hace suponer que se debe a otros factores externos ésta, como la influencia familiar o al alto nivel de formación académica propio de la condición de estudiantes universitarios, que propiciaría la práctica deportiva y adquisición de conocimientos por otros medios, como los gimnasios o la gestión autodidacta. Por lo tanto, difícilmente se podría producir un proceso de formación de hábitos saludables a raíz de la EF y una influencia de ésta sobre el futuro desempeño docente.

De esta manera, no se estarían cumpliendo los objetivos relacionados con la salud de las normativas educacionales, como la LOGCE y la LOE, ni la propia de la Comunidad Autónoma. Esta situación da pie a reflexiones acerca de cómo mejorar la didáctica de la Educación para la salud en el área de la EF, para que ésta sea realmente un referente efectivo de formación de hábitos saludables en el alumnado. Se produce entonces la paradoja que, pese a ser una asignatura valorada como potencial formadora de hábitos de salud, los resultados de esta investigación demuestran que no se ha llegado a un buen nivel de formación en este aspecto. Esto denota que la problemática se encontraría entre las intenciones educacionales (el curriculum) y los objetivos de aprendizaje esperados (hábitos), o sea, la

metodología y la didáctica de la Educación Física.

Se hace necesario, entonces, seguir mejorando los procesos didácticos de la EF en un ámbito tan importante en la actualidad como es el cuidado de la salud, ayudando a revalidarla como un referente efectivo en la formación de hábitos desde la escuela hacia la sociedad, de modo que la población pueda alcanzar la autonomía necesaria que le ayude a tener una vida más sana, considerando que la sociedad en general sigue presentando una tendencia al sedentarismo, tanto en el trabajo con el tiempo de ocio. En este sentido, cobran sentido las palabras de Trigo (2005) acerca de la misión escolar, señalando que “la escuela será escuela de hábitos y actitudes” perpetuables en el tiempo o será una “escuela de inutilidades” (p. 35).

Por todo lo antes expuesto, se puede concluir que los comportamientos e ideas de los alumnos del grado de educación primaria no guardan relación con las enseñanzas de las clases de Educación Física de la ESO, y que, por lo tanto, el pensamiento docente no ha sido influenciado por la EF en un sentido positivo.

7.2. Limitaciones de la investigación

Si bien llegar al final del camino de este estudio ha reportado resultados a través del logro de los objetivos, también se pudieron encontrar algunas limitaciones en el transcurso del mismo que es necesario precisar. Estas corresponden a:

- El alcance del estudio: debido al enfoque cuantitativo del diseño, una muestra más representativa y variada de la población de estudiantes del grado de primaria, por ejemplo, alumnos de otras menciones dentro de la misma facultad o Universidad.
- Considerar cursos principiantes: debido a sus años de estudio, no todos los estudiantes tenían la misma preparación y conocimiento (por ejemplo, la diferencia entre primer y cuarto año), sobre todo en el ámbito de pensamiento docente.
- La metodología: no obstante los datos recabados, un diseño cuantitativo no permite conocer más en profundidad variables cualitativas.

- Participación: gestionar los diversos cursos para cumplimentar los cuestionarios y conseguir personas voluntarias que quisieran participar en el grupo de discusión fue una tarea que presentó un considerable nivel de dificultad.

7.3. Aporte de la investigación y propuestas a futuro

A raíz de los objetivos logrados, se pueden reconocer algunos aportes al área de la didáctica de la Educación Física para la salud; y, considerando también las limitaciones ya descritas, cabe proyectar también algunas ideas para seguir contribuyendo a la resolución de la problemática mayor, que es la formación de hábitos saludables en la población. Por esto, se mostrará a continuación la contribución junto con la propuesta de investigaciones a futuro correspondiente. De esta manera, el presente estudio ayudó a:

- Demostrar el escaso aporte de la Educación Física como formadora de hábitos saludables y conocimientos que trasciendan más allá de la Educación obligatoria, por lo cual se hace necesaria la realización de nuevos estudios que establezcan los aspectos importantes para hacer de esta asignatura una oportunidad real para formar hábitos saludables.
- Demostrar que los conocimientos que poseen los futuros maestros no son los óptimos como para mejorar la enseñanza de la EFpS.
- Conocer el estilo de vida de un sector del estudiantado universitario del grado de primaria, por lo que adquiere relevancia valorar los planes y directrices de las políticas de salud nacionales y autonómicas.
- Conocer los pensamientos y las expectativas y limitaciones a futuro que tiene el futuro profesorado.
- La necesidad de investigar cuales son los mecanismos que ayudan a lograr la adherencia a la práctica física y otros hábitos saludables.
- Si bien el uso de una metodología cuantitativa aporta conocimientos valiosos, se hace recomendable realizar estudios con diseños más cualitativos, que aborden de manera profunda las variables que determinan los hábitos, como la motivación, el conocimiento y la sensibilización que poseen en este ámbito.

- La dificultad de llevar a la práctica los objetivos propuestos por las normativas educacionales y transformar en acciones educativas las directrices en materia de educación para la salud, es decir, las dificultades existentes para transmitir un hábito o conocimiento para acabar siendo un hábito, por lo que se recomienda realizar estudios que determinen cuales son los factores importantes para lograr concretar en acciones las políticas educativas.
- Finalmente, y en el mismo sentido, la disonancia hay entre el saber o saber hacer y el hacer; por lo que se deberían investigar los mecanismos didácticos que median entre las normativas educativas y sus objetivos de aprendizaje en materia del cuidado de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aarts, H., Paulussen, T., & Schaalma, H. (1997). Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviours. *Health Education Research*. Vol 12, Nº 3, 363-374.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2011). *Presentación de Encuesta nacional de ingesta española (ENIDE)*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>
- Almond, L. (1997). El ejercicio físico y la salud en la escuela. En Devís, J. & Peiró, C. *Nuevas perspectivas curriculares en educación física: La salud y los juegos modificados*. pp. 47-55. Barcelona: INDE.
- American College of Sport Medicine. (2011). Quantity and quality of exercise for developing an maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, pp. 1334-1359.
- American Heart Association (2007). *Physical Activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sport Medicine and the American Heart Association*. Dallas: American Heart Association (tiene DOI)
- Aranceta, J. & Serra-Majem, LI. (2007). *Epidemiología y monitorización*. En *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Moreno, B. & Charro, A. (coords.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aranceta, J., Pérez, C., Ribas, L. & Serra, LI. (2000). Desayuno y equilibrio alimentario. En Serra, LI. & Aranceta, J. *Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid*. Barcelona: Masson, S.A. pp. 9-18.

- Arrivillaga, M., Salazar, I.C. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*, 34, 004, pp. 186-195.
- Arufe, V., Lera, Á., Domínguez, A. & García, J.L. (2008). Función preventiva y rehabilitadora cardiovascular del ejercicio físico en adultos. En Arufe, V; Domínguez, A; García, J.L. & Lera, A. (edit.). *Ejercicio físico, Salud y calidad de vida*. Sevilla: Editorial Deportiva Wenceulen. p. 60-61.
- Arranz, S., Chiva, G., Valderas, P., Medina, A., Lamuela & Estruch, R. (2012). Wine, beer, Alcohol and polyphenols on cardiovascular disease and cancer. *Nutrients*, 4, pp. 759-781.
- Aydon, C. (2007). *El origen del hombre*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Ball, N. & Hough, N. (1999). *Duerme bien*. Barcelona: Hispano Europea.
- Barbany, J. (2002). *Alimentación para el deporte y la salud*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Barona, J.L. (2003), Alcohol Drogas y Cultura. En *Manual SET de Alcoholismo*. García, E;
- Barrow, H. & Brown, J. (1992). *Hombre y movimiento*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Batalla, A. (1990). *Barcelona i la educació física al món educatiu*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Dyninson, S.L.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco: prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Palomares, A. & Del Pilar, M. (2000). *Tabaco y salud, guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Blasco, T. (1994). *Actividad física y salud*. Barcelona. Editorial Martínez Roca.
- Blázquez, D. (2010). *La Educación Física* (tercera edición). Barcelona: INDE.
- BOE. (1990). *Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo*. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1990/10/04/pdfs/A28927-28942.pdf>

- BOE. (1991). *Real Decreto 1007/1991, de 14 de junio por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria*. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1991/06/26/pdfs/A21193-21195.pdf>
- BOE. (2000). *Real Decreto 3473/2000, de 3 de agosto, por el que se modifica el Real Decreto 1345/1991, de 6 de septiembre, modificado por el Real Decreto 1390/1995, de 4 de agosto, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria*. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2001/09/07/pdfs/A33733-33795.pdf>
- Borg, S. (2003). Teacher cognition in language teaching: a review of research on what language teacher think, know, believe and do. *Language Teaching*, 36, 81-109.
- Burón, J. (1994). *Motivación y aprendizaje*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Burton. T. (2012). *Frankenweenie*. Estados Unidos: Walt Disney Pictures.
- Cano, A., Ureña, N., Canteras, M. & Ruiz, E. Diseño y validación de un cuestionario para la valoración del conocimiento en material de condición física y salud de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de Murcia. (2010). *Revista Digital EF Deportes*, 15, N°144. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd144/conocimiento-en-materia-de-condicion-fisica-y-salud.htm>
- Campos, A. (2002). La nueva investigación médico-sanitaria en España. *El médico, anuario 2002* (pp. 82-94). Recuperado de www.medynet.com/elmedico/documentos/anuario02/82-94.pdf
- Castillo, V. & Sáenz-López, P. (2008). *Práctica de actividad física y estilo de vida del alumnado de la Universidad de Huelva*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Casimiro, A. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de educación primaria (12 años) y final de educación secundaria obligatoria (16 años)*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recurso electrónico.
- Casimiro, A., Delgado, M. & Águila, C. (2005). Actividad Física, Educación Física y Salud: aspectos generales. En Casimiro, A; Delgado, M. & Águila, C. *Actividad física, educación física y salud*. Almería: Editorial Universidad de Almería y Ayuntamiento de Almería. pp. 17-30.

- Casimiro, A., Prada, A., Muyor, J.M. & Aliaga, M. (2005). *Manual básico de prescripción de ejercicio físico para todos*. Universidad de Almería.
- Capdevila, Ll. (2000). *Actividad física y estilo de vida saludable* (segunda edición). Girona: Documenta Universitaria.
- Carta Europea del Deporte. (1992). Recuperada de http://deportegalego.es/adjuntos/cEnlacesDescargas/103_2_carta.pdf
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definition and Distinctions for Health-Related Research. *PubMed*, 100 (2), pp. 126-131.
- Cecchini, J; Méndez, A. & Contreras, O. (2005). *Motivos de abandono de la práctica del deporte juvenil*. Cuenca: Universidad de Castilla y la Mancha.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2010). *Hábitos deportivos en España, IV*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2820_2839/2833/Es2833.pdf
- Cervera, P. (1995). *Hacia una alimentación saludable: guías para orientar la alimentación en edad escolar*. Barcelona: Instituto Danone.
- Chillón, P. (2005). *Efectos de un programa de intervención de educación física para la salud en adolescentes de 3º de ESO*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Costa, M. & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Costa, M. & López, E. (2008). *Educación para la salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Colado, J.C. & Moreno, J.A. (2005). Actividad física saludable en el medio acuático para niños, En Casimiro, A; Delgado, M. & Águila, C. *Actividad física, educación física y salud*. Almería: Editorial Universidad de Almería y Ayuntamiento de Almería. pp. 477 y 478.
- Colás, M. P., Buendía, L. & Hernández, F. (2008). *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral*. Barcelona: Editorial Da Vinci.
- Comellas, M.J. (2001). *Los hábitos de autonomía: proceso de adquisición*. Barcelona: Grupo editorial Ceac S.A.
- Comellas, J. (2004). *Hábitos inteligentes para tu salud, secretos para un estilo de vida saludable*. Barcelona: Editorial Amat S.L.

- Consejo Superior de Deportes (2010). *Directrices de actividad física de la UE. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud*. Madrid: Consejo Superior de Deportes, D.L.
- Consejo Superior del Deporte (2011). *Ley del Deporte*. Recuperado desde <http://www.csd.gob.es/csd/informacion/legislacion-basica/ley-del-deporte>
- Contreras, O. (2011). Idea crítica de las competencias en Educación física. En Contreras, O. & Cuevas, R. *Las competencias básicas desde la Educación Física*. Barcelona: INDE.
- Contreras, O., Ruiz, L., Zagalaz, M.L. & Romero, S. (2002). Las creencias en la formación inicial del profesorado de educación física. Incidencias en la transformación de su pensamiento. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 45, pp. 131-149.
- Contreras Jordán, O (1998). *Didáctica de la educación física: un enfoque construtivista*. Barcelona: INDE.
- Coutier, D., Camus, Y. & Sarkar, A. (1990). *Tercera edad, actividades físicas y recreación*. Madrid: Editorial Gymnos.
- Cubo, S., Martín, B. & Ramos, J.L. (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Dalmau, J. & Vitoria, I. (2004). Prevención de la Obesidad infantil: hábitos saludables. *An Pediatr Contin*, 2(4), 250-254. Recuperado de www.apcontinuada.com/contenidos/pdf/v2n4a74pdf001.pdf
- Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Aranceta, J. & Serra, LI. (2004). *Guía de la alimentación saludable*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Recuperado del sitio de internet http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf
- De Apraiz, J. (1995). *Deporte y salud, manual para mejorar la salud con la práctica deportiva*. Vitoria: Diputación Foral de Alava, Departamento de Cultura.
- De la Cruz, E., Moreno, I., Pino, J. & Martínez, R. (2011). *Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España*. *Salud Mental* 2011; 34: 45-52. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam1111f.pdf>

- Del Cristo, Z. (2008). *Motivación académica en estudiantes de enseñanza secundaria postobligatoria en la isla de Gran Canaria*. Tesis doctoral de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de www.tesisenred.net
- De Teresa, C. & Vázquez, C. (2007). Objetivos nutricionales y de actividad física. En *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Moreno, B. & Charro, A. (coords.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Delgado, M. & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: INDE.
- Delgado, M., Tercedor, P., Chillón, P., Pérez, I. & Martín, M. (2005). La salud y su tratamiento en el curriculum de educación física. En Casimiro, J; Delgado, M. & Águila, C. *Actividad física, educación y salud*. Almería: Editorial Universidad de Almería. pp. 69-107.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (1994). *Guía per a la promoció de la salut mitjà de l'activitat física*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2012a). *Activitat Física*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.f83b7c6193cf4b9c48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=af898f30ac2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=af898f30ac2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- Departament de Salut (2012b). *Efectes de l'activitat física*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.21c58aea29b124fc48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=52c775b0000fc210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=52c775b0000fc210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- Departament de Salut (2012c). *L'activitat física*. Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.bccca4e979fea5ebe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=fb0e6708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=fb0e6708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

- Departament de Salut (2012d). *Activitat física. Prevenció*. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=56340d42fe2da210VgnVCM1000008d0c1e0aR CRD&vgnnextchannel=56340d42fe2da210VgnVCM1000008d0c1e0aR CRD&vgnnextfmt=default>
- Departament de Salut (2008). *Plan Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat física i la Alimentació Saludable (PAAS)*. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Salut%20publica/PAAS/Documents/paas.pdf>
- Departament de Salut (2007). *Guia de prescripció d`exercici físic per a la Salut (PEFS)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2009a). *Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris*. Recuperado de http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Enquestes/03_enquesta_salut_2006/documents/catalans_salutiser veis.pdf
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2009b). *Salut en xifres 2009*. Generalitat de Catalunya. p. 20. Recuperado de <https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1935/salutxifres2009.pdf>
- Departament de Salut. (2014). *Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)*. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aR CRD&>
- Departament de Educació. (2009). *Curriculum Educació Primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Devís, J. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.
- Devís, J. & Beltrán V.J. (2007). La educación física escolar y la promoción de la actividad física y la salud. En Cevallos, D. y Molina (ed.) *Educación corporal y salud: gestión, infancia y adolescencia* (pp. 29-34). Medellín: Funámbulos.
- Devís, J. & Peiró, C. (1997). *Nuevas perspectivas curriculares en educación Física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: INDE.

- Devís, J. & Peiró, C. (2001). Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En Devís, J. (coord.) *La Educación física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. Alcoy (Alicante): Editorial Marfil. pp. 295-321.
- Devís, J. & Beltrán, V. (2007). *La educación física escolar y la promoción de la actividad física y la salud*. Recuperado de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/la_ef_escolar.pdf
- Devís, J. & Peiró, C. (1993). Evaluación de programas: un programa de educación física y salud. *Apunts*, 31, pp. 62-69.
- Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (2008). *Decret 181/2008, de 9 de setembre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments del segon cycle de l'educació infantil*. Recuperado de <http://www.gencat.cat/eadop/imatges/5216/08247053.pdf>
- Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (2007). *Decret 143/2007, de 26 de juny, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments de l'educació secundaria obligatòria*. Recuperado de <http://www.gencat.cat/eadop/imatges/4915/07176092.pdf>
- Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (2008). Decreto 181/2008, de 9 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas del segundo ciclo de la educación infantil. Recuperado de <http://www.waece.org/contenido/EnsenanzasdelsegundociclodelaCata.pdf>
- Diem, C. (1966). *Historia de los deportes* (Volumen 1). Barcelona: Gráficas Diamante.
- Domínguez, J.L. (1995). *Reflexiones acerca de la evolución del hecho deportivo*. San Sebastián: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Duda, J.L. (2001). Ejercicio físico, motivación y salud: aportaciones de la teoría de las perspectivas de meta, en Devís Devís, J. (coord.) *La Educación física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. Alcoy (Alicante): Editorial Marfil. pp. 271-279.
- Dunning, E. (2003). *El fenómeno deportivo. Estudios sociológicos en torno al deporte, la violencia y la civilización*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Echeburúa, E; Labrador, F.C & Becoña, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Escámez, J. (1981). *La formación de hábitos como objetivos educativos*. Murcia: Sucesores de Nogués.
- Escamilla, A. & Lagares, A.R. (2006). *La LOE: perspectiva pedagógica e histórica. Glosario de términos esenciales*. Barcelona: GRAO.
- Escofet, A. (1996). *Conocimiento y poder: hacia un análisis sociológico de la escuela*. Barcelona: ICE. Universitat de Barcelona.
- Espada, J. & Méndez, F. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espluga, J. (coord., 2010). *Salut i joves. Percepcions, pràctiques sobre els processos de pèrdua de salut de la joventut a Catalunya*. Barcelona: Departament d' Acció Social i Ciutadania, Generalidad de Catalunya.
- Federación Española de Bebidas Espirituosas. (2014). *Creencias falsas*. Recuperado de <http://www.febe.es/contenidos/bebidas/creencias.asp>
- Fernández-Balboa, J.M. (2001). La Sociedad, la escuela y la educación física del futuro. En Devís, J. (coord.). *La Educación física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. Alcoy (Alicante): Editorial Marfil. pp. 25-45.
- Fernández, G. & Navarro, V. (1989). *Diseño curricular en educación física*. Barcelona: INDE.
- Fernández, J., Lorenzo, P. & Leza, J.C. (2009). Cannabis (I). Farmacología. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 303-327.
- Freixa, F. (1996). *La enfermedad alcohólica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fortuny, M. & Gras, M. (1988). Estrategias para la formación de estudiantes de magisterio en el área de la educación para la salud.
- Fox, D. (1987). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA (2da educación).
- Garulet, M., Ortega, F., Ruiz, J., Rey-Lopez, J., Béghin, L., Manios, Y., Cuenca-García, M., Plada, M., Diethelm, K., Kafatos, A., Molnár, D., Al-Tahanand, J. & Moreno, L. (2011). Short sleep duration is associated with increased obesity markers in Europeans adolescents: effect of physical activity and dietary habits. The HELENA study. *International Journal of Obesity*. 35, pp. 1308-1317.

- Fuster, V. (2008). *La ciencia de la salud, mis consejos para una vida sana*. Barcelona: Editorial Planeta.
- García, M., Puig, N. & Lagardera, F. (2002). *Sociología del deporte*. (Segunda edición). Madrid: Alianza Editorial.
- García Blanco, S. (1994). Origen del concepto "deporte". *Aula*, Vol. VI, pp. 61-66.
Recuperado de [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69125/1/Origen del concepto deporte.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69125/1/Origen_del_concepto_deporte.pdf)
- García Blanco, S. (1997). *Historia de la educación física. La educación física entre los mexica*. Madrid: Editorial Gymnos.
- García Candau, J. (2007). *El deporte en la guerra civil*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- García Córdoba, F. (2002). *El Cuestionario*. México D.F. Editorial Limusa.
- García Ferrando, M. (1997). Los españoles y el deporte, 1980-1995: un estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- García Ferrando, M. (2006). *Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005)*. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol. LXIV, nº 44, mayo-agosto. pp. 15-38 Recuperado de <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CgQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevintsociologia.revistas.csic.es%2Findex.php%2Frevintsociologia%2Farticle%2Fdownload%2F26%2F26&ei=7odoT52iIsiAh QecrvyqCg&usq=AFQjCNFX4PUBXxyvDAVzyEzve5kdR06-uQ>
- García Ferrando, M. (2006a). *Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación: encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles, 2005*. Madrid: Consejo superior de Deportes. Centro de Investigaciones sociológicas, DL.
- García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX*. Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- García Ferrando, M. & Llopis, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- García Martínez, M. (2004). *Estudio de la Encuesta de Salud de Cornellà: diseño, metodología y determinantes del tabaquismo*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- García Romero, F. (1992). *Los juegos olímpicos y el deporte en Grecia*. Barcelona: Editorial AUSA.
- Garoz, I. & Maldonado, A. (2004). Salud, estilos de vida, actividad física y evaluación. En Hernández, J.L. & Velásquez, R. (coords.), *La Evaluación en Educación física, Investigación práctica en el ámbito escolar*. Barcelona: Graó. pp. 263-292.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela como promotora de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75, pp. 505-516.
- Gavidia, V. & Rodes, M.J. (2000). *Desarrollo de la Educación para la salud y del consumidor en los centros docentes*. Madrid: Secretaria general técnica, Ministerio de Educación y Cultura.
- Gavin, J. (1992). *The Exercise Habit*. Champaign (Illinois): Leisure Press.
- Generalitat de Catalunya (1991). *Activitat física i promoció de la Salut. Llibre blanc*. Barcelona: Departament de Salut i Seguretat Social.
- Generalitat de Catalunya (2012). *Pla de Activitat Física, Esport i Salut*. Recuperado de <http://www.pafes.cat/estrategia-publica-govern-catalunya>
- Generelo, E., Julián, J., Soler, J. & Zaragoza, J. (2004). Condición física y Salud en la escuela. En Fraile, A. (coord.). *Didáctica de la Educación física. Una perspectiva crítica y transversal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez, M. (2011). Fomentem hàbits saludables a l'escola. En Essomba, M.A. (dir.). *Perspectiva Escolar 354. Educació física i salut*. Barcelona: Editorial Indigneu-vos! Pp. 37-44.
- González Arévalo, C. (2010). Repensar la Educación Física: oportunidad y compromiso. En Batalla, A. (coord., 2010). *Docencia, innovación e investigación en educación física*. Barcelona: INDE. pp. 204-210.
- González, C. & Ignació, J. (2003). Una visión catastrófica de la Educación Física: ¿Qué pasa en las aulas? *Revista Tándem Didáctica de la Educación Física*, 13, pp. 122-127.
- Grande, F. (1988). *Nutrición y salud*. Madrid: Grefol S. A.
- Grande, F. (1991). *Nutrición y salud*. Madrid: Ediciones temas de hoy.
- Guillet, B. (1971). *Historia del Deporte*. Vilassar de Mar, Barcelona: Oikos-tau.

- Harriet, G. (2010). *Concéntrate*. Madrid: Ediciones Planeta S.A.
- Heinemann, K. (2008). *Introducción a la metodología de la investigación empírica*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España S.A.U.
- Hernández, J.L. & Martínez, M.E. (2007). Estilo de vida y frecuencia de práctica de la población escolar. En Hernández, J.L. & Velázquez, R. *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: como son, como se ven, que saben y que opinan: un estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona: Editorial Graó. pp. 89-112.
- Hernández J.L. & López Rodríguez, A. (2007). Qué saben los escolares españoles. Conceptos claves en educación física y su evaluación. En *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan: un estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona: Editorial Graó. pp. 169-203.
- Hernández J.L. & López Crespo, C. (2007). Qué piensan los niños, niñas y adolescentes de la educación física y de sus profesores y profesoras. En *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan: un estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona: Editorial Graó. pp. 169-203.
- Hombrados, M. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Hunt, W. (1985). *Alcohol and biological membranes*. Nueva York: The Guilford Press.
- Instituto de Estadística de Cataluña (2012a). Nota de prensa. Recuperado de <http://www.idescat.cat/cat/idescat/serveis/premsa/NPidh2003.pdf>
- Instituto de Estadística de Cataluña. (2012b). *Esperança de vida*. Recuperado de <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=2&V1=1&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2010). *Nota técnica. Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009*. Recuperado de http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Nota_tecnica_EES09.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2011). *España en Cifras 2011*. Recuperado de <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/esp cif/esp cif11.pdf>
- Kent, M. (2003). *Diccionario Oxford de Medicina y Ciencias del deporte*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

- Kirk, D. (1990). *Educación física y curriculum: introducción crítica*. Valencia: Universitat de Valencia. Servei de Publicacions.
- Klein, G. (2010). Políticas y prácticas de la educación física en la Unión Europea. En Torralba (coord., 2010). *V congreso internacional y XXVI Nacional de Educación Física "Docencia, innovación e investigación en Educación Física"*. Barcelona. Editorial INDE.
- Khan, K., Thompson, A., Blair, S., Sallis, J., Powell, K., Bull, F. & Bauman, A.(2012). Sport and exercise as contributors to the health of nations. *The Lancet*. 380: 59-64. <http://www.hiphealth.ca/media/LancetPublishedJuly2012.pdf>
- Kohl, H., Craig, C., Lambert, E., Inoue, S., Alkandari, J., Leetongin, G. & Khalmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, Volume 380, pp. 294-305.
- Koba, S., Tanaka, H., Maruyama, C., Tada, N., Birou, S., Teramoto, T., & Sasaki, J. (2011). Physical Activity in the Japan Population: Association with blood lipids levels in effects in reducing cardiovascular and all-cause mortality. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 18, pp. 833-845.
- Kuhn, T. (2006). *La Estructura de las revoluciones científicas* (3era edición). México D.F; Fondo de Cultura Económica.
- Lally, P., Van Jaarsveld, C., Potts, H., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 999-1009. DOI: 10.1002/ejsp.674
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Limón, R. (2004). Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual. En Perea, R. *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. pp. 49-80.
- Lleixà, T. (2003). *Educación Física hoy. Realidad y cambio curricular*. Barcelona. Editorial Horson.
- Llopis, J.A. & Ballester, M.R. (2001). *Valores y actitudes en la Educación. Teorías y estrategias educativas*. Valencia: Tirant le Blanch.
- Ladero, J.M^a. & Lizasoain, I. (2009). Alcohol (I): farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 385-400.

- Ladero, J.M^a. & Martín del Moral, M. (2009). Cocaína (III). Complicaciones orgánicas y psiquiátricas del consumo de cocaína. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 223-238.
- Lizasoain, I; Lorenzo, P. & Ladero, J. M^a. (2009). Anfetaminas. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 239-250.
- Lorenzo, P. & Ladero, J.M. (2009). Dependencia tabáquica. Tabaco y nicotina. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 497-514.
- López Miñarro, P. (2002). *Mitos y falsas creencias en la práctica deportiva*. Barcelona: INDE.
- López, C., López, A. & Velázquez. (2007). Reflexiones y propuestas de actuación para el fomento de un estilo de vida activo y saludable desde las administraciones públicas y los agentes sociales. Pp. 303-331. En Hernández, J.L. & R. Velázquez. *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan*. Madrid: Graó.
- López Pastor, V. (coord.), Monjas, R., Gómez, J., López, E., Pastor, J., Martín, J., González, J., Barba, J., Aguilar, R., Gonzalez, M., Heras, C., Martín, M., Manrique, J.C., Subtil, P. & Marugán. L. (2006). La evaluación en Educación Física, Revisión de modelos tradicionales y planteamiento de una alternativa. La evaluación formativa y compartida. *Retos*, 10, pp. 31-41.
- Masana, Ll. (1996). *La alimentación mediterránea*. En Medina, X. (ed.), Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Marcos Becerro, J.F. (1989). *Salud y deporte para todos*. Madrid: EUDEMA.
- Martí, J.L. & Murcia, M. (1988). *Conceptos fundamentales de drogodependencias*. Barcelona: Editorial Herder.

- Martín del Moral, M. & Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* (tercera edición). Madrid, Editorial médica panamericana. pp. 1-25.
- Martín del Burgo, F., Gallardo, L. & Tomàs, J. (2002). *Guía de hábitos saludables para Mayores.* Barcelona: INDE.
- Martínez del Castillo, J. (2005). *Estudio sobre la actividad física de las mujeres del municipio de Madrid: hábitos, demandas y barreras.* Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Martínez Garroño, M. E. (2003). *La investigación de la cultura física de las civilizaciones antiguas: reflexiones y propuestas en una aproximación a la antigua civilización cretense.* Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd62/creta.htm>
- Mandell, R. (1986). *Historia cultural del deporte.* Barcelona: Edicions Bellaterra S.A.
- MEC. (1990). Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Boletín Oficial del Estado, 4 de octubre de 1990, núm. 238, pp. 28927- 28942.
- MEC. (1991a). Real Decreto 1345/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria. Boletín Oficial del Estado, 13 de septiembre de 1991, núm. 220, pp. 30228-30231.
- MEC. (1991b). Real Decreto 1006/1991, de 14 de junio, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 152, de 26 de junio de 1991, pp. 21191-21193.
- MEC. (1993). Temas transversales y desarrollo curricular. Ministerio de Educación y Ciencia.
- MEC. (2001). Real Decreto 3473/2000, de 29 de diciembre, por el que se modifica en Real Decreto 1007/1991, de 14 de junio, por el que se establecen las enseñanzas mínimas obligatorias correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. Boletín Oficial del Estado, 16 de junio 2001, núm. 14, pp. 1810 a 1858.
- MEC. (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). Boletín Oficial del Estado, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207.

- MEC. (2007). Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. Boletín Oficial del Estado, núm. 5, de 5 de enero de 2007, pp. 677-773.
- Megía, E. (2007). *Adolescents davant l'alcohol. La mirada de pares i mares*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Méndez, B. (2008). El papel del licenciado en educación física en la promoción del ejercicio físico. En Arufe, V., Domínguez, A., García & Lera, Á. *Ejercicio físico, salud y calidad de vida*. Sevilla: Editorial Wanceulen.
- Mendoza, R., Sagrera, M. & Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud: 1986-1990*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones científicas.
- Mendieta, S., Cervera, G. & Fernández, J.R. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Mestres, L. (1991). *Alimentació i salut, la cuina a les colònies i campaments*. Badalona: Edicions Pleniluni S.A.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1993). *Temas transversales y desarrollo curricular*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2007). *Informe de salud 2007, Cataluña*. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el plan nacional de Drogas. Secretaría General Técnica. (2000). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999*. Madrid: Imprenta nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Ministerio de Asuntos Sociales (1988). Carta Europea del Deporte para Todos: personas minusválidas. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General Técnica. (1993). *L.O.G.S.E.: ley orgánica de ordenación general del sistema educativo y normativa complementaria*. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado.

- Ministerio de Salud de Chile (2011) en la *Encuesta Nacional de Salud 2010*. Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/9ac1bf1ed8ee8922e04001011e013229.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Guía sobre drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006) (http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080403_DOC_AP_encuesta_nacional_salud_2006.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007b). *Campañas 2007. El alcohol te destroza por partida doble*. Recuperado de <http://www.msc.es/campañas/campanas07/alcoholmenores9.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010b). *Encuesta Estatal sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010, España*. Recuperado de http://www.msps.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Plan cuídate más*. Recuperado de <http://www.plancuidatemas.es/Plan-Cuidate-Mas.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). *Salud y prevención/ Salud y hábitos de vida. Estrategia 2: Salud y hábitos de vida*. Recuperado de <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/syp02.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/syp02.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. (2010). *Indicadores de salud 2009. Evolución del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>

- Ministerio de Seguridad, Política Social e Igualdad (2008). Programa Perseo. Programa para la promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar. Evaluación inicial. Recuperado de [http://www.perseo.aesan.msps.es/docs/docs/programa_perseo/Primera Evaluacion PERSEO.pdf](http://www.perseo.aesan.msps.es/docs/docs/programa_perseo/Primera_Evaluacion_PERSEO.pdf)
- Miranda, J. (1991). ¿Salut, forma física, estética, bienestar? ¿Què porta al usuari al gimnàs? *Apunts. Educació Física i esports*. 26, pp.61-70. Recuperado de http://articulos-apunts.edittec.com/26/ca/026_061-070_cat.pdf
- Monés, J. (2009). La higiene i medicina escolars. De Pere Felip Monlau a Lluís Sayé. En Moreu (coord.). *Pedagogía y Medicina*. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.
- Moreno, J.A., Sicilia, A. & Águila, C. (2000). Percepción de los futuros maestros especialistas en educación física sobre su carrera y su futuro profesional. *Habilidad Motriz: Revista de las ciencias de la actividad física y el deporte*, 16, pp. 15-27.
- Moreno, B. & Charro, A. (coords., 2007). *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Moreno, J., Hellín Gómez, P. & Hellín Rodríguez, M. (2006). El pensamiento del alumno sobre la Educación Física según la edad. *Apunts*, 85, pp. 28-35.
- Moreno Sigüenza, Y. (2004). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana*. Tesis doctoral. Universitat de Valencia.
- Moreno, A., González, M., Marcos, A., Jiménez, D., Sánchez, M., Gómez, S., Vicente, G., Díaz, L & Castillo, M. (2007). Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: El proyecto HELENA. *Selección*, 2007, 16 (1), pp. 13-17.
- Moreno, B; Monereo, S. & Álvarez, J. (2000). *Obesidad la epidemia del siglo XXI*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Moreno, A. & Álvarez, N. (2010). Creencias del profesorado universitario de educación física en relación a los conceptos de cuerpo y salud. *Estudios Pedagógicos XXXVI*, N°1, pp. 159-175.
- Moreu, A. (coord., 2009). *Pedagogía y Medicina*. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.

- Morgan, P. & Hansen, V. (2008). The relationship between PE biographies and PE teaching practices of classroom teachers. *Sport, Education and Society*. Vol. 13, Nº4, pp. 373-391.
- Moscoso, D. & Moyano, E. (coords., 2009). *Deporte, salud y calidad de vida*. Barcelona: Fudació La Caixa.
- Mosston, M. (1993). La enseñanza de la educación física. La reforma de los estilos de enseñanza. Barcelona: Editorial Hispano europea
- Molina, M. & Fortuny, M. (2003). *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Laertes.
- Monteagudo, M.J. & Puig, N. (edit. 2004) *Ocio y deporte: un análisis multidisciplinar*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Moreno, C., Mata, D. & Gómez, J. (1992). *Juegos y deportes tradicionales en España*. Madrid: Alianza Editorial.
- Moreno, B. & Charro, A. (2007). *Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad, estrategia NAOS*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, J.A., Sicilia, A. & Águila, C. (2000). Percepciones de los futuros maestros especialistas en Educación Física sobre su carrera y su futuro profesional. *Habilidad Motriz*, 15, pp. 15-27.
- Moreno Sigüenza, Y. (2004). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana* (tesis doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/10182>
- Moreno, A. & Álvarez, N. (2010). Creencias del profesorado universitario de educación física en relación a los conceptos de cuerpo y salud. *Estudios Pedagógicos XXXVI*, 1, pp. 159-175.
- Moro, M.Á. & Leza, J.C. (2009). Opioides I. Farmacología. Intoxicación aguda. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid, Editorial médica panamericana. pp. 107-127.
- Moscoso, D. & Moyano, E. (coords., 2009) *Esport, salut i qualitat de vida*. Colecció estudis socials nº 26. : Barcelona: Ediciones Fundació La Caixa.
- Morales, M. (2010). *Adolescencia y Deporte*. Sevilla: Editorial Mad.
- Molina. & Fortuny. (edit., 2003). *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Romanya/valls S.A.

- Navarro, M., Ladero, J.M^a., Martín del Moral, M. & Leza, J.C (2009). Cannabis (II). Dependencia. Complicaciones orgánicas y psiquiátricas. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (tercera edición). Madrid, Editorial médica panamericana. pp. 329- 358.
- Navarro, S., López, M., Gil, M., Kramer, M., Bueno, M.J., Alfaya, M. & Navarro, M. (2006). La etapa universitaria como factor de cambio de hábitos saludables. *Educare* 21, 24, pp. 1-6. Recuperado de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/24/aprendiendo2.pdf
- Observatorio Español sobre Drogas. (2012). *Informe 2012*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>
- OITF (2012a). *Estimando la asociación entre el sobrepeso y el riesgo de enfermedad*. Recuperado de <http://www.iaso.org/iotf/obesity/heathimpactobesity/>
- OITF (2012b). *Prevalencia de la Obesidad en el Mundo*. Recuperado de <http://www.iaso.org/iotf/obesity/?map=adults>
- OITF (2012c). *Estimando la asociación entre el sobrepeso y el riesgo de enfermedad*. Recuperado de <http://www.iaso.org/policy/healthimpactobesity/>
- OMS (1986). Carta de Ottawa. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- OMS (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención Primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1997). *Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001a). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud Publica Educ Salud*, 1, pp. 19-22
- OMS (2012d). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- OMS (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Departamento de salud mental. Generalitat Valenciana*. (p. 30). Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

- OMS (2008a). *Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-spanish.pdf>
- OMS (2008b). *Las enfermedades no transmisibles ya son las que más víctimas causan en el mundo*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/>
- OMS (2010). *Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2011a). *Nuevas orientaciones sobre actividad física podrían reducir el riesgo de los cánceres de mama y colon*. Nota para los medios de información emitida el 4 de febrero de 2011. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/es/
- OMS (2011b). *Alcohol*. Nota descriptiva N° 349. Febrero de 2011. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS (2011c). *Datos y Estadísticas. Factores de riesgo*. Recuperado de <http://www.who.int/research/es/>
- OMS (2011d). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva n° 311, marzo de 2011. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS (2012b). *¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?* Recuperado de http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
- Olmedo, M. (2010). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en los mayores de 65 años en un entorno multicultural en la ciudad de Ceuta* (tesis doctoral). Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, Universidad de Granada, Ceuta. Recuperado de www.tesisenred.org
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción*. (p. 5). Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
- Padilla, J.L., González, A. & Pérez, C. (1998). Elaboración del cuestionario. En Rojas, A; Fernández, J. & Pérez, C. (ed.) *Investigar mediante encuestas: aspectos teóricos y prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Palma, I. (2004). *Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres catalanas*. Barcelona. Universidad de Barcelona. Tesis doctoral. Recuperada de www.tdx.cat

- Palos, J. (2000). *Educación para el futuro: temas transversales del currículum*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pancorbo Sandoval, A. & E. Pancorbo Arencibia (2011). *Actividad Física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/actividad-fisica-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-la-enfermedad-cardiometabolica.pdf>
- Pantoja, A. (2012). Estudi sobre hàbits d'activitat física saludable en nens d'educació primària de Jaén capital. *Apunts. Educació física i Esports 2012*, 107; 13-23
- Pastor de Arozena, B. (2002) *¿Qué pasa en las aulas? Crónica de un desastre*. Barcelona: Planeta.
- Pastor Pradillo, J.L. (2005). *Educación física y currículum: historia de una asignatura a través de sus programas (1883-1978)*. Madrid: PAM.
- Pérez Samaniego, V. (1999). *El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: una investigación con estudiantes de Magisterio especialistas en Educación física* (tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- Pla de Activitat Física Esport i Salut. (2012). *Entrevista al Dr. Carles Vallbona*. Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://www.pafes.cat/>
- Pallarés, J., Díaz, A. & Martínez, M. (2007). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil de Catalunya: metodologia i informe evolutiu 1999-2005*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Párraga, J. & Zagalaz, M. (coords. 2000). El entrenamiento deportivo: análisis conceptual y ámbitos de aplicación. En Párraga, J. & Zagalaz, M. *Reflexiones sobre la Educación física y el deporte en la edad escolar*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Pérez Ramírez, C. (1993). *Evolución histórica de la Educación física*. *Apunts*, 33, 24-38.
- Pérez Samaniego, V. (1999). *Actividad física, salud y actitudes: propuesta y evaluación de un programa para la intervención del profesorado especialista en educación física*. Tesis doctoral: Universidad de Valencia.
- Pérez, I. & Delgado, M. (2004). *La salud en la secundaria desde la Educación Física*. Barcelona: INDE.
- Physical Guidelines for Americans. (2008). Department of Health and Human Services.

- Plasencia, A. & Bolívar, I. (1989). *Activitat física i salut*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Pujadas, X. (2008). Els orígens de l'esport a la Catalunya contemporània: entre la modernització del lleure i la masificació (1870-1936). En Santacana, C. *L'esport a Catalunya*. Barcelona: Fundació Lluís Carulla. pp. 14-27.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2008). *Manual de investigación en ciencias sociales*. (Versión en español). México D.F: Limusa.
- Ramos Gordillo, A. (2003). *Actividad física e higiene para la salud*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Servicio de Publicaciones.
- Ramos, J.A. & Fernández, J. (2009). Posible utilidad terapéutica de los derivados del cannabis. En Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C. & Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Tercera edición). Madrid, Editorial médica panamericana, pp. 345-358.
- Raposo, A. (2010). Deporte y salud en la adolescencia. En Morales, A. (coord.) *Adolescencia y deporte. Propuestas para un ocio saludable*. Editorial MAD, S.L.: Alcalá de Guadaíra (Sevilla).
- REEPS (2001). *Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud (The European Network of Health Promoting Schools)*. Salud Pública, Educación Salud. 2001; 1(1): pp. 23-27. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/REEPS-01-1.pdf>
- Rigolfas, R. (2010). *Educar en l'alimentació i la nutrició*. Barcelona: Tibidabo.
- Riba, M. (2002). *Estudio de los hábitos alimentarios en la población universitaria y sus condicionantes*. Tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/5632;jsessionid=C21267A0A03C4BF5869362A220B718F4.tdx1>
- Roca, J. (2006). *Automotivación*. Barcelona: Paidotribo.
- Rodríguez Abreu, M. (2010). *El origen del deporte contemporáneo en los países centrales y su legado en la evolución de la Educación Física*. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd147/el-origen-del-deporte-contemporaneo-en-los-paises-centrales.htm>
- Rodríguez García, P. (2006). *Educación física y salud en primaria*. Barcelona: INDE.
- Rodríguez López, J. (2003). *Historia del deporte*. Segunda edición. Barcelona: INDE.

- Rodríguez Rico, J. (coord., 2002). *Desarrollo curricular de Educación Física. Primer ciclo de educación secundaria obligatoria*. Barcelona: Praxis. (796.4(072)DES
- Rousseau, J. J. (2011). *Emilio o De la Educación*. Tercera Edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Rubio, M.A. & Soler, J. (2007). Determinantes sanitarios de la obesidad: prevención diagnóstico y tratamiento (pp. 113-122) En *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Moreno, B. & Charro, A. (coords.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ruiz, L. (2006). Pensamiento docente sobre los procesos de enseñanza en la Educación Física. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. Vol. 2, pp. 79-99.
- Salvador, J.L. (2004). *El deporte en occidente. Historia, cultura y política*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Sánchez Bañuelos, F. (2004). *La actividad física orientada a la salud*. Segunda edición. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Sánchez-Turet, M. (1999). *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona: Expaxs S.A.
- Sánchez, M., Ramos, G. & Marcet, C. (1994). *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Murcia: Secretariado de publicaciones.
- Sanchís, M. & Martín, E. (1997). *Alcohol y Drogas, depende de todos*. Generalitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Benestar Social.
- Santacana, C. (2004). *La Mancomunitat de Catalunya y la política esportiva*. Consell Català de l'Esport: Esplugues del Llobregat.
- Santacana, C. (2008). *L'esport a Catalunya. Nadala 2008. Any XLII*. Barcelona:
- Sebastiani, E. & Sánchez, J. (2011). Educació Física vs obesitat i sedentarisme. Qüestió de prioritats i de responsabilitats. En *Perspectiva Escolar 354. Educació física i salut*. Barcelona: Editorial Indigneu-vos!
- Secretaria General de l'Esport. (1995). *Enquesta sobre la pràctica d'activitats físico-esportives a Catalunya*. Esplugues del Llobregat: Generalitat de Catalunya.
- Secretaria General de l'Esport. Generalitat de Catalunya. (2009). *Hàbits esportius a Catalunya*. Recuperado de <http://www.observatoridelesport.cat/pdf/habits09.pdf>

- Serra, J. (2008). *Factores que influyen la práctica de actividad física en la población adolescente de la provincia de Huesca*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. Recuperado de www.tesisenred.net
- Serra, R. & Guillaumet, E. (2004). Prescripción de ejercicio físico en pacientes con cardiopatía coronaria. En Serra, R. & Begur, C. *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Sicilia, A., Águila, C., Orta, A. & Muyor, J. (2008). *Perfil del usuario de centros deportivos. Análisis de los complejos municipales distrito 6 y Rafael Florido en Almería*. Almería: Universidad de Almería.
- Sierra, J.C., Jiménez, C. & Martín, J.D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25, pp. 35-43.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Tercera edición. Madrid: Paraninfo.
- Solana, A. (2010). La Práctica deportiva de los adolescentes. Causas del abandono ¿Qué aleja a los jóvenes del deporte? En Morales, M. (coord.). *Adolescencia y deporte. Propuestas para un ocio saludable*. Sevilla: Editorial MAD.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (2012) *¿Cómo obtenemos energía?* Recuperado de <http://www.seedo.es/Obesidadysalud/Consejosdenutrici%C3%B3n/tabid/135/Default.aspx#clasificacion>
- Sonmezer, H., Cetinkaya, F. & Nacar, M. (2012). Healthy Life-Style Promoting Behaviour in turkish woman aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1241-1245.
- Stockley, D. (1999). *Drogas. Guía ilustrada*. Bilbao: Edex.
- Suárez, M. (2005). *El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes.

- Subirats Bayego, E; Subirats Vila, G. & Soteras, I. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 138(1), pp. 18-24. Recuperado de http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&cid=277687&user=145085&pii=S0025775311000947&check=y&origin=article&zone=toobar&coverDate=21-Jan-2012&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVIS-zSkWz&md5=207a8e2c09a4bc22e94832683102876a/1-s2.0-S0025775311000947-main.pdf
- Tirado, M. A. (2011). *El cos en la diana*. En Essomba, M.A. (dir.). *Perspectiva Escolar* 354. Educació física i salut. Barcelona. Editorial Indigneu-vos!
- Toffler, A. (1984). *La tercera ola*. Esplugues del Llobregat: Plaza & Janés, 1984, 2da edición.
- Tojo, R. & Leis, R. (2007). La obesidad en la infancia y adolescencia. En *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Moreno, B. & Charro, A. (coords.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Tomás, LI. (2004). La evolución de los programas de ejercicio físico en el ámbito de la salud. En Serra, R. & Bagur, C. *Prescripción del ejercicio físico para la salud*. (pp. 9-25). Barcelona. Editorial Paidotribo.
- Torrebadella, X. (2000). *L'esport català durant la Segona República: el Comissariat d'Educació Física i Esports de la Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Centre Telàmatic Editorial.
- Torres, E., Cárdenas, D. & García, E. (2001). Las percepciones que se derivan de las experiencias recibidas en las clases de Educación Física y su repercusión en los hábitos deportivos en el alumnado de Bachillerato. *Motricidad European Journal of Human Movement*, 7, pp. 95-112. <http://www.revistamotricidad.es/openjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=67&path%5B%5D=143>
- Torres, B. (2008). *Conocimientos, pensamientos, creencias, y teorías implícitas del profesorado de educación física, de las aportaciones didácticas de la obra del pedagogo Francisco Amorós al desarrollo de la Educación Física moderna*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Trigo, E. (2005). *Juegos motores y creatividad*. Barcelona: Paidotribo.

- UNESCO (1978). *Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte*. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Ureña, F. (coord., 1997). *La Educación Física en secundaria: elaboración de materiales curriculares*. Barcelona: INDE.
- Usó, L. (2007). *Creencias de los profesores de E/LE sobre la enseñanza aprendizaje de la pronunciación*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Recuperada en www.tesisenred.net
- Van Praagh, E. (2002). Deporte y sedentarismo en el adulto. En Manidi, M.J. & Dafflon-Arvanitou (coords.). *Actividad física y salud. Aportaciones de las ciencias humanas y sociales. Educación para la Salud a través de la actividad física*. Barcelona: Masson.
- Van Praagh, E (coord.) & Duché, P. (2002). El niño y el adolescente. En Manidi, M.J. & Dafflon-Arvanitou (coords.). *Actividad física y salud. Aportaciones de las ciencias humanas y sociales. Educación para la Salud a través de la actividad física*. Barcelona: Masson.
- Valenzuela, L. (2008). *Factores de riesgo de la salud en los estudiantes de pedagogía en Universidades chilenas* (tesis doctoral). Universidad de Playa Ancha y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/3539/1/tesis_factores_riesgo.pdf
- Velázquez, R., Hernández, J.L., Alonso, D. & Castejón F.J. (2007). Reflexiones y propuestas de actuación para el fomento de un estilo de vida activo y saludable desde el estamento del profesorado de Educación Física. En Hernández, J.L. & Velázquez, R. (coords.) *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan. Estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona: Graó.
- Vera, J. (2001). *Enseñanzas mínimas de ESO y Bachillerato: Marco Regulador actual*. Barcelona: Cisspraxis.
- Vilanou, C. (2008). L'esport en la pedagogia catalana. En Santacana, C. *L'esport a Catalunya*. Barcelona: Fundació Lluís Carulla. Pp. 60-83.
- Vilches, G. (2007). *Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de tercer ciclo de educación primaria de la comarca granadina de los montes orientales y la influencia de la educación física sobre ellos* (tesis doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de www.tesisenred.net

- Von Bothmer, M. & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Health Sciences* 7; 107-118.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x/pdf>
- Von Wernitz, A. (1989). *Alcohol=droga nº1*. Madrid: Bitacora.
- Vuori, I., Fentem, P., Svoboda, B., Patriksson, G., Andreff, W. & Weber, W. (1995). *La función del deporte en la sociedad. Salud, socialización, economía*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Wärnberg, J., Ruiz, J.R., Ortega F.B., Romeo, J., González-Gross, M., Moreno, L.A., García-Fuentes, M., Gómez, S., Nova, E., Díaz, L. E., Marcos, A. & Grupo AVENA. (2006). *Estudio AVENA (Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006*. pp. 50-55.
http://www.estudioavena.es/downloads/Publicaciones/WarnbergJ_2006PediatrInt.pdf
- Weineck, J. (2000). *Salud, ejercicio y deporte*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Wayne, W. & Schaller, W. (1977). *Alcohol, tobacco and drugs, their use and abuse*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Zagalaz, M. (2001). *Bases teóricas de la Educación física y el deporte*. Jaén: Servicio de publicaciones de la Universidad de Jaén.
- Zambrana, J.M. (1985). *Deporte para todos...los adultos*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Zaragoza, A. & Puig, N. (1990). *Ocio, esport i societat*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias S.A.
- Zaragoza, J. (1990). *Una vida larga y sana*. Barcelona: Editorial Planeta.

INDICE DE ILUSTRACIONES

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Determinantes de la salud humana.....	18
Gráfico 2. Evolución de los índices de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en mayores de 15 años entre 1992 y 2006	89
Gráfico 3. Representación que tiene el alumnado de la clase de EF	166
Gráfico 4. Representación que tiene el alumnado de su profesorado de EF.....	167
Gráfico 5. Representación que tiene el alumnado de las clases de EF.....	168
Gráfico 6. Práctica de actividad física.....	193
Gráfico 7. Frecuencia de práctica de actividad física	193
Gráfico 8. Duración de la práctica	194
Gráfico 9. Horas de sueño nocturno.....	197
Gráfico 10. Consumo de tabaco	198
Gráfico 11. Momentos del consumo de alcohol de los hombres.....	199
Gráfico 12. Momentos de consumo de alcohol de las mujeres	200
Gráfico 13. Capacidad para diseñar un programa personal de ejercicios para la salud	201
Gráfico 14. Nivel de influencia de la EF en los hábitos de práctica de AF	204
Gráfico 15. Nivel de influencia de la EF en las ideas sobre la AF.....	205
Gráfico 16. Nivel de influencia de la EF en los hábitos alimenticios	205
Gráfico 17. Nivel de influencia de la EF en los hábitos de descanso	206
Gráfico 18. Nivel de influencia de la EF en el consumo de alcohol y tabaco.....	206
Gráfico 19. Nivel de influencia general de formación de hábitos saludables a través de la EF	207
Gráfico 20. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF en los hábitos de práctica de actividad física.....	209
Gráfico 21. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF sobre las ideas sobre AF saludable	210
Gráfico 22. Correlación entre la influencia de la EF sobre la práctica de AF y la influencia de la EF en las ideas sobre la AF saludable.....	211
Gráfico 23. Correlación entre la práctica de AF y la influencia de la EF en la formación de hábitos saludables	211
Gráfico 24. Nivel de importancia otorgado a la dimensión salud en EF	213

Gráfico 25. Contenidos más característicos de las clases de EF en la ESO.....	213
Gráfico 26. Estilos de enseñanza más adecuados para la EFpS	215
Gráfico 27. Recursos didácticos más apropiados para la EFpS.....	216
Gráfico 28. Objetivos más importantes para la EFpS.....	217

Índice de Tablas

Tabla 1. Evolución de la actividad física orientada a la salud	34
Tabla 2. Beneficios y riesgos de la actividad física	41
Tabla 3. Tipo de actividad física desarrollado en el trabajo.....	46
Tabla 4. Expresiones que mejor definen lo que es deporte	46
Tabla 5. Definiciones del deporte, en primer y segundo lugar	47
Tabla 6. Evolución de los intereses de la población por el deporte, 1980-2010	47
Tabla 7. Evolución de la práctica deportiva de los españoles, 1975-2010.....	48
Tabla 8. Frecuencia con la que se practica deporte, 1985-1995	49
Tabla 9. Motivos por los que nunca ha hecho deporte, 1980-2010	50
Tabla 10. Motivos por los que hace deporte la población, 1980-2010	51
Tabla 11. Nivel de práctica deportiva en Cataluña	54
Tabla 12. Frecuencia de práctica deportiva en Cataluña	54
Tabla 13. Principales limitantes de la práctica deportiva en Cataluña	55
Tabla 14. Motivos por los que hace deporte la población	56
Tabla 15. Estado de salud percibida de la población de 15 a 65 años según el grupo de edad en Cataluña, 2002 y 2006	57
Tabla 16. Causas principales de muerte y factores de riesgo asociados en EE.UU. 78	
Tabla 17. Contribución de recursos de salud en la reducción de la mortalidad	79
Tabla 18. Estimación de pérdidas de ingresos nacionales prevista atribuible a las cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares y diabetes en una muestra de países, 2005-2015 (miles de millones de dólares constantes internacionales de 1998).....	79
Tabla 19. Causas principales de muertes en España en 1990	81
Tabla 20. Clasificación del peso y la obesidad según el IMC en adultos.....	94
Tabla 21. Número de Unidades Estándar por tipo y volumen de bebida	104
Tabla 22. Tipos de consumidores según la OMS.....	104

Tabla 23. Contenidos de la Educación Física orientada a la salud.....	137
Tabla 24. Representación cronológica de las variables consideradas para la investigación.....	170
Tabla 25. Esquema general de las dimensiones, variables e indicadores de la investigación.....	174
Tabla 26. Selección de la muestra invitada.....	178
Tabla 27. Áreas de contenido de las variables del cuestionario	182
Tabla 28. Libro de códigos para el programa SPSS v. 19.....	187
Tabla 29. Consumo de alimentos más saludables.....	196
Tabla 30. Consumo de alimentos menos saludables.....	196
Tabla 31. Resumen del nivel de influencia de la EF en la adquisición de hábitos saludables.....	207

Índice de Figuras

Figura 1. Factores determinantes de los estilos de vida.....	22
Figura 2. Relaciones entre actividad física, ejercicio y deporte	35
Figura 3. Pirámide de alimentación saludable	69
Figura 4. Dinámica de la sociedad de consumo	76
Figura 5. "Círculo vicioso" de las relaciones entre el estilo de vida sedentario y sus efectos sobre la salud.....	90
Figura 6. Relaciones entre la educación, escuela y EFpS	121
Figura 7. Relación entre la actitud y el hábito.....	147
Figura 8. Componentes básicos y definitorios de las actitudes	149
Figura 9. Relaciones entre la motivación y la acción.....	150
Figura 10. Secuencia lógica hacia la autonomía	158
Figura 11. Modelo de relaciones entre la dimensión psicológica de la EF con los futuros hábitos deportivos.....	164
Figura 12. Diseño del plan para la obtención de datos cuantitativos.....	184

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de validación del cuestionario

Barcelona, diciembre de 2011



Distinguidos colegas:

Nos dirigimos a vosotros para solicitar vuestra colaboración en la validación de dos cuestionarios: uno relativo a los conocimientos sobre la actividad física relacionada con la salud, y otro, a los hábitos de actividad física y estilo de vida que desarrolla el alumnado de Educación Primaria y Educación Infantil de la Universidad de Barcelona. Estos cuestionarios están confeccionados con miras al trabajo de campo de una tesis doctoral.

Os enviamos los instrumentos para tal efecto, los cuales se elaboraron de acuerdo a las adaptaciones de cuestionarios aplicados por otros autores: el primero, de Cano, Ureña, Canteras y Ruiz (2010) y Pérez y Delgado (2004), y el segundo, de Castillo y Sáenz-López (2008) y Casimiro Andújar (1999).

Agradecemos mucho su colaboración, teniendo en cuenta que vuestras opiniones serán de gran valor en este trabajo para validar o rectificar nuestra propuesta.

Francesc Buscà Donet.

Vice decano de la Facultad de Formación del Profesorado

Universidad de Barcelona.

**INSTRUMENTO A EXPERTOS PARA SOMETER A SU CRITERIO LA
ADAPTACION DE LOS CUESTIONARIOS DE CONOCIMIENTO Y HABITOS DE
ACTIVIDAD FISICA Y DE VIDA.**

Estimado (a) Profesor (a):

El presente instrumento forma parte de una consulta sobre la aplicación de la técnica de cuestionario al alumnado de Educación Primaria e Infantil de la Universidad de Barcelona. A continuación se analizarán las dos propuestas que forman parte del estudio:

- Cuestionario 1: “Cuestionario para valorar los conocimientos del alumnado universitario en materia de condición física y salud” (CCUCFyS).
- Cuestionario 2: “Cuestionario para valorar los hábitos de actividad física y estilo de vida del alumnado universitario”. (CHAFEVU)

De acuerdo a Sierra Bravo (1999) el uso de instrumentos disponibles, diseñados para objetivos similares, es una alternativa eficiente y eficaz a la hora de realizar una medición considerando siempre la autoría de los mismos. Por esto, el CCUCFyS se trata de una adaptación del *Cuestionario para valorar el Conocimiento de los alumnos de segundo ciclo de secundaria en materia de Condición Física y Salud (CCCFyS)* extraído de Cano, Ureña, Canteras y Ruiz (2010) y, un cuestionario para medir las creencias y conocimientos del alumnado de ESO, diseñado por Pérez y Delgado (2004). El marco de referencia de este instrumento lo constituyen los contenidos de salud de la Unidad “Condición Física y Salud” de las Enseñanzas Mínimas de la LOGSE, específicamente los del Real Decreto 3473/2000. Por su parte, el CHAFEVU, se trata de una adaptación de dos cuestionarios diseñados para medir los hábitos de actividad física y estilo de vida del alumnado universitario. Uno, dirigido al mismo nivel de estudiantes, extraído de Castillo y Sáenz-López (2008) y, otro de igual objetivo, pero orientado a escolares de la ESO, diseñado por Casimiro Andújar (1999). El marco de referencia corresponde a la práctica de actividad física y hábitos de vida que constituyen interés para este estudio: consumo de tabaco, alcohol, sustancias ilícitas y alimentación. Cabe señalar, que todos los instrumentos de referencia se encuentran previamente validados.

Con estos fines, solicitamos afectuosamente su colaboración a través de la validación de estos cuestionarios.

Desde ya, Muchas Gracias.

1. Datos personales:

Nombre y apellidos	Experto 2
Puesto de trabajo actual	Universidad de Newcastle. Inglaterra.
Calificación profesional	Doctor

Categoría docente:

<input type="checkbox"/>	Catedrático/a de universidad	Contratado/a doctor/a
<input type="checkbox"/>	Titular de universidad	Ayudante doctor/a
<input type="checkbox"/>	Catedrático/a de escuela universitaria	Ayudante
<input checked="" type="checkbox"/>	Asociado/a	Colaborador/a
<input type="checkbox"/>	Contratado interino	Otros

Años de experiencia en la profesión: 4

2. Marque con una cruz (x) en las casillas que le corresponda al grado de conocimientos que usted posee acerca del tema de investigación que desarrollamos, valorándolo en una escala de 0 a 10 (considerando 0 como no tener absolutamente ningún conocimiento y 10 el de pleno conocimiento de la problemática tratada en este documento)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								x		

3. Autovalore el grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación ha tenido conocimiento y criterios sobre el tema de la presente investigación.

FUENTES DE ARGUMENTACIÓN	Grado de influencia de cada fuente		
	ALTO	MEDIO	BAJO
Análisis teóricos realizados por usted	x		
Su experiencia obtenida de su actividad práctica	x		
Estudio de trabajos sobre el tema de autores españoles			x
Estudio de trabajos sobre el tema de autores extranjeros	x		
Su propio conocimiento acerca del estado del problema en el extranjero		x	
Su intuición sobre el tema abordado			x

4. A continuación, le pedimos su opinión respecto a si está usted de acuerdo con los ítems que conforman la adaptación propuesta del *Cuestionario para valorar los conocimientos del alumnado universitario en materia de condición física y salud (CCUCFyS)* y el *Cuestionario para valorar los hábitos de actividad física y estilo de vida del alumnado universitario. (CHAFEVU)* que se presentan a continuación. Tenga en cuenta que estos cuestionarios son instrumentos diseñados para conocer y analizar los conocimientos que manejan los sujetos respecto de la actividad física relacionada con la salud, y, los hábitos de actividad física y de vida del alumnado universitario. Para ello sólo deberá marcar con una cruz (X) en la columna que mejor representa su opinión para cada uno de los ítems:

1: No adecuado

2: Poco adecuado

3: Adecuado

4: Bastante adecuado

5: Muy adecuado

Finalmente, luego de cada elección, existe un espacio destinado a las posibles observaciones para mejorar la pregunta, si así estima conveniente.

Questionario 1: "Questionario para valorar los conocimientos del alumnado universitario en materia de condición física y salud" (CCUCFyS).

Ítems de cuestionario	5	4	3	2	1
1. Edad: _____	x				
Observaciones:					
2. Sexo: H___ M___	x				
Observaciones:					
<p>3. ¿Toda actividad física es beneficiosa?:</p> <p>a) No. Habrá que tener en cuenta una serie de factores como por ej. La intensidad para que su práctica sea recomendada.</p> <p>b) Sí, puesto que el simple hecho de moverse actúa positivamente sobre nuestro organismo.</p> <p>c) Sí, siempre que la realices regularmente.</p> <p>d) Solamente en aquellos casos en los que hayas realizado un calentamiento adecuado.</p>			x		
Observaciones:					
<p>4. Algunas de las características de un correcto calentamiento son :</p> <p>a) Que te eleve la temperatura corporal hasta 39 °C para rendir de modo mejor en la actividad que posteriormente vayas a realizar.</p> <p>b) Que se realice al menos al 70% de tu frecuencia cardiaca máxima y acabe siempre con estiramientos.</p> <p>c) Que sea progresivo y no te provoque fatiga.</p> <p>d) Que incluya algún juego con balón para mejorar la coordinación y habilidad.</p>			x		

Observaciones: Hay conceptos técnicos que se incluyen en esta pregunta que podrían ser evaluados, y ver si la respuesta dada esta en base al conocimiento de estos conceptos o si la respuesta fue dada al azar.

<p>5. El calentamiento general consta de las siguientes partes:</p> <p>a) Movilidad articular, Fase de recuperación y Estiramientos.</p> <p>b) Estiramientos y Fase de activación.</p> <p>c) Movilidad articular, Fase de activación y Estiramientos.</p> <p>d) Estiramientos y Fase de recuperación.</p>			x		
--	--	--	---	--	--

Observaciones:

<p>6. Te dispones a correr 5 kilómetros. Con el fin de prepararte adecuadamente y teniendo en cuenta que ya te encuentras en la última fase del calentamiento general, ¿qué ejercicios debes realizar a continuación?</p> <p>a) Estiramientos de Cuádriceps, Gemelos, Isquiosurales y Abductores principalmente.</p> <p>b) Realizar varios "sprints" a máxima velocidad antes de comenzar.</p> <p>c) Realizar ejercicios de movilidad articular para las extremidades inferiores.</p> <p>d) Todas las respuestas son falsas.</p>		x			
---	--	---	--	--	--

Observaciones:

<p>7. El mejor método para contrarrestar las "agujetas" es:</p> <p>a) Calentar bien antes de empezar a hacer ejercicio.</p> <p>b) Terminar siempre tu actividad con ejercicios suaves de fuerza.</p> <p>c) Tomar agua con azúcar.</p> <p>d) Evitar contracciones excéntricas e intensas.</p>		x			
---	--	---	--	--	--

Observaciones:




<p>8. La Condición Física es aquella que:</p> <p>a) Nos permite resistir mejor un ejercicio.</p> <p>b) Es una aptitud diferente en cada persona.</p> <p>c) No puede mejorarse considerablemente.</p> <p>d) Sólo a y b son correctas.</p>		x			
Observaciones:					
<p>9. ¿Cuáles son los componentes físicos que favorecen la salud?:</p> <p>a) La resistencia aeróbica, la anaeróbica y la fuerza.</p> <p>b) La resistencia cardiorespiratoria, la fuerza, la resistencia muscular y la flexibilidad.</p> <p>c) La resistencia aeróbica, la fuerza resistencia, la coordinación y la velocidad.</p> <p>d) La fuerza, la resistencia, la velocidad y la flexibilidad.</p>		x			
Observaciones:					
<p>10. Para el trabajo de la resistencia aeróbica se debe trabajar a intensidades en torno a:</p> <p>a) 10-30% frecuencia cardiaca máxima.</p> <p>b) 20-50% frecuencia cardiaca máxima.</p> <p>c) 50-90% frecuencia cardiaca máxima.</p> <p>d) Superior al 90% frecuencia cardiaca máxima.</p>		x			
Observaciones:					

<p>11. Señala la afirmación <u>incorrecta</u>:</p> <p>a) En la resistencia aeróbica el ejercicio aportado es suficiente para producir la energía necesaria.</p> <p>b) La resistencia anaeróbica láctica sería todo el ejercicio de corta duración, entre 5 y 15 segundos.</p> <p>c) Un ejemplo de resistencia aeróbica sería montar en bici o nadar.</p> <p>d) En la resistencia anaeróbica láctica las pulsaciones estarían alrededor de las 140-160 p/m.</p>		x			
Observaciones:					
<p>12. Saber las pulsaciones durante tu actividad física se utiliza para:</p> <p>a) Conocer cuántas pulsaciones te quedan aún hasta que debas parar por la exigencia de la actividad que estas realizando.</p> <p>b) Regular la intensidad de tu actividad.</p> <p>c) Diagnosticar con exactitud problemas cardiacos.</p> <p>d) Detectar sin error el momento en el que el ejercicio que llevas a cabo pasa de ser aeróbico a anaeróbico.</p>		x			
Observaciones:					
<p>13. La intensidad a la que debes realizar actividad física para obtener los mejores resultados es:</p> <p>a) La que eleve poco tus pulsaciones.</p> <p>b) La que está por encima de tu condición física.</p> <p>c) La situada entre el 60 y 80% de tu frecuencia cardiaca máxima teórica.</p> <p>d) La que resulta de restarle a 220 tu edad.</p>		x			
Observaciones: conceptos técnicos que son introducidos por primera vez como frecuencia cardiaca máxima teórica, creo que esta pregunta debería ir posterior a la siguiente.					

<p>14. La frecuencia cardiaca máxima teórica para un niño de 14 años a la hora de realizar deporte sería:</p> <p>a) 186 p/m.</p> <p>b) 197 p/m.</p> <p>c) 206 p/m.</p> <p>d) 172 p/m.</p>		x			
Observaciones:					
<p>15. La Flexibilidad se debería trabajar:</p> <p>a) 1-3 días a la semana.</p> <p>b) 2-4 días a la semana.</p> <p>c) 4 días a la semana.</p> <p>d) 5-7 días a la semana.</p>		x			
<p>16. ¿Durante cuánto tiempo se debe mantener la posición de un estiramiento para que éste sea adecuado?</p> <p>a) 5 segundos.</p> <p>b) 5-8 segundos.</p> <p>c) 8-12 segundos.</p> <p>d) 12-30 segundos.</p>		x			
Observaciones:					

<p>17. En el trabajo de fuerza, orientado a la salud personal, lo adecuado es realizar:</p> <p>a) 5-8 repeticiones/serie.</p> <p>b) 8-12 repeticiones/serie.</p> <p>c) 12-15 repeticiones/serie.</p> <p>d) 15-20 repeticiones/serie.</p>		x			
Observaciones:					
<p>18. Si yo decidiera iniciarme en el desarrollo de la fuerza muscular orientada a la salud, que tipos de fuerza debería trabajar:</p> <p>a) Fuerza resistencia, fuerza máxima.</p> <p>b) Fuerza muscular y resistencia muscular.</p> <p>c) Fuerza estática y fuerza dinámica.</p> <p>d) Fuerza concéntrica, excéntrica.</p>		x			
Observaciones:					
<p>19. Siempre que se me proponga trabajar la fuerza resistencia lo haré:</p> <p>a) Con pesos entre el 85-100%, y de 2 a 4 series.</p> <p>b) Con 4 a 8 repeticiones por serie, y descansando entre 3 y 5 minutos.</p> <p>c) Con cargas alrededor del 40%, y una pausa de recuperación entre 30" - 1'.</p> <p>d) Con ejercicios de larga duración, a partir de 3 minutos.</p>		x			
Observaciones:					

<p>20. A la hora de desarrollar la fuerza orientada a la salud podemos hacer uso de múltiples medios, como por ejemplo:</p> <p>a) Multisaltos.</p> <p>b) Ejercicios de autocargas y por parejas.</p> <p>c) Trabajos con peso por encima del 80%.</p> <p>d) Carreras cortas a máxima velocidad.</p>		x			
Observaciones:					
<p>21. ¿Qué ejercicios puedes realizar para mejorar tu fuerza y resistencia muscular?</p> <p>a) Los ejercicios que producen contracciones dinámicas en el músculo con poca resistencia y muchas repeticiones.</p> <p>b) Aquellos en los que se realiza contracciones concéntricas e isométricas.</p> <p>c) Los que provocan una contracción concéntrica, excéntrica o isométrica.</p> <p>d) Ejercicios con multisaltos.</p>		x			
Observaciones:					
<p>22. ¿De qué modo sería más indicado llevar una mochila?:</p> <p>a) Sobre el hombro de la mano dominante, pues posee mayor fuerza.</p> <p>b) Cogida con una mano.</p> <p>c) con un carrito porta-mochilas.</p> <p>d) sobre los dos hombros.</p>		x			
Observaciones: pero creo que se orienta más a estilos de vida saludable que a condición física salud					

<p>23. ¿La postura correcta que se debe adquirir cuando estamos sentados realizando tareas, estudiando, comiendo y de más similares es?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>a)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>b)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>c)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>d) Todas son incorrectas.</p> </div> </div>	x				
--	---	--	--	--	--

Observaciones: pero creo que se orienta más a estilos de vida saludable que a condición física y salud

Observaciones generales del cuestionario:

Se plantea al principio de este documento que el cuestionario será aplicado a alumnos de Educación Primaria e Infantil de la Universidad de Barcelona. El cuestionario está enfocado a condición física y salud. No obstante, las preguntas realizadas utilizan términos técnicos del área de la educación física y el entrenamiento, que podrían resultar ser altamente técnicos para la población a la que se le desea aplicar el cuestionario. Creo que el cuestionario se orienta más a estructura y diseño de una sesión de actividad física que a condición física y salud. Las preguntas están correctas, pero creo que orientadas a una población con mayor conocimiento de entrenamiento.

Se debería preguntar cosas básicas o conceptos antes de integrarlos en las preguntas, ya que algunos de ellos son altamente técnicos,

Cuestionario 2: "Cuestionario para valorar los hábitos de actividad física y estilo de vida del alumnado universitario". (CHAFEVU)

Ítems de cuestionario	5	4	3	2	1
1. ¿Practicas o has practicado actividad física? a) Si, practico actualmente b) No, pero practicaba antes (pasa a la pregunta 5) c) No, (pasa a la pregunta 5)		x			
Observaciones: o el concepto de actividad física podría ser introducido como pregunta en el cuestionario anterior, para ver si están asociados al concepto de una manera correcta.					
2. ¿Podrías decir que actividad/es físico-deportivas practicas fuera del horario de clases? ¿Con que frecuencia?			x		

	3 o más veces por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencia	Sólo en vacaciones
Aerobic, gimnasia rítmica				
Atletismo				
Baloncesto				
Balonmano				
Bolos, petanca				
Carrera a pie (jogging, footing)				
Ciclismo				
Danza				
Esquí				
Expresión corporal/ Gim jazz				

Fútbol				
Fútbol sala				
Gimnasia de mantenimiento				
Golf				
Hockey				
Judo o artes marciales				
Montañismo, senderismo				
Musculación				
Natación				
Pelota (fronton)				
Pesca				
Piraguismo-remo				
Rugby				
Tenis				
Tenis de mesa				
Tiro y caza				
Vela (navegación)				
Voleibol				
Otra ¿Cual?				

Observaciones: creo que no es necesario dar una lista de actividades, sino más bien indicar la frecuencia con la que se practica y duración. Porque pescar por 1 horas es completamente diferente a nadar 1 hora.

Ítems de cuestionario	5	4	3	2	1
3. ¿Qué tipo de actividad física practicas? a) Deporte federado (a través de una institución o club federado) ej. Fútbol, atletismo b) Deporte no federado (a través de asociaciones o instituciones no federadas) ej. Competiciones universitarias c) Actividad física reglada(a través de instituciones que la organizan) ej. Aerobic, mantenimiento d) Actividad física libre (la realizo por mi cuenta) salir a correr, nadar, pasear en bici. e) Otra ¿Cuál?					
Observaciones:					
4. ¿Calientas antes de hacer actividad física? a) No, nunca b) A veces c) Siempre			x		
Observaciones: cuál es el objetivo de esta pregunta? Ya que está más asociada al cuestionario anterior que a este? No sé si el no hacer calentamiento sea algo que se asocie más a problemas de salud que hecho de no hacer actividad física independiente del calentamiento.					

5. ¿Qué medio de transporte utilizas habitualmente para desplazarte a la Universidad?				x	
--	--	--	--	---	--

Andando	
Bicicleta	
Motocicleta, ciclomotor	
Coche	
Autobús, Metro	
Otros (especificar)	

Observaciones: falta frecuencia, y duración. Las organizaciones internacionales de actividad física, como ACSM o BASES en UK, recomiendan que las actividades sean no menores a 10 min. Por lo cual se podría integrar dentro de la pregunta frecuencia (días a la semana) y duración?

6. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a las siguientes actividades “de lunes a viernes”?				x	
--	--	--	--	---	--

	Ninguno	Menos de 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas
Estudiar					
Ver televisión					
Manejar un ordenador					
Tareas domesticas					

Observaciones: la complejidad de incrementar el número de opciones en este caso 5 posibles respuesta hará más complejo el análisis de los datos, generalmente se usan 3 categorías para este menos de 2 horas al día, entre 2 y 4, y más de 4 horas al día. A que se refiere con tareas domésticas? Podría ejemplificarse: lavar la loza, barrer, pasar la aspiradora, etc.

7. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a las siguientes actividades “sábado y domingo”?				x																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 15%;">Ninguno</th> <th style="width: 15%;">Menos de 1 hora</th> <th style="width: 15%;">Entre 1 y 2 horas</th> <th style="width: 15%;">Entre 2 y 4 horas</th> <th style="width: 15%;">Más de 4 horas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estudiar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ver televisión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Manejar un ordenador</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tareas domesticas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Ninguno	Menos de 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas	Estudiar						Ver televisión						Manejar un ordenador						Tareas domesticas					
	Ninguno	Menos de 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas																														
Estudiar																																			
Ver televisión																																			
Manejar un ordenador																																			
Tareas domesticas																																			
Observaciones: lo mismo que la anterior...																																			
8. ¿Qué haces cuando sales con los amigos?				x																															
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre																															
Hacer deporte																																			
Hacer un botellón y beber alcohol																																			
Ir a algún bar o pub																																			
Ir a casa de algún amigo																																			
Ir a una cafetería																																			
Ir a una discoteca																																			
Ir al cine																																			
Pasear																																			
Sentarnos en algún parque																																			

Fumar cigarrillos				
Fumar porros				
Consumir cocaína o LSD.				
Otras:				

Observaciones: se está limitando la pregunta a que hace solo cuando esta con los amigos, muchas de estas actividades se podrían realizar de forma independiente o con la familia, y creo que el con quien las realice no trae una mayor información al respecto de su estilo de vida. Podría remplazarse con que haces en tu tiempo libre, o que prefieres hacer en tu tiempo libre?

9. ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?					x	
	Nunca	Alguna vez	Fines de semana	3 o 4 veces a la semana		
Whisky, ginebra o ron						
Cerveza, Vino o cava.						
Otras (especificar)						

Observaciones: no se considera cantidad solo frecuencia, una persona que tome un vaso de vino en cada cena seria clasificada como más de 3 a 4 veces por semana, pero no tomaría más de 1 litro de vino a la semana. No obstante, no se podrá cuantificar si esa persona que bebe alcohol el fin de semana, bebe más que esta persona que lo hace más frecuente, y no se podrá establecer que es más perjudicial para la salud en términos de conducta, ya que el bebedor de fin de semana podría beberse 5 litros. Revisar por otros cuestionarios internacionales de la oms o el cuestionario "epic" que tiene esta pregunta validad en términos de cantidad y frecuencia.

10. ¿Cuántas copas consumes habitualmente cada vez que sales?:					x	

Observaciones: se limita la pregunta a cuando sale, el beber puede ser un acto que no requiera salir de su casa o vivienda., dar opciones más precisas para cuantificar cantidad,						

11. ¿En la actualidad fumas? a) No b) Sí, ¿Cuántos cigarrillos consumes al día? _____				x	
	Observaciones: si la respuesta es no se debería agregar, si es exfumador, si dejo de fumar hace un año o nunca ha fumado...				

	Más de 1 vez al día	1 vez al día	Varias veces por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca
Café					
Leche					
Refrescos o colas					
Zumos					
Hamburguesas O salchichas					
Embutidos					
Patatas fritas Caseras					
Patatas fritas de bolsa					
Dulces y golosinas (pasteles, caramelos)					
Verduras y hortalizas					
Frutas					
Frutos secos (pipas cacahuetes, etc.)					
Pan					
Legumbres (garbanzos, lentejas)					
Margarina o mantequilla					
Yogurt					
Queso					

Carne de ternera, cerdo.					
Carne de ave (pollo, pavo)					
Pescado					
Huevos					
Observaciones:					

12. ¿Con que frecuencia tomas las siguientes sustancias?								x	
	Nunca	Alguna vez	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días				
Hachís, porros, marihuana									
Cocaína, estimulantes (Anfetaminas), LSD									
Otras:									

Observaciones: considerar frecuencia y cantidad. Revisar un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos para dar las alternativas, epic, o de la oms.

Ítems de cuestionario	5	4	3	2	1
13. ¿Con que frecuencias bebes o tomas algunos de los siguientes alimentos?					

<p>14. ¿Tomas desayuno?</p> <p>a) Todos los días</p> <p>b) Generalmente</p> <p>c) Rara vez</p> <p>d) Nunca</p>		x			
<p>Observaciones: que sería generalmente y que sería rara vez? 3 veces a la semana sería generalmente o rara vez?</p>					
<p>15. ¿Cuántas comidas haces al día?</p> <p>a) Una</p> <p>b) Dos</p> <p>c) Tres</p> <p>d) Cuatro</p> <p>e) Cinco o más.</p>			x		
<p>Observaciones: cuál es el objetivo de esta pregunta?</p>					
<p>16. ¿En qué comida ingieres más cantidad de alimentos?</p> <p>a) En el desayuno</p> <p>b) En el almuerzo</p> <p>c) En la merienda</p> <p>d) En la cena.</p>	x				
<p>Observaciones:</p>					
<p>17. ¿Cuántos vasos de agua sueles beber al día?</p> <p>a) No bebo agua</p> <p>b) 6 o menos</p> <p>c) 7 a más</p>				x	
<p>Observaciones: de donde salieron estas frecuencias, y hay que agregar cantidad/? Yo bebo 10 vasos al día pero cada uno es de 100 ml, mientras que otro puede beber 1 al día y es de medio litro.</p>					
		x			

<p>18. ¿Cuántas horas duermes en la noche habitualmente?</p> <p>a) Más de 8.</p> <p>b) 8.</p> <p>c) Entre 8 y 7.</p> <p>d) Menos de 7.</p>					
<p>Observaciones: debería ser una pregunta abierta?</p>					

Observaciones generales del cuestionario:

El cuestionario presenta mayor relación con lo que se desea medir, no obstante esta con limitantes relacionadas a frecuencia y cantidad (ver comentarios en cada pregunta). Se recomienda revisar otros cuestionarios internacionales para ver como plantean estas preguntas en términos de cuantificación y frecuencia.

Actividades emergentes que presentan una alta asociación con salud son el sedentarismo. Tratar de considerar este y cuantificarlo en mejor medida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casimiro Andújar, A. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de educación primaria (12 años) y final de educación secundaria obligatoria (16 años)*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recurso electrónico.

Castillo, V. & Sáenz-López, P. (2008). *Práctica de actividad física y estilo de vida del alumnado de la Universidad de Huelva*. Huelva: Universidad de Huelva.

Pérez, I. & Delgado, M. (2004). *La salud en la secundaria desde la Educación Física*. Barcelona: INDE

REFERENCIAS DE INTERNET

Cano, Ureña, Canteras y Ruiz (2010). *Diseño y validación de un cuestionario para la valoración del conocimiento en materia de condición física y salud de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de Murcia*. Recuperada desde <http://www.efdeportes.com/efd144/conocimiento-en-materia-de-condicion-fisica-y-salud.htm>

Anexo 2. Cuestionario definitivo

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTOS E IDEAS SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (CCIAFHVS)

Apreciado compañero/a:

El presente cuestionario forma parte de una investigación de tesis doctoral. Sus objetivos son: identificar en qué medida la asignatura de Educación Física recibida, a lo largo de la ESO, ha influido en la adquisición de hábitos de vida saludable en los y las estudiantes del grado de Educación Primaria, y cómo éstos piensan abordar la enseñanza de los contenidos relacionados con la salud cuando ejerzan su profesión como maestros y maestras.

El cuestionario es completamente anónimo y la información proporcionada será usada con fines académicos por el responsable de la investigación.

Para responder las preguntas, coloca una "x" en el cuadrado que corresponda a tu respuesta; y un número en el caso de las preguntas escalares. El tiempo total aproximado para su cumplimentación es de 20 minutos.

DATOS INICIALES

- I. Género : Hombre Mujer
- II. Edad: _____
- III. Curso: Primero Segundo Tercero Cuarto
- IV. Año de finalización de la ESO: _____
- V. Vía de acceso a la Universidad: PAAU
 CFGS
Mayores de 25 años
Mayores de 40 y 45 años
Traslado de expediente

1. ¿Actualmente practicas algún tipo de actividad física o deporte?

- a) Sí.
b) No (pasa a la pregunta 9).

2. ¿Con qué frecuencia la/s practicas?

- a) Tres o más veces por semana.
b) Una o dos veces por semana.
c) Ocasionalmente.
d) Sólo en vacaciones.

- 3. ¿Qué duración suele tener?**
- a) Más de 1 hora.
 - b) Entre 60 y 30 minutos.
 - c) Menos de 30 minutos.
- 4. ¿Cómo suele ser la intensidad con que se desarrolla?**
- a) Leve (respiración normal, sin cansancio).
 - b) Moderada (respiración levemente agitada, leve sensación de cansancio).
 - c) Vigorosa (respiración agitada y con sensación de cansancio moderada o alta).
 - d) No lo sé.
- 5. ¿Tienes en cuenta las medidas de seguridad de acuerdo al tipo de actividad que realizas? (técnica correcta, indumentaria adecuada, implementos en buen estado, etc.)**
- a) Siempre.
 - b) A veces.
 - c) Nunca.
- 6. ¿Realizas un calentamiento antes de empezar?**
- d) Siempre.
 - e) Según el tipo de actividad física.
 - f) Cuando me acuerdo.
 - g) Nunca.
- 7. ¿Con qué objetivos te planteas el calentamiento? (se puede marcar más de una opción)**
- a) Para prepararse a realizar un esfuerzo mayor.
 - b) Comenzar a sudar.
 - c) Evitar lesiones.
 - d) Para quemar grasas.
- 8. ¿Cuál o cuáles es/son tu/s motivación/es para practicarla? (máximo 3 opciones)**
- a) Diversión.
 - b) Socialización.
 - c) Mantener o mejorar la salud.
 - d) Mejorar la apariencia física.
 - e) Competición.
 - f) Prescripción médica.
- 9. Si no practicas actividad física, ¿cuál o cuáles es/son tus razones? (máximo 2 opciones)**
- a) Falta de tiempo.
 - b) Por pereza.
 - c) Problemas de salud.
 - d) No me gusta.
 - e) No puedo pagarla.
 - f) No le veo beneficios.
 - g) No me enseñaron en la escuela.

10. ¿Crees que cualquier tipo de actividad física es saludable?

- a) Sí, pues el hecho de moverse ya es bueno para la salud.
- b) Sí, porque sólo por el hecho de sudar se queman grasas.
- c) No, depende de las condiciones de intensidad, duración y seguridad con las que se realice.
- d) No lo sé.

11. ¿En qué medida se relaciona la resistencia aeróbica con la salud?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.
- e) No lo sé.

12. ¿Serías capaz de diseñar un programa de ejercicios orientado a la mejora de tu salud?

- a) Sí
- b) Tal vez
- c) No

13. ¿En qué medida crees que la Educación Física recibida en la ESO te ha influido para tener estos comportamientos con respecto a la actividad física?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.

14. ¿En qué medida crees que la Educación Física recibida en la ESO te ha influido para tener estas ideas con respecto a la actividad física?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.

15. Indica cuáles de las siguientes comidas sueles tomar al día:

- a) Desayuno.
- b) Media mañana.
- c) Comida (medio día).
- d) Merienda.
- e) Cena.

16. Indica cuáles de los siguientes alimentos sueles tomar durante la semana (marca con una “x” donde corresponda para cada alimento):

	Todos los días	Entre 6 y 4 días	Entre 3 y 1 día	Ningún día
a) Frutas				
b) Verduras y hortalizas				
c) Aceite de Oliva				
d) Carne blanca y pescado				
e) Huevos				
f) Lácteos (leche, queso, yogurt)				
g) Cereales (pan, granos, etc.)				
h) Legumbres				

17. Indica cuáles de los siguientes alimentos sueles tomar durante la semana (marca con una “x” donde corresponda para cada alimento):

	Todos los días	Entre 6 y 4 días	Entre 3 y 1 día	Ningún día
a) Bollería industrial				
b) Comida “rápida”				
c) Alimentos pre cocinados (<i>snacks fritos</i>)				
d) Carnes rojas				
e) Embutidos o fiambres				
f) Bebidas gaseosas o azucaradas				

18. ¿Cuántos litros de agua sueles beber al día, aproximadamente?

- a) 2 litros o más.
- b) Entre 1 y 2 litros.
- c) Menos de 1 litro.
- d) Nada.

19. ¿En qué medida crees que la Educación Física recibida en la ESO te ha influido para tener estos comportamientos con respecto a la alimentación?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.

20. ¿Cuántas horas sueles dormir durante la noche?

- a) Más de 8.
- b) Entre 8 y 7.
- c) Menos de 7.

21. ¿Sueles dormir siesta?

- a) Sí, todos los días.
- b) Sí, casi todos los días.
- c) Sí, ocasionalmente.
- d) No, nunca (pasa a la pregunta 23).

22. ¿Cuánto tiempo le dedicas?

- a) 1 hora o más.
- b) Entre 1 y media hora.
- c) Menos de media hora.

23. ¿En qué medida crees que la Educación física recibida en la ESO te ha influido para tener estos comportamientos con respecto al descanso?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.

24. ¿Qué sueles hacer principalmente en tu tiempo libre?

- a) Actividades “de pantalla” (mirar televisión, películas, cine, manejar un ordenador).
- b) Tocar un instrumento musical, escuchar música, leer.
- c) Salir al bar o a la discoteca.
- d) Practicar una actividad física o deporte.

25. ¿Cuánto tiempo sueles pasar realizando actividades sedentarias cómo ver la televisión o manejar un ordenador diariamente?

- a) Más de 2 horas.
- b) Entre 1 y 2 horas.
- c) Menos de 1 hora.

26. ¿En la actualidad fumas tabaco?

- a) Sí, todos los días.
- b) Sí, casi todos los días.
- c) Sí, ocasionalmente.
- d) Sí, sólo los fines de semana o en alguna fiesta.
- e) No, nunca.

27. ¿En la actualidad tomas alguna bebida alcohólica?

- a) Sí, todos los días.
- b) Sí, casi todos los días.
- c) Sí, ocasionalmente.
- d) Sí, sólo los fines de semana o en alguna fiesta.
- e) No, nunca (pasa a la pregunta 30).

28. ¿Qué tipo sueles beber? (pueden ser ambas opciones)

- a) Fermentados (vino, cerveza, cava, etc.).
- b) Destilados (ron, tequila, vodka, etc.).

29. ¿En qué cantidad? (marca con una "x" donde corresponda según el tipo)

	1 copa o menos	Entre 1 y 2 copas	Más de 2 copas
a) Fermentados			
b) Destilados			

(1 copa = 200 ml. aproximadamente)

30. ¿En qué medida crees que la Educación física recibida en la ESO te ha influido para tener estos comportamientos con respecto al consumo de tabaco y alcohol?

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) Poco.
- d) Nada.

31. ¿Qué valoración le otorgas a la dimensión Salud como competencia básica de la Educación Física para fomentar hábitos saludables en el alumnado?

- a) Muy importante.
- b) Importante.
- c) Poco importante.
- d) Nada importante.
- e) No lo sé.

32. Con respecto a tus vivencias en las clases de Educación Física recibidas en la ESO ¿Qué contenidos la caracterizaron en mayor medida?

- a) Deportes.
- b) Expresión corporal.
- c) Cuidado de la salud.
- d) Condición física.
- e) Recreación.

33. ¿Qué aspectos orientados a la salud crees que fueron los que más aprendiste? (se puede marcar más de una opción)

- a) Práctica regular de actividad física.
- b) Alimentación saludable.
- c) Descanso.
- d) Evitar hábitos nocivos.
- e) Ninguno.

34. ¿Qué aspectos de tu profesor/a o profesores/as pudieron haber sido mejores para optimizar el aprendizaje de los contenidos de salud? (se puede marcar más de una opción)

- a) La transmisión de conocimientos.
- b) La motivación.
- c) El hacer clases más divertidas.
- d) Sus metodologías.
- e) Ninguna.

35. Desde tu punto de vista ¿En cuál o cuáles de los siguientes elementos consideras que inciden de forma más evidente los aprendizajes vinculados con la Educación física para la salud? (se puede marcar más de una opción):

- a) Contenidos.
- b) Objetivos.
- c) Competencias básicas.
- d) Criterios de evaluación.
- e) No lo sé.

36. ¿Qué estilos de enseñanza crees que son los más apropiados para promover el aprendizaje de los contenidos de salud en Educación física para Ed. Primaria?

- a) Mando directo.
- b) Asignación de tareas.
- c) Resolución de problemas.
- d) Enseñanza individualizada.
- e) Estilo auto evaluativo.

37. ¿Qué tipo de actividades de aprendizaje llevarías a cabo?

- a) Deportes.
- b) Juegos no deportivos.
- c) Expresión corporal, danza.
- d) Grupos de discusión.
- e) Proyectos de investigación.

38. ¿Qué recursos didácticos utilizarías para su enseñanza?

- a) Material deportivo.
- b) TIC (video, ordenadores, etc.).
- c) Posters.
- d) Cuadernos de bitácora.

39. ¿Qué aspectos considerarías como los más importantes a la hora de evaluar? (se puede marcar más de una opción)

- a) Participación en clases.
- b) Actitud positiva hacia la actividad física.
- c) Las habilidades motrices personales.
- d) El rendimiento físico.

40. ¿De qué manera los evaluarías? (se puede marcar más de una opción)

- a) Exámenes escritos.
- b) Trabajos de investigación.
- c) Pruebas físicas.
- d) Campeonatos deportivos.

41. ¿Cuál es la importancia que le das a los siguientes objetivos de la Educación física con respecto a la Actividad física orientada a la salud?

- a) Aprender a planificar un entrenamiento.
- b) Adoptar una conciencia crítica ante la actividad física.
- c) Conocer los beneficios de la actividad física.
- d) Erradicar mitos y falsas creencias.
- e) Practicar actividad física con regularidad.
- f) Aprender una higiene postural.

42. ¿Cuáles crees que pueden ser las limitaciones más importantes para el proceso de enseñanza aprendizaje de estos contenidos al momento de ejercer tu profesión? (máximo 3 opciones)

- a) Baja asignación horaria para la Educación física.
- b) Insuficiente preparación académica recibida.
- c) Falta de instalaciones adecuadas.
- d) Falta de interés de los alumnos por los temas de salud.
- e) Falta de condición física de los alumnos.

43. En general, ¿crees que la Educación Física de la ESO ha sido un referente efectivo para tener hábitos de vida saludable en la actualidad?

- a) Muy de acuerdo.
- b) Bastante de acuerdo.
- c) Poco de acuerdo.
- d) Nada de acuerdo.

¡Muchas gracias por tu cooperación!

Anexo 3. Transcripción del grupo de discusión

Moderador: Para entrarnos al objeto de estudio, a mi trabajo que... de la tesis doctoral, el título de mi tesis, de mi proyecto se llama "La práctica de la actividad física y hábitos de salud de los futuros maestros de educación primaria". Un estudio sobre la incidencia de la educación física sobre... de la ESO, en su formación y su futura acción docente.

Como objetivo principal general, tengo que... hay que valorar si los comportamientos, conocimientos y creencias hacia la educación para la salud que desarrollan los futuros maestros guardan relación con los aprendizajes y hábitos específicos de actividad física y salud en las clases de educación física recibidas en la educación de la ESO, que es la educación secundaria obligatoria, o enseñanza media como diríamos nosotros.

Entonces, para partir, me gustaría y reitero que esto es una... es un grupo de discusión totalmente flexible, los cuales podemos opinar de lo que queramos y bajo nuestra... bajo nuestro estilo y todo será muy bien recibido y muy bien valorado.

Para comenzar me gustaría comenzar con la primera pregunta que dice: ¿En qué medida creen que la educación física ha sido un referente efectivo para la adquisición de hábitos saludables?

G1 : Bueno, yo creo que ha sido muy poco efectiva de hecho, porque, bueno... yo creo que también hay muchos estudios que dicen que hay muy poca actividad física hoy en día, que las persona son muy sedentarias y yo creo que toda la culpa, viene de ahí, de la mala enseñanza y la mala planificación en la... en las escuelas y en la universidad también te encuentra, de hecho en el mismo grupo de trabajo que tú hablas, en mi contexto, pues sí que me noto, noto muchas veces, ejemplos de mucho, mucho sedentarismo y poco trabajo en general, por lo cual creo que está muy, muy mal planificado y continúa siendo... estando muy mal distribuida esta enseñanza.

G2 : Yo particularmente, a veces, o sea tengo la sensación de que estoy un poco obsoleto, porque, pues claro, yo recuerdo ahora como era la educación física en las escuelas que yo viví, que no era la ESO, porque yo soy más viejo que ESO, y no estoy ... actualizado de cuál es la forma de trabajar, con la escolarización que tengo yo, es que se sigue haciendo mucha incidencia en aspecto conceptuales o procedimentales de ejecución de las habilidades y sea de lo que sea, sean deportivas, o sean de expresión, o sean de danza y no se trabaja mucho desde la perspectiva de qué significa los hábitos saludables y de hecho es una situación un poco complicada de manejar, a mi opinión, porque en los, a los niños y niñas que tienen clases, aunque en la ESO ya no son tan niños y niñas, a veces, van a la asignatura de educación física un poco, quitándose el chip de tengo que estudiar, tengo que aprender cosas teóricas, tengo que... y voy a correr y moverme, pero sin, que desde mi perspectiva se le genere esta percepción de y esto no es porque así cambió, en el lugar de estar en la silla, estoy moviéndome, sino porque es saludable, porque me aporta, creo que eso, yo no recuerdo que me lo hayan transmitido a mí, y no sé si se consigue transmitir también ahora.

Moderador: Muy bien

G3 : Me quedo con lo que dice G2, a ver recuerdo cuando estaba en enseñanza media, acá sería secundaria y si, como que no había conciencia de lo que uno iba a hacer en la clase de educación física, era liberémonos un poco de tanto contenido y pasémoslo bien un rato. La verdad que tuve buena experiencia en la enseñanza media, pero recuerdo que en la básica era más como un juego y muchas veces la clase duraba, no sé, 20 minutos y el resto era jugar, los hombres a la pelota, que era lo que más les gustaba y las mujeres si no queríamos hacer nada, conversar, entonces como que no se daba una rutina clara decir, esto es beneficio para tu salud, con esto conseguimos un hábito que perdura en la vida. He leído bastante hoy en día, y mientras más temprana edad uno haga una actividad física, lo más probable que siendo adolescente y adulto se va a conservar, pero si no, se crea este sedentarismo que se da actualmente, entonces creo que falta algo en lo que se entrega lo contenidos a los estudiantes actuales, para que esto se modifique y se crea como una conciencia en los estudiantes.

G2 : Yo creo que si, en algún aspecto se ha ganado, es que yo creo, por lo menos aquí, esta circunstancia ya no se daría, de decir “hagamos otra si queréis hacéis, y si no queréis no”, porque esto precisamente sería justo lo contrario de lo que estamos diciendo, o sea es... “si no te gusta hacer actividad física, no pasa nada, quédate quieto o quieta y hazla, y sin embargo los temas de género ves, bueno ya sería otra tesis por ahí, pero... claro lo que pasa es que las actividades que se hacen en la educación física en las escuelas no necesariamente gustan a todos los niños, los jóvenes, los chicos, las chicas, pues claro cuando hacemos actividad física en nuestro tiempo libre, hacemos aquello que nos gusta, no necesariamente, porque esto lo dice mis compañeros, muchas veces, no necesariamente aquello que te divierte, si no que te motiva, porque ir a correr, divertido no es que sea, pero hay mucha gente que le motiva, pero claro, a cada uno le motiva cosas diferentes y, además en épocas... porque yo de pequeño hacia judo ahora no me veo a mi mismo haciendo judo u otras cosas, yo tenía compañeros en INEFC en la carrera que venía de haber sido jugadores no profesionales, pero sí, de federados de baloncesto o fútbol y luego encontraron otras prácticas que le gustaban más, actividades de la naturaleza o de lo que fueran, cada persona en cada momento de nuestro vida hacemos actividad física que nos motiva, en la escuela difícilmente encontrarás una actividad física que motiven a todos, pero errados, para no caer en el peligro, en la trampa de decir “bueno, si no te gusta no lo hagas, cual es la alternativa, haz lo que os te guste, haz lo que os te guste” es una buena forma de motivar a los jóvenes a hacer actividad física, porque cada vez se genera un rechazo a la actividad física, si tengo que hacer una cosa que no me gusta, solo porque es obligatorio.

G1 : Todo lo contrario. Yo sé que hay una cosa al respecto, una es el tema que lo que ha dicho primero Jordi, que todo esto relacionado con el concepto que hay en la sociedad de educación física, de la educación física como asignatura maría o asignatura fácil de vamos a jugar sin... y de imagen que tiene incluso los medios de comunicación, las series de televisión

G1 : Sí, incluso otros compañeros que analizaron críticamente los medios de comunicación, entre otras cosas, para ver qué papel juega la educación física y es un grave problema porque ya desde arriba te están diciendo que la educación física no vale, no vale, si encima te quita horas de docencia hay que haber menos horas de clases es un... de que no es importante y como no es importante, y después... hoy día es curioso que todavía se siguen dando este tipo de enseñanza de quejarnos a lo que queda de tiempo libre y yo me quedo sorprendido. Yo lo decía como alumno también, pero que hace poco, en trabajo de campo, en colegio que he ido, veo que todavía hecho se lleva a cabo, que los que quieren jugar al fútbol, que juegue; que los que quieren charlar, que charlen; quien juegue a la cuerda, que juegue a la cuerda, y eso ya es de primaria, por lo cual si es que hay una mala organización o mala orientación físico deportiva desde pequeño, que espera cuando sea grande, y también eso que en educación secundaria por desgracia, los contenidos siempre están en la mayoría de los casos, están orientados a rendimiento físico deportivo o de habilidades deportivas, claro con muy poca variedad, de siempre lo mismo, quiero pensar que por facilidad del profesor, todos los años hago fútbol, voleibol, tenis, y de ahí no sale, entonces claro, a la persona que de entrada, no le guste, o los contenidos no se lo ofrezca de manera variada, pues está claro que no... que luego no va a salir de la escuela o instituto para realizar este tipo de práctica y en relación al rendimiento deportivo o en la condición física, mucho más no? Si yo tengo que dar diez vueltas obligatoriamente y si no lo consigo según los valores que me dice la tabla tal, es un castigo, claro, si estoy sufriendo en la clase, yo luego de manera libre divertidamente iría a correr, después de lo mal que me lo estaba haciendo en clase, de lo que sufro... ¿yo? no, yo creo otro gran problema ¿no?

Moderador: Pues claro, no se ha sabido de una buena experiencia en ese sentido... y hay que tener consideración que... de la LOGSE, si abordamos a la LOGSE que es una normativa de 1990, en donde ya se empieza a ver los contenidos que se empiezan a incluir objetivos, referentes a lo que es la educación para la salud, y también claro, la educación para salud como un tema transversal también, ¿no?

Damos un salto hacia el 2006, cuando la LOGSE sigue incluyendo y ampliando estos contenidos, o sea además del hábito...de tratar de generar unos hábitos actividad física también hay un concepto, ¿no? En el ámbito cognitivo que también claro, como ustedes dicen está muy también mal enfocado, mal organizado, entonces, ¿podríamos ver por ejemplo que la educación física deja algún conocimiento, alguna creencia pueda influir positivamente, que creen ustedes?, ¿en el ámbito cognitivo de las ideas más allá de solamente del ámbito del... de la práctica, que creen ustedes?

G2 : ¿Que puede?

Moderador: Que puede,... Claro

G2 : Que de poder, bueno, yo creo que sí, lo que pasa es que cuando decimos o por lo menos es la forma que tengo yo de ver, a lo mejor no se están haciendo bien las cosas en las escuelas a la hora de.... tampoco quiero decir, que los maestros y los profesores no son buenos y no saben, lo que quiero decir yo, es difícil, pero está vinculado a lo que comentabas del tema de la asignatura maría, si ehh... el problema ya no es solo de la propia materia o asignatura de educación física, sino del concepto que tenemos en las escuelas, aquellos que no sirve, para llegar a conseguir un trabajo o parece que no vale. Un trabajo, digamos desde la perspectiva estándar a la idea de la cabeza, de la oficina o el banco, porque trabajos hay de muchas clases, y de muchas maneras. Pero, entonces si resulta, de que quieres cambiar el enfoque y decir... a lo mejor lo que pasa, es que no hay que... o sea está muy bien que te hagan una prueba para ver si aguantas corriendo, es una tontería 5 minutos o 20, pero no para que tengas una nota o una calificación u otra, si no para que tu veas, en que circunstancia o situación te encuentras desde el punto de vista de la condición física, pero a las cosas que no le ponemos calificación en las escuelas, parece que los alumnos no le dan importancia, porque a lo mejor el problema no es que, la educación física tengas más o menos horas, o más o menos valor académico, si no el hecho de que si no hubiera que calificarla, los alumnos tuvieran que hacerla porque tienen una hora cada día de actividad física, en la que... lo que hacen es practicar actividades que les motiven, que les hacen estar activos, el peligro es que... entonces si se convierta realmente en lo que hemos dicho, una asignatura maría, una asignatura que no sirve para nada, que no me importa, que como no me ponen nota si no lo hago, y yo creo que es uno de los problemas, el hecho de que este equilibrio de la obligatoriedad de hacer las cosas, corriendo el riesgo de lo que decíamos antes, de generar adhesión a la práctica de la actividad física, pero por otro lado no caer en el “bueno, pero si no quieres, no hagas”, porque lo que queremos es que, no se igual me he ido por cerros de ...

Moderador: No, está muy bien, muy bien

G3 : Hay varios temas yo creo, con la creencia de que, sea de educación física, como una asignatura que te ayuda a subir el promedio, o que te despeja de todo, entonces yo creo que hay que romper con esa... como creencias tontas, que sí que puede ser que te sirva, puede ser que tengas mejores notas, si eres bueno en la actividad física, y te va a ayudar a subir el promedio, pero yo creo que radica en todo lo que hemos hablado antes, crear conciencia. Ahora tu enfoque está en los alumnos para secundaria, pero hay que partir de los más pequeños porque yo creo que es ahí donde está el error, si no creamos esa conciencia, claro precisamente es con los más chicos, que yo te decía que siento que falta, que si ellos no toman conciencia de que se debe realizar un deporte una actividad física no es solo por el placer, que es muy grato, si no que trae... contribuye otras cosas en tu vida, creo que ya cuando estén en secundaria, estos alumnos van a tomar el real sentido que significa hacer una actividad física y he leído bastante también que se ha comprobado que una persona que realiza actividad física, sus resultados de concentración a nivel académico mejora, pero la gente como que no lo asume; hay varios estudios que dice que sí, que una persona que practica habitualmente un deporte o

actividad física su nivel de concentración es mucho mejor, por lo tanto podríamos obtener mejores resultados tal vez, y trabajar de esa manera con alumnos hiperactivos, con alumnos que tienen trastornos del aprendizaje y tal vez en vez de medicarlos, con una buena actividad física obtendremos mejores resultados, entonces creo que a los estudiantes de secundarias como que... también a los que están estudiando magister y ahora que van a ser futuros profesores que no tengan como súper consciente que su asignatura no es solo ir al colegio, darla y lo paso bien o soy el profesor guapo que también como que está ese mito, llega el profesor de educación física que es atractivo, un estereotipo, bien ahí formado, o la profesora también regia, simpática y hace su clase y nada más, no hay otro contenido. Yo creo que ellos tiene que traspasar ese contenido, decir que lo alumnos sobre todo con dificultad lo podemos enfocar dentro de la actividad física y sacar sus mejores potencialidades, tal vez un área que debemos ligar.

Moderador: Por lo tanto tú crees que, en cuanto a la formación de idea, o sea los conocimientos, las creencias de la educación física puede ser un buen aporte, podría ser...

G3: yo creo que de todas maneras

Moderador: que hoy no se ha reflejado

G3: yo creo que puede ser un aporte, pero falta darle el lugar de importancia, que lo que decías tú, como que se le ha dejado un poco ahí...

Moderador: Eso, es dos horas a la semana o una hora, en el peor de los casos a la semana

G1 : poca incidencia puedes hacer tú, a nivel cognitivo, a veces ¿no? Porque muchas veces ya está la opción de que también el alumnado se mueva y en una hora, así encima va a estar dándole contenidos teóricos en un aula o en un patio, pues ya... como echar la conciencia del educador de decir... un poco de vamos a ir al patio a movernos aunque sea. Claro que si tuviera otra categoría en la educación... en la educación física, pues claro, con más horas, con más planificación, con más recursos, pues seguro que sí, que claro que cognitivamente podría ayudar mucho al alumnado a eso. Y otra cosa que yo creo que relacionar con lo que estaba diciendo la compañera, viene el tema de que no solo la culpa la tiene o el papel digamos que tiene como función el profesorado, sino también la familia influye mucho, porque en el caso de infantil no? Y si es que hablamos un poco de eso, y si es que les interesa, en educación infantil, claro, el niño no tiene conciencia de que punto una cosa es importante que otra, que solo lo pasa bien y se divierte, entonces luego llega a su casa, y lo que ve ¿no? En sus familiares es más bien sedentarismo o con la maquinita, o juega en tu casa solo, está muy bien la creatividad y todo, pero también hace falta una vida activa, y eso no se ve, pues claro, que si ese alumno o alumna, a lo largo de sus años de escolarización y de vida, acabará contando modelo, en este caso poco activo, al igual que sus familiares.

G2 : porque al igual es un poco, pues como que se muerde la cola, ¿no? Nuevamente son los individuos lo más sedentarios, son las sociedades, en determinados países y zonas geográficas, son más activos en general, ¿por qué? Porque si tú haces, entendido el contexto de que significa una vida activa, una vida saludable, lo transmite a tus hijos, claro, el niño o la niña que viene de una familia, en la que el sedentarismo es lo que más abunda, eso es lo que él aprende y lo que él va a transmitir cuando él tenga a sus hijos, niños, a sus hijas y eso se une también con lo que tú decías, el hecho de que en clases, por lo menos que se muevan, y ese es el dilema, de decir que, porque después de esta... cuando hablamos, no es que sea el tema, pero cuando hablamos del deporte, como transmisor de valores una de las cosas que siempre se comentan es que el deporte por sí solo no transmite valores positivos, sino lo que hay que hacer es reflexionar sobre... hay que sacar esa reflexión, practicar actividad física por sí sola, no necesariamente hace que las personas que practican, adquieran estos conceptos estos aprendizajes cognitivos. Puede sí, que aprendan el hábito, o la sensación de estar, no necesariamente en diversión si no en el ámbito de bienestar, pero si alguien no le acompaña hacer la reflexión, entonces lo que pasa que si dedico el tiempo a hacer reflexiones... no se mueven, si dedico el tiempo a que se muevan, igual no hago la reflexión para trabajar y aquí voy, voy a hacer un comentario llevando el tema a un terreno...

Moderador: Sí

G2 : Una de las posibles opciones, no digo que sea la única o que sea la mejor, pero es una de las posibles opciones para ganar habilidades motriz en las horas de docencia en las escuelas, es utilizar la nuevas tecnologías...

Moderador: TIC

G2 : El problema es que, parece que falta encontrarle sentido en decir y utilizar las TIC para actividad física, el utilizar las nuevas tecnologías significa estar sentado al delante de la pantalla, pero si, el trabajo con las ideas de partir con actividades utilizando estos recursos, es posible de forma colaborativa, en lugar de rogar horas de la docencia y poder dedicarlas a la motricidad, a moverse a lo mejor sería una forma de...

G3 : Un complemento

Moderador: Claro. Eso es muy importante fíjate, porque yo, de repente también reflexiono, o sea esta ese... como parábola, o sea le damos el pescado o le enseñamos a pescar, entonces claro, si le estaos dando el pescado, no lo hacemos moverlo, pero también, que pasaría si les enseñáramos a pescar. Si hacemos de que... creemos la conciencia y les enseñemos de cómo funciona el cuerpo, las repercusiones que tiene el positivo de llevar un estilo de vida saludable y por otro lado las repercusiones negativas que tiene el ser muy sedentario, el beber en exceso, el fumar, entonces claro, eso también es una paradoja y ehh... introduce a la próxima pregunta. Qué bueno como todos estamos de acuerdo la educación física que puede ser un gran... tiene mucho potencial para la adquisición de hábitos saludables, ¿por qué? Porque es una

asignatura obligatoria, en el currículum presente del estado y donde los chicos están hasta los 16 años de edad, obligatoriamente todos tiene que pasar por ahí y todo sabemos los problemas que tiene la sociedad como tu bien decías, que es una sociedad... la sociedad occidental general, no así los países desarrollados porque hay países que no tienen esa etiqueta, sin embargo también presentan los problemas de obesidad, desde la edad infantil, tu muy bien lo sabes, y luego hacia delante, y son cifras que día a día se pueden seguir comprobando, hay una permanencia en cuanto al sedentarismo a la incidencia de... fumar tabaco, también en excederse en el alcohol y mala alimentación.

Entonces, vamos al ámbito netamente escolar, entonces ¿cómo abordar la educación para la salud de la educación física? En cuanto a sus objetivos, sus contenidos, como debería ser la metodología, los recursos didácticos, como tu bien lo dijiste hace poco y la evaluación. ¿Cómo lo podríamos hacer?

G2 : La verdad es que... para empezar un poco la reflexión de antes, esto vuelve a ser un círculo que del hecho de que... porque nos preocupamos en el área de educación física, en la clase, en la educación, en la sesión de física porque tenemos la preocupación de que en lo que has dicho tú en darle al pescador, en enseñarle a pescar. Porque nos preocupamos, porque, por lo menos en esa hora que se muevan, porque no se mueven en otro sitio, si tuvieran un estilo de vida activa, activo fuera de... Sin la necesidad de esta hora de educación física, en esa hora se podría dedicar a hacer un trabajo más de reflexión, más cognitivo, pero como tenemos la sensación, la percepción de que si no se mueven ahí, no se mueven en ningún lado, a lo mejor la estrategia pasa por modificar en que hago en la hora de educación física, sino por modificar lo que hacen los jóvenes fuera de esa hora, si conseguimos incrementar su práctica de la actividad física fuera de las horas de docencia de educación físicas, se pueden dedicar a más horas a enseñarles a "pescar". ¿Cómo organizó los contenidos y como los evaluó? La verdad es que, es una cuestión que... me dedica tiempo a dar una respuesta, por lo menos así, a voz de pronto, porque además las evaluaciones son una de las cosas que siempre me han resultado más difíciles de abordar en todos los ámbitos, porque además la evaluación tal como la entendemos, entorno a lo que yo vivo, entorno a otro países, aquí no sé cómo es, pero aquí la evaluación siempre va ligada a calificación, son cosas diferentes pero cuando tú hablas de evaluar, cuando una habla de evaluar siempre piensa en poner una nota y a lo mejor eso... porque para mí evaluar aspectos relacionados a vida saludable en alumnos y alumnas de secundaria me parece que sería muy importante y no solo como has dicho, de la práctica de la actividad física, sino del fumar, el beber, la alimentación, el dormir, el... pero eso no significa que tenga que decirle, y si tú no lo haces bien tienes un suspenso o tú tienes un.. Si no poder decirles, poder orientarles y darles criterios para que entiendan por qué y cómo se puede modificar y sin necesidad de que eso tenga que traducirse en una calificación numérica y para mí ahora mismo no sé qué más decir, no sé cómo completar el tema.

Moderador: No, muy bien, muy bien, muy bien, queda claro. Porque precisamente, claro, muchas veces la evaluación se transforma en un tormento para los alumnos porque se dice "tal día tenemos una evaluación" y todo el mundo sabe que viene una nota, entonces claro, también se transforma en un especie de tortura, no? En una especie de fiscalización, y muchas veces, trae ligado, nosotros hemos sido alumnos y sabemos que de repente va a haber una evaluación y es un motivo de preocupación, por lo mismos, por ser una calificación.

G2 : Bueno, para los alumnos y profesores también.

Moderador: Pues claro, claro, por eso

G2 : Ahora les tengo que poner, les tengo que decirle, tú vales un 7.

G3 : Ahora aquí se evalúa la clase de educación física, verdad?, lleva nota ehh , haber me quede pensando, pero tal vez me voy a otra área pero se me ocurrió, una utilizar las tecnología, porque creo que todo adolescente es lo que más utiliza y tal vez lo podemos motivar, tengo dos horas a la semana como tu decías, dos horas, en que estoy una hora pasando contenido y que se callen al final va a quedar media hora de actividad física, lo que decía G2, o lo incentivamos mucho fuera de las clases a que practiquen mucha actividad física, por lo tanto esas dos horas puedo hacer menos, pero tal vez no va a pasar al principio , pero yo ocuparía las tecnologías, creo que a lo estudiantes le encantan, andan todos con..., entonces en contenido puedo ocupar las TIC, mandarles videos a la casa, mandar contenidos ahí, y luego en clases en vez de ocupar una hora, tu obligación es traerlo leído, y en media hora lo compartimos, lo conversamos, tipo charla, que piensan ellos, yo creo que podría ser una forma de aplicar contenidos, que se me ocurre. Lo otro es ligarlo, pero con otras asignaturas, no sé si eso pasa acá, con el área de biología, ciencias naturales, no sé cómo se llama, también como se trabaja, pero...

Moderador: Trabajo interdisciplinario

G3 : También se les da el trabajo a los profesores a ver si pueden trabajar con esta disciplina, porque eso sería un súper complemento, o sea que ellos vean la parte teórica y en complemento nosotros veamos la parte física y así ligamos las dos cosas y no dejamos la una de la otra de lado, también podría ser. Y la evaluación es lo más complejo yo creo, lo que dice, estamos condicionados a poner notas, así lo exige el sistema, pero, se me ocurría recién para tomar conciencia pero estamos viendo en contenidos que ellos hicieran una especie de autoanálisis, o tal vez un trabajo de campo para incentivar a estos alumnos con contenidos que vamos pasando, que hagan estudios de casos ellos mismos, a veces, los adolescentes están muy preocupados por mantener su figura, su línea, sin llevarlo a un extremo excesivo, pero mejor que ellos mismos vayan viendo que va sucediendo cada vez que realizamos una actividad física en el colegio, que vamos notando cambios, veo que me siento mejor, pero como que esa sea la evaluación, ahora sé que hay que poner una nota, pero se me ocurre que eso podría ser

más motivante para ellos que un control o una prueba...

Moderador: Exacto

G3 : Que hagan estudios de casos entre ellas mismas, se evalúen entre las compañeras o entre sus familias, incentivar a sus familias a que hagan una práctica, que esa se aun forma de poner en práctica los contenido, mediante una nota y después que entreguen un trabajo escrito, no se un mini estudio de lo que hicieron, tal vez le quede más el contenido porque lo estarían llevando a la práctica cada uno, entre ellos mismos, y pienso eso de...

Moderador: Hay que buscar la motivación

G3 : Claro, a lo mejor es un poco volado en el aire, pero siento que cuando tú haces algo y lo pones a la práctica, tú lo haces más fácil , saber si entendiste bien los contenidos, que cuando vas a rendir solo una prueba, tal vez podría ser eso.

Moderador: Si, no, claro, por supuesto.

G2 : Yo he hablado... del mundo mundial y tú has dicho tres cosas, las TICS, las interdisciplinas y cambiar el sistema de evaluación.

Moderador: Pero es que ella es muy brillante, está haciendo el máster en la Universidad de Barcelona, son muy bueno eso, esos alumnos que salen

G1 : Bueno llevando el hilo de lo que comentan, también aquí mis compañeros, yo creo que los contenidos son lo que son, y yo creo que los contenidos no sido la mejor manera de abordar ¿o no? Respecto a la evaluación, como ha dicho de autoanálisis o proceso de autoevaluación creo que echaría, muy bien ha venido, porque lo tradicional que se lleva a cabo en educación física y en secundaria, esto de realizar una prueba a principio de curso o realizarla al final y a ver qué tiempo, por ejemplo, en el caso de una prueba de velocidad, que tiempo sacas en comparación con una tabla y registros y a partir de ahí te pongo una nota, cuando el alumno no ha vivenciado ni siquiera un entrenamiento no? Para poder mejorar en esa prueba, y bueno yo creo que claro, es uno de los principales defectos que tiene, el decir tengo que correr esto para tener una nota, "si lo consigo tengo un ocho", y si no "tengo un cuatro" y no tiene en cuenta las habilidades ¿no? Que es lo que... las críticas al sistema de evaluación televisional, y por lo cual creo que eso es un problema muy grave, que se podría mejorar con la autoevaluación y luego fomentar también el espíritu crítico del alumnado y por ejemplo en la Autónoma de Barcelona se hace el Campus Ítaca en verano, Campus Ítaca, que vienen diferentes institutos de Barcelona, ahí en la Autónoma se llevan tres semanas haciendo diferentes talleres con la idea de fomentar la universidad para el alumnado que va regular de estudios, con la idea de vamos a estudiar fuerte, este es el curso que nos queda para luego ir a la universidad, es como descubrir la universidad, y ahí se hace un taller, que lo hago yo, de un buen cuerpo, una buena alimentación, quizás tú lo conozcas,

al alumnado de secundaria, y es curioso como a través de imagines y analizar críticamente videos, anuncios, películas tal, como el alumnado se sorprende con cosas relacionados con la alimentación, que no se lo esperaban, que uno se pone una zapatilla y adelgaza, saber que te pones una crema y ya tienes abdominales por la noche, es un poco de...

Moderador: de derribar mitos

G1 : Sí, pero de hacerle reflexionar porque hay cosas que no se han parado de pensar ¿no?, si son las que son, es que como no, ¿Cómo *Reebok* va a hacer una publicidad engañosa? Con mirar está demostrado, además con las noticias, muestra les enseña y se crea debate; y romper con ideas y decir "madre mía, sí que es verdad", quizás si me cuestiono muchas de las cosas, porque al final de cuentas te das cuenta que en educación secundaria por mucho que te digan, no es bueno beber, no es bueno fumar todos lo hacen...

G3 : Todos

G1 : Todos los hacen y por mucho que se le dicen, lo hacen igual

G2 : El que no lo hemos hecho seríamos bichos raro

G1 : o lo hemos hecho, porque yo cuando jugaba fútbol, y salía y lo que sea, pero a lo mejor era más responsable en ese sentido, y yo creo que ha sido más por mi persona que no tanto por lo que me han enseñado, o ni por mi familia, yo creo una cosa que va por un poco, bueno no sé si...

Bueno yo creo que debería cambiar el tema de lo que han dicho, sistema de evaluación, fomentar la autoevaluación, espíritu crítico, creo que el alumno... debate, mucho debate en torno a ello, viendo si de esta manera si es que se puede llevar un aprendizaje más significativo, y los contenidos interdisciplinarios, por supuesto, sino solo lo dice la educación física, sino que también el profesor de naturales, de biología tal, y vamos de todos un poco a una.

Y otra cosa también que se me ocurren, también a actividades voluntarias, en que el profesor de educación física se vea involucrado, pero por ejemplo se me ocurre, ir a correr, quedar un sábado o un día después del colegio, ir a correr o a pasear e ir a ver tal cosa, no sé, diversificar las actividades y que el profesorado, incluso la familia se pueda implicar...

G3 : o con una obligación del colegio, como algo extra

G1 : Sí

G3 : porque el sábado hacemos tal cosa y la gente... los niños se motivan mucho más, salir con sus familias, su novio

G2 : Y es muy importante la familia

G3: Claro

Moderador: La familia es la primera escuela, y los niños siempre están ahí y los no tan niños como decías tu

G2 : Todo lo que has dicho me ha gustado, pero lo último esto, que decías me ha gustado el concepto de hacer una oferta de incremento de.., a ver... incrementar oferta de la práctica de actividad física

G1 : Diversificarla

G3 : Muy positivo eso

G2 : Y el hecho de implicar a las familias, lo que pasa es que... el problema aquí es que, sobre el papel esto es muy bonito, de decir, a lo mejor el profesor de educación física podría hacer voluntariamente, fuera de sus horas remuneradas, porque claro a veces, bueno a mí me pasa, bueno no tengo familia, tengo a mi madre, no tengo pareja, no tengo hijos, entonces claro dispongo de mi tiempo un poco como yo quiero ¿no? Pero un profe de educación física que tiene grupos familiares, a lo mejor... no está por la borda decir "no ahora me voy, me encantaría pero tengo mi vida" ¿no?

G1 : El tiempo ideado

G2 : La idea mucho eh? El contexto de decir, la escuela o a nivel de instituciones públicas, al nivel de... de hecho hay instituciones privadas y el nombre es una cadena de gimnasios de acá de Barcelona que es el Life, que unas de las actividades que ofrece es el "vamos a caminar o vamos a correr" y yo creo que esas entidades cívicas, se habían también organizado caminadas, y también sería un poco en

Moderador: Sí

G2 : esta línea ¿no? Pero desde eso hasta el hecho de decir he compartido de..." o una sección de *funky* y un poco que no sea del compromiso de tengo que apuntarme en el equipo de... para hacerlo y estar...o sea en el sentido de que pudieran tener más opciones de probar, a ver que me gusta, bueno eso debe ir acompañado de lo que decías, de que tengan esta conciencia de que realmente hacer esta actividad física repercute a mis alumnos, porque además lo vemos... o sea sí que hay modelos de prácticas y actividad física y vemos como los deportistas de elite, salen en la tele constantemente, ¿pero en que nos fijamos?, en el dinero que ganan o en el cuerpo atlético que tienen, no en los aspecto relacionado con la salud, y por lo mismo me ha gustado mucho lo que, de que las actividades de autoevaluación, sobre ellos mismos o sus familias, desde la perspectiva que comendabas tú, del análisis crítico, de no fijarme si esto me hace tener abdominales, si no de esto que hace que...

Moderador: Hay que considerar que en la etapa de la adolescencia ellos están muy sensibles a los estímulos y a los mensajes de la televisión, por ejemplo que promocionen el producto para adelgazar rápido o que le llega una dieta de

una amiga que hagan la dieta que solamente es de proteínas y después cambia... entonces claro, ahí hay que... creo que estamos todos de acuerdo en hacer una orientación mucho más enfocada a lo que es, porque aquí claro, en los hábitos saludables hay muchas variables, hay también muchos hábitos, no solamente la actividad física, si no que la alimentación, el descanso, el saber de una cultura, de la bebida, de no excederse, de no fumar, hay que conocer también las repercusiones y saber... entonces la época de la adolescencia es muy sensible como tu bien decías.

G2 : A ver... es que lo que pasa es que, empezare por mí mismo, es que nosotros no tenemos los hábitos saludables que deberíamos tener, no comemos como deberíamos comer, no hacemos actividad física como deberíamos..., en mi caso no fumo, pero si hay profesores de educación física que...

G1 : Que lo hacen.

G2 : Si, si, que fuman

G1 : Hay que dar el ejemplo, ¿eh?

G2 : Pero yo no soy quien para decirle a un profesor de educación física “no, tú tienes que dejar de fumar” pero esto es como los médicos ahora como no se puede fumar en el lugar de trabajo, pero en otras épocas era la escena típica, cómica del médico en su puesto, en su oficina fumando, pues no te lo fumes porque es malo

Moderador: Porque es malo

G2 : Bueno, y eso nos pasa a nosotros también, nosotros no tenemos lo hábitos que sabemos que hay que tener, nosotros si tenemos la idea y la conciencia y no lo hacemos, bueno todos nosotros si eh?, yo os aseguro que yo..

Moderador: Yo intento, yo intento...

G2 : Pero no del todo no...

G1 : Bueno, pero yo creo, perdón, yo creo que no lo tenemos porque no hemos vivido esa educación y a modo de curiosidad en un congreso que estuve en Copenhague, me llamo mucho la atención, mucho, mucho, mucho ,mucho, mucho, que estaban hablando ahí los profesores y las profesoras, bueno aquí en la sociedad, digamos Danesa, existe la cultura de hacer deporte, tenga la edad que tenga, y tenga los hijos y las responsabilidades que tenga, estaba el caso de mujeres de que dejaban... acostaban a sus niños y se iban a jugar al polideportivo del barrio, a balón mano a las nueve de la noche, o sea, eso si tu quiere te lo pones a pensar aquí, y tú crees que eso aquí en la sociedad española, pasaría? ¿Hasta qué punto se llevaría a cabo como funciona allí, esa conciencia no?, o sea piscinas que no eran rectangulares, piscinas redondas con la idea de vamos a pasarla bien, no a nadar para arriba, para abajo, para arriba, para abajo ¿no? Y van los niños, con zonas de juegos para los niños en el centro y circular con no sé qué, con obstáculos y con cosas

para nadar. Es un cambio de filosofía que en este caso aquí, no la hay.
Moderador: Está mucho más presente en el ocio

G1 : Sí.

Moderador: Tiempo libre.

G1 : Y concienciado de es importante él, y si lo paso bien y...

G2 : Es que de esta manera tiene que ver también, con lo que decías antes, si ya su vida fuera de la escuela, tiene el prestigio de vida activa, no me preocupa tanto que en la hora de... tengan que moverse, porque o sino no se mueven aquí... y el ejemplo que decías de este, la mujer acuesta a los niños y luego se va a jugar balonmano, aquí es el hombre que se va a jugar al fútbol en los campos de fútbol, que en las noches están todos llenos de qué?
De chicos.

G3 : Claro...

G1 : Y esto sería una cosa, pero vale el euro jugar, en lo que es el fútbol, así que es tiempo que ya... también influye en que en los estímulos de la persona ¿eh?

Moderador: sí, claro.

G1 : La cuestión económica.

Moderador: Sin embargo, y precisamente ahí, igual es importante destacar que nosotros podemos decir que... Así como existen ligas, y existen ciertos deportes ¿no? Promover el uso de la bicicleta, promover, tal vez el ir al colegio caminando

G1 : Caminando

Moderador: O corriendo, no usando solamente actividad predeterminadas, sino que también usar nuestro cuerpo como un sistema locomotor, un sistema de transporte, ¿no? Como la bicicleta que se está tratando con mayor medida.

G2 : Yo recuerdo unas pocas horas, me parece que eran Danesas que unos compañeros de departamentos son encargados de las cecinas que son responsables de la relación internacional, pues cuando vienen procesos de visitantes, ¿no? Pues ven y dicen, oye ¿qué tal? Y recuerdo que nos enseñaban aparte de cómo era su facultad, como estaba organizada, hablábamos más de cómo estaba la sociedad y una de ellas hacia la reflexión de... el país no me lo recuerdo, pero creo que se llama, pero da igual, en países del norte que hace mucho más frío que aquí y decían es que vamos en bicicleta, sin tomar en cuenta el frío, ¿qué tal? Pero lo que pasa que ya no fue por eso, ya no tenía, ya tenía un poco en mente, hace poco decidí venir de vez en cuando en bicicleta, porque yo voy en moto a todo sitio ¿no? Pero si yo decido salir en bicicleta de mi casa, tengo que ducharme cuando llego

porque desde... hay una subida...

G2 : Ehh, si porque nuestro gimnasio de hecho es lo que hago, el subir cuando tengo clases prácticas

Moderador: A ya...

G2 : con los alumnos de aquí, pero claro, uno aquí si yo tengo que subir un día porque tengo una reunión y voy con el tiempo justo, que ese es otro problema

Moderador: El tiempo

G2 : El tiempo porque el estilo de vida hace que sea así, pero si yo tengo una reunión a las nueve, a qué hora me tengo que levantar, porque el venir en bicicletas, en vez de llegar en moto que significa que he sudado, que me tengo que cambiar, y eso que yo tengo aquí... porque un alumno..., Yo tengo aquí mi espacio, mis cosas, pero un alumno que viene aquí, tiene que venir con la maleta para cambiarse.

G1 : Y que suerte si tiene la ducha también.

G2 : Y también si está disponible las instalaciones.

G3 : las condiciones no siempre se dan para que se pueda utilizar un medio de transporte así, que sería lo ideal sacar la bicicleta.

Moderador: Ah claro, por supuesto. No, y acá está claro que acá en Mundet, esta todo en cuesta negativa

G3: En subida

G2: Pero si, el autobús que se coge allá abajo,

G1 : Eso no debería existir

G2 : No, porque no es para tractor el subir, pero hay gente...

G1 : Sí pero es que hay personas con problemas de movilidad, tiene que haber un sistema, para la persona que no tiene esa movilidad

G1 : Ya no vamos, pero le tema de la crisis económica, lo que cuesta ese autobús es obsceno, y si te ahorras ese dinero tendrías un sistema para la persona que realmente lo necesita, luego, ahí claro, viene un apersona que dice, no es en verano, hacer esta subida, es que llevo... o en invierno si llueve, pero yo quiero decir una cosa, el día que no he venido en moto, que sea, que he venido, que he bajado hasta el metro, es que ni se me ocurre pararme a coger el autobús, evito los ascensores, o sea está ahí, y en mi casa también, hace poco no tenía ascensor, ahora que lo tengo me va muy bien porque puedo tener la bici en mi casa porque antes subir los cuatro pisos con la... pero esa es la cultura, que si hay un ascensor, ni me planteo... voy donde están las escaleras... eso, yo hice una experiencia.

Moderador: La sociedad del menos esfuerzo

G2 : Había un video, que corría por ahí, por internet si lo encuentro te lo enviare

Moderador: Vale

G2 : pero si, puedes buscarlo, no sé si en Londres, hicieron una experiencia, en el metro estaban las escaleras mecánicas y en otro lado escaleras normales, y pusieron una estructura de tecas de pianos, ¿lo habéis visto?

G3 : Sí

G2 : y que sonaban, entonces la gente subía por la escaleras para divertirse con la melodía

G3 : Sí, también lo hicieron en una estación

Moderador: Sí

G3 : Les resultaba mucho más entretenido, entonces la gente con gusto subía las escaleras.

G2 : Lo que pasa es que lo haces una vez...

G3 : Ah, claro.

G2 : Y si está ahí siempre vas a ver si la vas a subir siempre, bueno entonces que haces para que la gente suba las escaleras, iba a decir manuales, pero son pedestres, quitar las escaleras mecánicas

G3 : Pero hay gente que las va a necesitar

G2 : Pero hay gente que las necesita, entonces es un problema de cuándo es que vamos a dejar la comodidad

Moderador: A tomar conciencia

G2 : Es una toma de conciencia, no si es verdad

G1 : Disculpa, otra de las actividades que se pueden nombrar también es aprovechar los patios de forma voluntaria, los patios, en los recreos para fomentar la práctica de la actividad física deportiva, no ya lúdico, físico deportivo, o sea ya no más campeonatos de fútbol, campeonato de tal, sino que juego, que juegue la gente, que juegue, que no sea tan pasivo, pero también lo que dicen, media hora de recreo quizás, luego si suda a la dad que tiene, y todas las horas después sudado, ya verdad, pero por lo menos ahí promover cosas.

G2 : Pero, bueno como lo has dicho ahora, a mi me pasaba eso, a mi de pequeño

que era muy poco deportista, cuando iba hacia la primaria, y cuando me acercaba, bueno a la edad de secundaria el colegio tenía buenas instalaciones de patio, instalaciones deportivas a su vez, tenía la opción de... es que esas son instalaciones todo lo que estamos diciendo, entonces después nos ponemos de frontón como cuando luego hacia book en Chile, luego jugábamos en el patio, pero éramos los raros que jugaban al baloncesto en el patio, eso, luego sabías que irías a sudar. Pero claro, pero por otro lado, el hacer eso no me convierte en una persona activa, porque muchos de ellos se quedaban en la tarde, se quedaban para hacer su equipo de baloncesto, entonces a lo mejor esas horas, no falta llenarlas con estas cositas, sino que si realmente estuviera... y lo que decías no? No solo hacer equipos para hacer competiciones, sino tener opción validada de...

G1 : Actividad novedosa, que se puede hacer en un curso

G3 : Pero las realidades de los adolescentes, al menos donde yo trabajo, donde veo que los adolescentes en los recreos no hacen nada, se va toda la educación secundaria.

Claro así...a conversar

Pero actividad física no la hacen, y en mis tiempos, cuando se abarcan años atrás, si uno era más activo, pero, o sea aunque sea de género, los hombres estaban obligatoriamente jugando a la pelota y o hacían con gusto, y las mujeres a veces inventábamos a que jugar, pero hoy día se ve que los adolescentes están todos con su celular, o escuchando música.

Moderador: Saltan la media todavía?

G3 : Ah?

Moderador: Saltan la media todavía o eso ya caducó.

G3 : No, o sea yo no veo actividad física en las alumnas de secundaria, allá por lo menos, solo tecnologías, solo ocupar esto, y ocupar lo que más desarrollado tienen, entonces claro, la mayoría de ellas dudo que después tengan una actividad extraescolar de actividad física.

Moderador: claro

G3 : Entonces, es un círculo demasiado grande, entonces, por eso me acordé cuando tu decías que hay que tomar conciencia respecto a estas escaleras que suenan, tal vez haciendo un seguimiento de una semana anotando todo lo que hacen desde que se levantan o se acuestan a ver si de una manera le creamos conciencia, a ver cuántas veces dejaste las escaleras y buscaste el ascensor, tal vez un juego tonto desde un principio, como un libro campo para los alumnos, las alumnas, pero también les serviría ahí de tomar un poquitito más de conciencia y si bueno, si no necesito, si no voy tan apurada mejor subo las escaleras caminando, mejor utilizo tal cosa, mejor voy en bicicleta al supermercado, como entretenimiento, como diversión y sé que voy a llegar a casa, entonces buscando mecanismos para que vayan creando conciencia y de esa forma dar la importancia que tiene la actividad física, pero en este

mundo.

Moderador: Claro, no si, eso es lo que pasa, vamos cada vez perdiendo terreno frente a las nuevas tecnologías, del móvil, de la *tablet*, entonces precisamente, el ayudar a encontrar el tesoro ¿no? Todo sabemos acá que la actividad física y bueno hábito tienen la particularidad de los alumnos y todos sabemos la importancia que tiene para cualquier personal, tener una buena salud y disfrutar de los años que tenemos y de la mejor manera, ¿no?

Y bueno aquí viene como introducción la tercera pregunta, que podría ser la última pero la explayamos, vamos a agrandarla un poquito más.

¿Qué cambios realizarían para mejorar el aprendizaje, en esta área de la actividad física hacia la salud, como formadora de hábitos? ¿Cómo debería precisamente enfocarse? Tal vez en más horas, tal vez en modificar ciertas actividades para crear nuevas conciencias o tal vez para que se muevan más. Que podría ser...

G1 : A mí se me ocurre por ejemplo, en temas de alimentación, que no han dicho también mucho, por ejemplo en centro de secundaria, donde haya comedores, y hayan cosas, que la alimentación, en este contexto, vaya acorde con los estilos de vida saludable, a veces se habla muchas cosas, de lo que se debiese comer, de lo que no tanto y luego te encuentras la máquina llena de dulces, en el instituto ¿no? Los menú hipercalóricos ¿no? Esto es incongruencia, un poco. Eso por un lado y luego en la formación inicial del profesorado también se debería cambiar muchas de estas cosas y debería comenzar a concienciarse al futuro profesorado, a que se tome importancia a este tema, para luego cuando ellos den clases a sus alumnos estén convencidos de esta idea y promulguen de ello, y se impliquen en este fomento de hábito de vida saludable ¿no?

Moderador: Es un compromiso moral

G1 : Sí, y por ejemplo, las nuevas maneras el nuevo contenido, en relación a las nuevas tecnologías, el video, el documental de *Super size me*

Moderador: De *Súper size me*

G1 : Sí, el hombre que se dedica a comer solamente del Mc Donald, durante un mes, y casi se muere el hombre ¿no?

Moderador: Quedó con el colesterol por las nubes

G1 : Sí, fatal. Es un caso que me dio curiosidad y lo vi por internet, en una escuela en EEUU de un profesor, de... que se llamaba escuelas activas y fomentaba la educación física muy fuerte por el tema de fomentar hábitos saludables y salieron imágenes, en ese documental sala...

Moderador: ¿Te acuerdas del nombre del documental?

G1 : ¿Cómo?

Moderador: ¿Te acuerdas del nombre del documental?

G1 : El documental es *Super size me* y sale el hombre, sale un profesor de educación física de una escuela de acá mismo, o no sé de donde, pero yo recuerdo que metí en internet el nombre de esa escuela y me metí en la escuela para ver sus cosas, y disponían de bicicletas con pantallas, disponían como de la, digamos consola wii, hacían ejercicios con las nuevas tecnologías, forma más lúdicas y la verdad es que era curioso la variedad de cursos que ofrecía la escuelas a los alumnos, el estilo de vida activo. Si que es curioso, pero ahora mismo no recuerdo el nombre de... pero en un apartado del documental sale el nombre del profesor, de cómo es su escuela, y se ven los niños desde chicos a la hora de darle importancia a los hábitos de vida saludable y salen diferentes imágenes. Y como te dicen... búsquenlo en internet y sale. Un poco curioso no?

Moderador: Bien, me voy a meter en... yo vi el Super size me

G1 : Hay nuevas formas, nuevos recursos de enfocar.

G3 : Ahí estamos hablando de recursos económicos también.

Moderador: Claro

G3 : Que son necesarios, y a veces son el mayor limitante para un profesor de educación física, que como tú decías, muchas veces se ven como una asignatura más, entonces los recursos no son necesario, para ellos es lo que queda. Un mito, ustedes como profesores de educación física me lo pueden... ver si es un mito o es la verdad.
Muchos de los alumnos que están estudiando magister, creo que es porque les gusta hacer un deporte o porque tienen un alto rendimiento en un deporte, ellos eligen estudiar y ser profesores de educación física, entonces en ellos está esta conciencia de los hábitos saludables que entornan, o solo yo lo elegí como una carrera más, que yo practico desde niño, no sé, hockey patín y soy... entonces tengo que tener un título, que mejor, para que voy a estudiar ingeniería, para que voy a estudiar derecho así me enfoco en esto.

Moderador: Muy interesante, mira a mí también me gustaría abordar eso...

G3 : Luego ello, muchos no ejercen, estudian sacan su título pero no ejercen nunca, y siguen con su deporte pero muchos surgen y bueno ¿qué le entregan a estos estudiantes? Si ellos lo eligieron, no sé porque era buenos deportistas o por que le gusto, pero no tienen esta conciencia de que decía él, yo creo que los planes y programas que reciben estos alumnos de magisterio tienen que estar súper fuerte este compromiso de hábitos que luego lo tendrán que transmitir a sus alumnos.

G2 : Esto, lo que pasa es que yo, yo me atrevería a decir que pasa prácticamente en todas las carreras universitarias, tú te pones a estudiar medicina, porque tienes vocación de médico o voy a conseguir un trabajo

que cobre dinero y se ve bien

G3 : Claro, siempre se ve asociado porque tú lo eliges

G2 : Claro, entonces hay.... Por lo que yo he podido ver, desde que yo estudiaba y he visto en otras generaciones de alumnos de INEF y de alumnos de aquí, pues que muchas veces, y bueno yo creo que esto es un problema de la sociedad y voy a contradecir un poco lo que decías antes eh? Que parece que todo el mundo debe ir a la universidad si no vas a la universidad, estas actividades para eh... la vida tiene mucho más cosas que la universidad pero como la sociedad nos ven como que hay que ir a la universidad, porque o si no, no eres nadie, eso sí puede llamar a cada quien, pero si yo me tengo que pasar tres años o cuatro estudiando, voy a estudiar algo que me apetece ser, no pensando en que va a ser mi salida profesional después, de hecho no tengo que... cada mañana veo en el espejo alguien que empezó la carrera, por eso... otra cosa es que lo que te enseña después te pueda, te pueda cambiar las forma de ver las cosas. Pero yo creo que te da mucho más esas cosas que comentas, tienen otra lectura, de hecho de muchos que hemos llegado a estudiar este tipo de carrera relacionadas con la educación física, nos haya gustado la actividad física cuando éramos más jóvenes, eso hace que no nos demos cuenta de que la edu... la actividad física no motiva a todo el mundo por igual, entonces pensamos que a nuestros alumnos, niños y niñas, jóvenes, en las escuelas, la actividad física les debe de gustar, como no les van a gustar la actividad física, como va a ser que no te gusta si es una cosa divertida, te hace sentir bien, liberas hormonas, pues hay gente que no le gusta, o les gusta otro tipos de actividad, porque el yoga también es actividad física, pero tiene componentes muy diferentes , no sé yo, no sé cómo me lo plantearía hacer yoga, en las escuelas, no digo que no se pueda, digo que no da lo mismo, pero de entrada no se me ocurre que las practica de las actividades motrices es muy variada, y no sabemos buscar como motivar a los alumnos, porque esa labor que es para nosotros por el simple hecho de realizar actividad física, ya es motivante. Pero en ese sentido me ha gustado mucho la idea del buscar a lo mejor no tengo los recursos económicos para que en mi escuela haya bicicletas con pantallas o no sé qué, o para plantear en las escaleras en centro, un piano que suene, pero yo creo que el concepto que le resume es buscar, es que no tengo la respuesta, buscar a la forma que motive a estos chicos y chicas a hacer actividad física a lo mejor a hacer, a lo que decías antes, a reflexionar, sobre cuál es tu estilo de vida, que haces, cuantas veces usas el ascensor y las escaleras y analizar tus... las pulsaciones hasta.. pero con el peligro de que cuando estas en clases, no sé si me abollé, pero con los estudiantes de magister de educación física cuando hacíamos asignaturas con bases biológicas del movimiento y hablamos del tema de la alimentación, y hablamos del IMC, aunque yo lo quemaría y hablas de cuestiones como la obesidad, que problemas existen en los aprendizajes, que colectivos tienes, hay personas que en la mayoría de ellos, aunque son activos, comerán mejor o peor, beberán, fumarán o no, pero su estructura corporal es la que es, luego lo que pasa es que haces este colectivos con estudiantes de magister de primaria, de música, da lo mismo la

especialidades, y te pones a hablar de los problemas de la obesidad y tiene adelante a cinco, seis, ocho personas, y estas pensando, estoy diciendo: estoy diciendo esto y me estoy sintiendo mal porque no sé si te sentirás ofendido con lo que te estoy diciendo porque esta gordo, o estas gorda, pero no es tu intención, entonces me planteo que peligro hay cuando tienes unos niños y niñas en clases con problemas de obesidad, de empezar a explicar que la obesidad es mala, no es eso lo que decimo, pero veces parece que eso es lo que transmitimos, no es que tú estas gordo y eso está malo.

G3 : Bueno, y como abordar porque hay que pensar que estamos trabajando en una edad que decíamos antes, que está súper expuesto a lo que es a las vanidades, y a todos los trastornos, y pasamos de una niña obesa que herimos sus sentimientos, a una anoréxica a full porque el profesor me dijo algo que me entro aquí y no me lo saque más, entonces súper complejo como abordar el tema, ahora las planificaciones de los profesores de educación física deben ser súper variadas, de lo que tu decías, no siempre debo quedar en los mismos deportes, fútbol, básquetbol, y no sé qué... porque ejemplo, lo que dije hace rato, yo tengo bueno recuerdos de esa etapa, tuve un profesor que nos hizo variado deportes, y fue súper entretenido, en mi vida no había lanzado la jabalina, lo hice pésimo, pero el resultado no será el mismo, porque no siempre hice lo mismo, escalar, teníamos muro de escalada en el colegio, al otro día, lanzar la bala, jugar hándbol, entonces... salto alto, salto largo, entonces trataba de incorporaba alguna áreas y más de una te gustaba y te sentías cómoda , tal vez cuando me hacían hacer un abdominal por segundo era atroz pero tal vez cuando me hacían lanzar la jabalina se me hacía más atractivo y por lo tanto me gustaba más ese deporte, entonces creo que eso también es súper atractivo, que estos nuevo profesores, tengan una gama amplia de ofrecerle a sus estudiantes, que tengas distintas propuesta de educación física, a que hacer siempre lo mismo, porque eso a veces no les motiva a los estudiantes.

Moderador: claro, eso es muy importante, ya que tú tuviste una buena experiencia, y tú puedes contarlo con satisfacción.

G3 : Claro era divertido saber que cada día habría una actividad física distinta, que te podías proponer algo diferente que no era tradicional, entonces eso hacía que fuera un poco más motivante la clase de educación física, no era ver al mismo profesor haciendo lo mismo, el mismo discurso, como tú mismo dices, tantos abdominales se hace, tantas corridas se hacen porque eso es lo que dice la tabla, pero a lo mejor mi condición física es pésimo, entonces dentro de esta variedad el sistema de evaluación puede ser más simple, por ejemplo de todo el semestre que fue lo que te gusto más a ti, como te gustaría ser evaluada, tal vez es una forma de evaluar el contenido, pero tal vez atendiendo las individualidades de cada estudiante.

G1 : También el tema que estaba diciendo la compañera, es que... creo que se me ha ido la idea... el tema de los contenidos, creo que es lo que iba decir, espérame déjame un poquito aquí, porque me he ido ahora mismo.

G2 : Me ha resultado curioso, escuchar esa reflexión, que esta asignatura que viniste a hacer el cuestionario, de habilidades motrices e iniciación deportiva, una de las cosas que tengo escritas, acá en el *power point*, es que un proporcionado número de alumnos en variados práctica, para que tengan más posibilidades de escoger, donde quieren ejercer en su... porque no solo sea el correr y tomar el tiempo, voy a hacer actividades deportivas para... pero hago fútbol y balonmano, fútbol y balonmano, fútbol y balonmano, a lo mejor no a todos les gusta , y no solo porque sean actividades deportivas y expresivas, porque a lo mejor hay a alguien que le gusta el teatro, entendido no solo como declamación si no como la expresión corporal y eso implica que a lo mejor tengo que hacer rítmica en el colegio y seguramente los niños, más precisamente masculino van a decir pero es que a mí esto no me, pues como vengo, no vender el plan como engaño sino...

Moderador: Sino como los motivo

G2 : como presento las actividades para que todos los niños y niñas entiendan que cualquier tipo de actividad puede ser viable y que no llegamos a caer en la trampa de estoy consiguiendo que las niñas no quieran hacer actividad física porque les estoy enseñando algo que no les gusta, o que sean niños o niñas no quieren realizar actividad física porque los modelos que estoy presentando no sean en sus contexto pero estoy corriendo el peligro de caer en la trampa, hago tanta variedad, tanta variedad que no llegan a prender nada y se quedan con la idea que de que si he aprobado, pero como no lo sé no se va a generar el hábito de jugar, lo que pasa es que yo soy más de la idea de hacer variedad para que vean las cosas, pero otros compañeros míos no, pero si haces tanta variedad que no se les queda nada.

G3 : depende de cómo lo plantea, porque en un año tiene varios meses para ir trabajando ¿y si la carrera dura cuatro años también? En 4 años si tú haces un programa bien estructurado de primero a cuarto tienes para pasar distintas actividades, tampoco que todas las clases sean distintas, tal vez yo.

G2 : Si, no, no, no.

G3 : pero te permito conocer un poco de toda cien pero en algunas no conocerás de en profundidad, pero no siempre pasaras futbol, hándbol

G2 : pero es que a mí no me tiene que convencer

G3 : Estas convencido

G2 : Yo lo veo así, te has apuntado a lo que vas a decir verdad?

Moderador: Es de muy utilidad el ayuda memoria.

G1 : La verdad es que sí. A raíz de eso la idea es que el profesor sea orientador también, hago un abanico de actividades, pero luego también oriento según las individualidades y experiencias, hablando de también porque a lo de educación física le gusta la educación física, yo creo que también influye el tener experiencias positivas, experiencia de éxito durante su escolarización y durante las actividades que realizaban, porque estoy seguro que a modo del éxito consiente, porque se puede decir gane porque era el mejor en la escuela, pues por eso, no si no de aceptación de los compañeros etc., porque estoy seguro de que mucho de las personas de las cuales no les gusta, hoy por hoy tiene pánico incluso y reaccionan mal a la educación física, se debe a experiencias negativas o frustrante en el área, estoy seguro, seguro, seguro, seguro, o el área, familiares, o de vergüenza, de ridículo de... claro si estas personas en la escuelas no han hecho futbol, voy a poner un ejemplo van a tener mala experiencia porque no han sido competentes motrizmente, o lo que sea, luego llega al instituto y una unidad didáctica completa un trimestre entero haciendo fútbol, claro, tu entenderás, esta persona cuando salga afuera no quiera ver el futbol ni en pintura, y luego en la autónoma si es que hay la posibilidad de dar clase a gente de mes, teniendo la suerte antiguamente, hace 4 años ya ahora dar clase de educación primaria general nota mucho el perfil del alumnado pero brutal en el sentido de actitud hacia la actividad física , ante cualquier actividad nueva propuesta eran más activos, vamos y todos participaban, y ahora con el simple hecho de que el profesor explique, el alumnado se siente , y eso es un claro ejemplo, cambio de juego y el alumnado se sienta, son pocos activos lo que me doy cuenta ahora,

Moderador: ¿Qué clase les estás dando, G1?

G1 : Ahora cuerpo y voz, son muchas actividades de expresión corporal, y una de las cosas que evalúo, que valoro, es la actitud hacia la materia, las actividades porque me da mucho coraje, me enfada, el que este explicando y explico la dinámica y lo hagan un minuto y el resto se queden charlando y se sienta y el resto sigue haciendo la actividad, yo he dicho que... no porque ya hemos acabado, pero si yo no le he dado duración a la actividad tienes que ir y ahí se nota mucho la predisposición a moverse ahí hay mucha diferencia y con uno de esos curso hice una sesión de futbol no es más decir la palabra fútbol porque? Porque el grupo mayoritariamente era femenino y ya sabemos lo que pasa por desgracia mayoritariamente a la chicas no se le han ofrecido esta dinámica del fútbol... uff que rollo del futbol y tal, el tema que hicimos juegos cooperativo y al final dijeron nunca habíamos pasado fútbol de esta manera, si puedo dar hasta toque, puedo dar toques con la pelota, la cosa que nunca habían probado, y entonces es un poco ... del tema del profesor orientador, cambiar las dinámicas de las actividades y experiencias positivas

G2 : en el grupo que antes tenías, en el grupo de que lo estaba haciendo meses

G1 : sí, hace 4 años

G2 : y ahora todavía tiene alumnos que no eligen su itinerario

G1 : no, no generalices, cuando tengo algunos de primero que no han elegido su itinerario, y tengo generalistas.

G2 : Cuando tienes esos grupos que no tienen su itinerario, y dices que se nota, dentro del grupo se notan las diferencias entre lo que piensas, tú vas a ir a..., tú eres de lo que vas, el estereotipo o la imagen, tú tienes pinta de educación física

G1 : Y la actitud, sí se nota

G2 : Yo hice un comentario sobre lo que has dicho las empresas de éxito se han llevado a... si
Hace que nos estamos hablando de cosas personales, pero en mi caso, yo soy un caso raro de INEF, yo de pequeño hacia Judo pero era más psicomotricidad, te movías en el traje de judo, y a mí me hubiese gustado competir con alguien para empezar, no se me daba bien el básquet, ni el futbol, yo en mi educación primaria es que el malo, el que no ya no jugaba porque sabía que si me ponía a jugar era un desastre

Moderador: siempre en la banca

G2: en el caso de educación física curiosamente, no eran muy antiguas de las de gimnasia sueca, luego ahí empezamos un poco... Pero como no era actividad deportiva a mí me gusta, si hubiese sido otra no me hubiese gustado y teníamos una piscina en el colegio y teníamos clases de natación y además eran juegos acuáticos

Moderador: Largos

G2: Claro era un desastre porque mi condición física era fatal, y curiosamente por razones personales, pero de casualidad porque mi hermano vi que se ponía a hacer flexiones y mi condición mejoro y entonces me gusto, incremento muchísimo como me gustaba a mí las clases de gimnasia, de natación, porque entonces no me sentía tan a gusto, eso nos lleva a tema de hace rato, la actividad física nos motiva a alguno a otros no, pero a los que no motiva no tienen esa visión de éxito porque a lo mejor esa firma de conseguir es que me gusta mucho el concepto es que cada uno de niños y niñas tenga estas experiencias de éxito y eso se basa en lo que comentabas

Moderador: En la variabilidades

G3: Tenemos claro que como profesores podemos bloquear a los niños para toda la vida en el área que sea

Moderador: O motivarlos

G3 : O motivarlo si o no. Es así, nos guste o no, tenemos eso de hecho

Moderador: De hecho en Chile hay un dicho de que los alumnos aprenden pese a los profesores, a pesar de los profesores

G3 : Entonces no está malo a veces tenemos algo súper potente entonces no podemos bloquear o por solo hablar de la obesidad de mala forma, tarjamos a alguien por eso digo que en esta variedad nos permite, o les permite a ellos a ver en que son mejores, que le gustan me quede pensando de lo que dijo de haber visto algún par de profesores, o sea está bien, yo creo que no puede estar todo el día moviéndose, pero que estar en una posición muy estática sentado solo pasando el tiempo no muestra ni siquiera la actividad, no es activo, entonces que motiva a los niños?, me ha pasado también acá en un par de clases, que se nota la diferencia de los profesores, que viene y te tiene haciendo una actividad y otra y el igual está unido y hagamos esto te motiva con su actitud la actitud dice mucho de la persona, el que es muy pasivo solo te da las instrucciones y te deja, entonces creo que también eso pasa en profesores que también están los jóvenes recién egresados con mayor actitud, soy profesor y solo dicto la clase, educación física debe ser un profesor más dinámico, que muestre la actividad, que se entusiasme con el alumnado, entonces también ahí al incorporar eso a estos profesores.

Moderador: Practicar y practicar

G3 : Practicar y practicar. Ah! tengo una argumentación que me quede pensando, de lo que él dijo el, tal vez con los grandes es difícil de explicar pero en mi área con los pequeños, es más fácil, porque hay que reeducar a los padres en mi casa, hagan comida saludables, te encuentras con todo con lo que ellos encuentran saludable, con los grandes es más difícil crear una minuta, sería extraño, pero si promover en las máquinas en los negocios que se venden frutas...

Moderador: Quioscos saludables

G3 : Sí. Y se han obtenido buenos resultados

G2 : A veces en secundaria la alimentación es como tu decías, tiene clase una persona o un... a veces la alimentación no depende de ellos

G3 : Claro, viene de la familia

G1 : Llega a un punto de decir,... y más ahora con la crisis actual

G2 : es que la alimentación es mala porque no tiene la fomentación en las escuelas pueden comprar dulces, pero no pueden comprar frutas...

G3 : Ahí habría que hacer un trabajo con los padres, a través de charlas, en reuniones de apoderados, o sea se forma un grupo acá y vamos a trabajar y proponer alimentación más adecuada para su hijo.

G1 : Y de hecho... se le preguntaba en los fin de semanas que coméis en la calle? Lo que le permite su economía esto quiere decir que Mc Donald, amasandería, pizzas.

Moderador: Algo barato y que lo sacie

G1 : Porque me tiene que sobrar para beber

Moderador: Claro

G1 : Entonces poner en marcha...

G3 : Si es complejo, complejo

Moderador: sí, y volviendo a la pregunta y a lo que tu dijiste que encuentro que fue muy interesante que es sobre la gente que entra a estudiar la educación física no? Pues a mí también, mucha gente cree que cuando uno entra, lo hace para especializarse en su entrenamiento, mucha gente cree que va a precisamente, y que lo puede hacer una vez egresado de la carrera, perfeccionarse en su deporte que trae previamente, muchos desconocen que van a ser docente, van a ser educadores y creen otra cosa, creen que van a una sesión de entrenamiento y especialización y se llevan un gran descontento cuando se dan cuenta que tienen que estudiar didáctica, cuando su carrera va en otro aspecto, no ve relacionado con el rendimiento deportivo, si no del aspecto de formación o sea van a ser educadores y formadores, y muchos entran sin saberlo, y tal vez lo va a llevar a terminar con su rendimiento y su desempeño.

G2 : Aunque... todo niño debe ir a la universidad, que si tú quieres dedicarte al mercado al ámbito deportivo, hay muchas sesiones para hacerlo, pero pasando por la universidad, fácilmente hay dos, pero a lo que han estudiado de modo formativo, o tomas un curso como técnico, o sea igual se ve en la sociedad porque te dice, no si no tienes un título universitario, te voy a pagar menos, te voy a dar trabajos más inestables, entonces estamos vendiendo eso

Moderador: Hasta qué punto tiene relevancia la sociedad.

G3 : Te obliga a...

G2 : Yo quiero la universidad solo porque la sociedad me empuja a ello y queda busco... del abanico de posibilidades que hay, es más de lo que hay

Moderador: Claro, hay que tomar el estatus también

G3 : Es lo que está más cerca también

G1 : Yo creo que también hay una cosa que se debería cuestionarse. Hasta qué punto las educación física federadas tal y como la entendemos hasta ahora, son saludables

G1 y G2: Son saludables

Moderador: Y mucha veces, lo que vemos, o lo que se muestra en televisión es que se ve es el deporte, cuando mucho se habla de deporte y especialmente en Chile, el deporte es el fútbol, es el fútbol y por lo menos aquí, es el balonmano, el baloncesto, pero allá en Chile es el fútbol, y lo otro cuando estaba Tomas González, porque es un campeón olímpico, pero nada más o cuando Chile ganó el oro en Atenas, pero luego se vuelve al fútbol es el gran... es el gran rey del...

G3 : Está cerrado

Moderador: Claro. Y no se sale...

G2 : Acá ha pasado también que los ciudadanos de aquí hemos, o han hecho un poquito de bicicleta cuando corrían en..., la raqueta a de tenis cuando juega Nadal y no nos acordamos de la Fórmula uno porque...

Moderador: De hecho, precisamente, o sea se muestra en los juegos olímpicos, se muestra el deporte de alta competición, pero claro hay que ver que esas actividades, de salud poca porque ahí, el deporte de alto rendimiento es para ser el mejor, y muchas veces ¿a costa de qué? Muchas veces a costa de lesiones, de salud, muchas veces en el deporte...

G1 : El dopaje

Moderador: Claro, el dopaje y muchas veces la medalla está colgada de aquí, pero de qué manera

G2: Y eso... perdona

G3: Dentro del conocimiento, no está muy claro, pero el alto rendimiento, al revés de hábitos saludables, te lleva a más lesiones, a alimentarte de otra forma, entonces es todo lo contrario a lo que queremos promover, los hábitos de vida saludable en la vida diaria.

G1: Claro, los mismos chinos, cogen a los chavales para exactamente la división de gimnasia, lo sabemos, los niños deben jugar y no llevar un ritmo bajo...

G2: Una frase que digo mucho, yo creo que la actividad física saludable, el deporte no. Cierto? Porque el deporte practicado en tiempo libre...
Y como decías tú también de las lesiones, y eso que es en las personas que

vemos, vemos a Nadal... pero no vemos a los que han llegado a quedar en el camino por que han sufrido una lesión, algunos se han quedado porque esto no me convence, y eso es lo que has dicho de los chinos, del sistema de evaluación, era muy claro, es decir, no tenían... o no veían, a ver qué es lo que tenéis.

A un millón que le gustaba hacer esta actividad, en vez de un millón a uno sacan, y si hay dos buenos, a los 998 lo echan por...

G3: Claro

G2: ¿Que ha pasado con ellos no?

G1: Y las lesiones, eso es en personajes conocidos, porque a veces pienso, que hay pocas lesiones para toda las actividades que ponen a... en el deporte de ocio, como las ligas de fútbol que se forma, que hacen empresas, y tal... pocas cosas pasan, para todo lo que pudiera llegar.

Moderador: Sí.

G1: Y de equipos federados, incluso pocas lesiones musculares y cosas que pasan para todo lo que hacen no?

G2: Bueno, pueden ser seleccionado y todo, pero creen que son "Superman", con los músculos así de grande... bueno evito a los demás, pero han llegado a donde están porque son "supermanes", por eso se encuentran en ese estado, pero si no tienen el organismo que tienen, serian de lo que han quedado en el camino, entonces no... es que cuanto corre, cuanto salta, tal, y lo queremos hacer, entonces y aun suerte...

G1: Pocas cosas pasan para lo que yo veo en... no cuantas cosas están por debajo

Moderador: Y por lo mismo, yo soy de esos lados de los que éramos malos con los valores, pero bueno en el artes marciales, en lo deportes individuales, yo también me fui por ahí, y una veces cuando estábamos en el dojo, y decía, falta uno, y porque falta, no porque fue a jugar fútbol y se lesionó, entonces yo veía menos lesionados siempre en artes marciales, que en fútbol, el fútbol siempre lesionaba a las personas, que el tobillo, que el aquí que allá, en cambio cuando uno está en arte marciales, uno se prepara para recibir y a dar o a caer, en el caso del judo, pero increíble, acá lesionado uno, en el fútbol, todo el resto.

G2: Durante la carrera tuve un accidente en ambos tobillos, no jugando rugby, ni jugando fútbol

Moderador: Claro.

G2: Ahora a mí me gusta... o sea a mí me gusta jugar el fútbol

Moderador: No, a mí también

G2 : Me empezó a gustar el básquet cuando me dio lo mismo cuando vi que era bueno o no era bueno, me gusta me la paso bien, y me da lo mimos si la fallo o...

G3 : Yo creo que también eso hay que romper, muchos profes van cayendo en este juego de la competencia, cuando le enseñan el deporte a sus alumnos, entonces se forma la rivalidad, tu estas vetada a no jugar, ¿para qué? Si vas a jugar mal, y después sigue el resto de tus compañeros, no juegues y a largo te vamos a poner, entonces te hieren tanto que no lo quiere hacer, y es ahí que el docente debe tener claro su rol como profesor.

Moderador: Es muy importante

G3 : No estamos haciendo competencia, yo lamentablemente lo he visto en mis clases de magister con mis compañeros, muchos de ellos vienen de INEF, y tengo la duda, lo iba a preguntar después, de que si INEF es más competitivo, porque nos ponen hacer actividades recreativas en sillas de rueda, al otro día básquet, pero ellos, así como: pero dale, dale, es que no entro, ¡que el otro equipo no tiene que ganar!, pero si estamos jugando.

Moderador: Si, sí, estamos de acuerdo, que tiene que ganar

G3 : Y tengo alguno que tenemos que integrar con ciertas necesidades educativas, entonces menos estamos haciendo un código de integración y ellos dale con que tenemos que ganar, y porque no das el paso, y yo digo, como se nota que yo no soy profesora de educación física. Yo veía ahí la diferencia, que yo estaba jugando, estaba tratando de pasarlo bien, y quería disfrutar el momento, y no hacer la competencia por hacer el punto o marcar, entonces que van a hacer ellos cuando hagan su clase, van a transmitir eso, o van a lograr no transmitirlo, no digo que la competencia no sea bueno, si igual la competencia a veces es entretenido y atractivo, pero tenemos que tener en cuenta como... con que vía lo transmitimos a estos alumnos

G2: Cuando yo tenía, cuando yo hacia INEFC, tenía la misma sensación de un juego, donde estaban haciendo trampa para ganar, pero yo no creo que sea, esa una percepción, porque INEFC es más competitivo, porque a la mayoría de las personas que le ha gustado la competición, es porque tiene ese espíritu competitivo, entonces que han llegado a ser INEFC.

G3 : Han llegado a ser INEFC. Pero lo traen con ellos, no es la INEFC

G2 : Claro, yo en el judo, no hacía, o sea no competía, pero después me saque un titulillo, no de árbitro, sino de los que estañen la mesa anotando...

Moderador: Claro, claro

G2 : Y cuando estaba en la mesa y veía a los competidores, si hacían proyecciones, y se escuchaba ¡bien! Unos coritos, unos salto, "solo faltaba hacer así para..." y los veía y pensaba, bueno por eso mismo yo nunca he

sido y seré, bueno ahora no puedo por mi edad, deportistas de competición, porque a mí me gusta jugar y no competir, no es que me da igual perder, pero no me molesta perder, lo que me molesta es cuando no sabes que hacer, es que realmente soy espantoso, y me gustaría... me preocupa relativamente poco, evidentemente, yo creo que todos tenemos la satisfacción, me ha salido bien y tal, pero yo no me veía a mí mismo en una pita de básquet, o de judo haciendo un “cielos” y yo creo que, yo creo que si no tienes ese espíritu no llegas a ser un ganador en tu deporte, porque si no lo tienes... yo creo que esos se arrastra no?

G3 : yo lo encuentro muy bien que en su deporte tengan ese coraje y todo, pero que va a pasara cuando ellos tengan su práctica como docente si algún día llegan a ejercer.

G1 : Que ni lo han planteado.

G3 : Claro.

G3 : Y ahí ojo quien esté a cargo de ellos, porque si ellos transmiten eso a sus estudiantes, muchos le van a seguir el juego y...

Moderador: La importancia de la tradición

G3 : Y lo van a lograr con el profesor

G2 : Reproduce el cómo me han enseñado a mí y si no se le... espíritu crítico, de decirle “oye, ¿esto por qué es así?”

G1 : ¿Pero cuál es el objetivo?

G3 : y aquí toman importancia lo alumnos de magisterio, o sea que le transmiten a ellos, cuáles son sus bases iniciales, porque la competencia es buena, pero esta super perceptible a adherir entonces en este caso, donde tienes a 30 alumnos, se van a apasionar, y te van a seguir y a otro lo vamos a bloquear, y va a decir “yo no soy bueno”, como no soy bueno, que aburrido ir a la clase de educación física.

G3 : Que mal, que aburrido, porque no la van a estar pasando bien, va a sentir siempre que lo van a dejar ahí rezagado, y van a jugar los mejores, por eso me lo cuestionaba, porque a veces yo me rio, en el buen sentido de mis compañeros y me pongo a pensar y digo “qué manera de ver la diferencia entre ellos conmigo, yo que trabajo con niños, y veo la actividad física como entretenimiento, como un trabajo cooperativo, como que todos disfruten, como el que gana bien y vibramos todos con que el que gana, pero no está rivalidad.

Moderador: Exacto

G3 : y en ellos se nota mucho esta competencia, muy marcada

Moderador: Muy bien. Lo importante ahí, para ir cerrando un poquito, lo importante es ser profesor y orientador

G3: Sí

Moderador: más que un entrenador y creo que esa sería como la gran conclusión ¿no? Que hay que saber orientar en cuanto a los objetivos y saber llegar, y saber hacer una conciencia, crear una conciencia en los alumnos, así que eso.

Y muy bien, muy agradecido, salió una conversación muy buena, muy rica.

G2 : Espero haber ayudado

Moderador: Si, por supuesto, por supuesto. ¿Alguna nota al pie? ¿Una nota de cierre?... Bueno pues si no hay, les agradezco mucho otra vez que hayan venido y espero que lo hayan pasado bien y ha sido una experiencia positiva.