

D. 845333

L. 845340

Universitat de València

FACULTAT DE FILOSOFIA I
CIÈNCIES DE LA EDUCACIÓ

	UNIVERSITAT DE VALÈNCIA REGISTRE GENERAL ENTRADA
28 ABR. 1999	
N.º	51997
HORA	14 h. 9 m.
OFICINA AUXILIAR NÚM. 19	

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

Presentada por:

VÍCTOR M. PÉREZ SAMANIEGO

Dirigida por:

DRA. DÑA. RAFAELA GARCÍA LÓPEZ
DR. D. JOSEP DEVÍS I DEVÍS

València 1999

UMI Number: U602878

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U602878

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE FILOSOFIA
Y COMUNICACION
BIBLIOTECA ESCA
Reg. de ... 57.657
Fecha: 23-9-1999
Signatura _____

A Juan, a Carmen y a mis padres.

A Caroline, por la alegría.

“Lo esencial es invisible”

Antoine de Saint-Exupéry

Hay tantas personas a las que agradecer su ayuda en la elaboración de este trabajo que seguramente no me acordaré de mencionar a todas (espero que las ausentes me disculpen). Comenzaré dando las gracias a Rafaela García por haberme dado generosamente la oportunidad de trabajar con ella y por formarme en un tema que yo desconocía absolutamente. A Pepe Devís no le quiero agradecer nada en especial, sino en general todo; que sepa que le quiero mucho más de lo que le he odiado. Espero que los dos estén al menos tan satisfechos del resultado como yo lo estoy del proceso de trabajar con ellos. Ha sido una suerte y un privilegio contar con ambos como directores de esta tesis.

Quisiera expresar mi agradecimiento a la Escuela Universitaria de Magisterio EDETANIA por las facilidades prestadas para realizar la investigación, así como al alumnado que se ha brindado a participar en ella. Mi más profunda gratitud a Carmen Peiró y José Guzmán. Gracias a su ayuda cálida y de calidad he podido digerir los peores tragos. No puedo dejar de nombrar a todos mis amigos y amigas del SEFS: Fus Primo, Roberto Sánchez, Eva Ballester, Maria Josep Gomar, Amparo Hernández, Xavi Devís y Ciro Ballester. Gracias por su participación en la elaboración del cuestionario y por haberme cedido sus materiales de trabajo. Mi gratitud también a mis compañeros Rafa Merín i Guevara, Santi Vivo y Francesca por su paciencia y caridad.

A los que más me han sufrido durante el embarazo y parto de esta tesis, Carolina y mi familia, gracias por nutrirme con su comprensión, muestras de afecto y platos diversos.

Gracias a todas y todos. Quid pro quo.

ÍNDICE

Introducción.....	3
--------------------------	----------

PRIMERA PARTE. EL MARCO TEÓRICO.....	9
---------------------------------------------	----------

Capítulo 1. La concepción del cuerpo humano y su relación con el movimiento.....	11
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1.1 Supuestos antropológicos básicos.....	15
1.1.1 Dualismo	15
1.1.2 Concepciones monistas	20
1.1.2.1 Cuerpo e inconsciente en el psicoanálisis.....	21
1.1.2.2 Corporeidad en el existencialismo y la fenomenología.....	24
1.1.3 Concepciones sociales	26
1.1.3.1 El tránsito de las concepciones naturalistas a las concepciones sociales.....	29
1.1.3.2 Cuerpo y cultura posmoderna.....	32
1.2 Cuerpo y movimiento.....	38
1.2.1 El cuerpo objeto.....	40
1.2.1.1 El cuerpo máquina y el motricismo.....	40
1.2.1.2 El cuerpo como objeto estético.....	46
1.2.2 El cuerpo como sujeto.....	56
1.2.2.1 La concepción vivencial del cuerpo	57
1.2.2.2 El cuerpo como sujeto estético.....	62
1.2.2.3 El cuerpo como sujeto ético	67
1.3 Reflexiones finales	71

Capítulo 2. La salud y la actividad física: conceptos y relaciones	73
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------

2.1 La salud y sus concepciones.....	76
2.1.1 Concepción estática de la salud.....	76
2.1.2 Concepción dinámica de la salud.....	80
2.2 Conceptos de actividad física, ejercicio y deporte	93
2.3 Referentes de la condición física	98
2.3.1 Referente productivo	101
2.3.2 Referente deportivo.....	104
2.3.3 Referente de salud	107
2.4 Beneficios y riesgos de la actividad física.....	113
2.4.1 Efectos de la actividad física para la salud	114
2.4.2 Beneficios, riesgos y cantidad de actividad física.....	119
2.4.3 Relaciones dialécticas entre riesgos y beneficios.....	123
2.5 Relaciones entre actividad física y salud	137
2.5.1 Actividad física centrada en la condición física.....	137
2.5.2 Actividad física orientada hacia la práctica	140
2.5.3 Criterios de actividad física y salud orientada hacia la práctica.....	141

2.5.3.1 Gratificación.....	141
2.5.3.2 Continuidad.....	146
2.5.3.3 Adecuación.....	148
2.5.3.4. Autonomía.....	150
2.5.3.5 Seguridad.....	153
2.5.3.6 Crítica.....	156
2.5.4 Relación entre los criterios.....	161

Capítulo 3. Actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud..... 163

3.1 Introducción al estudio de las actitudes.....	166
3.1.1 El concepto de actitud.....	166
3.1.2 La actitud desde la Teoría de la Acción Razonada.....	170
3.1.3 La medición de las actitudes.....	176
3.2 El estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.....	180
3.2.1 Actitudes hacia la actividad física y la salud desde la Teoría de la Acción Razonada.....	180
3.2.2 Hacia una concepción multidimensional de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.....	186
3.2.2.1 Actitudes y regulación comportamental.....	186
3.2.2.2 Actitudes desde la Teoría del Intento (Trying Theory).....	191
3.2.3 Actitudes hacia el resultado y actitudes hacia el proceso.....	193
3.3 El desarrollo de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.....	201

SEGUNDA PARTE. LA INVESTIGACIÓN..... 205

Capítulo 4. Metodología de la investigación..... 207

4.1 Definición del problema.....	210
4.2. Objetivos e hipótesis.....	212
4.2.1 Objetivos de la investigación.....	213
4.2.2 Formulación de las hipótesis.....	214
4.3 Diseño de la investigación.....	215
4.4 Instrumento de medida: elaboración y validación del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud. (C.A.A.F.S.).....	219
4.4.1 Proceso de elaboración del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.).....	220
4.4.1.1 Elaboración de un sondeo.....	220
4.4.1.2 Elaboración y validación del cuestionario-escala para medir las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.....	221
4.4.2 Análisis factorial confirmatorio.....	224
4.4.2.1 Procedimiento y muestra.....	224
4.4.2.2 Comprobación de la validez de constructo del C.A.A.F.S.....	225
4.4.2.3 Análisis de la consistencia interna.....	228
4.4.2.4 Versión definitiva de Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.).....	230
4.5 Selección de la muestra.....	231
4.6 Análisis realizados.....	233
4.6.1 Análisis realizados en el pretest.....	233
4.6.2 Valoración del programa docente por parte del alumnado.....	234

4.6.3 Análisis realizados en el postest	235
-----------------------------------------------	-----

Capítulo 5. El pretest y la descripción y aplicación del programa docente.....237

5.1 El pretest	239
5.1.1 Análisis de las actitudes hacia el proceso (A.P.) en el pretest	240
5.1.1.1 A.P. en los grupos experimental y control	240
5.1.1.2 A.P. en función del sexo.....	243
5.1.1.3 A.P. en función del grupo y el sexo.....	245
5.1.1.4 Porcentaje del alumnado con actitudes positivas hacia las A.P.....	247
5.1.2 Análisis de las actitudes hacia el resultado (A.R.) en el pretest.....	249
5.1.2.1 A.R. en los grupos experimental y control	249
5.1.2.2 A.R. en función del sexo.....	253
5.1.2.3 A.R. en función del grupo y el sexo.....	256
5.1.2.4 Porcentaje de alumnado con actitudes positivas hacia las A.R.....	258
5.1.3 Diagnóstico actitudinal inicial.....	260
5.2 Programa docente.....	261
5.2.1 Contexto de aplicación.....	262
5.2.2 Objetivos generales del programa docente.....	263
5.2.3 Contenidos y estrategias de programa docente.....	264
5.2.3.1 Actividades para la asignatura Teoría del Acondicionamiento Físico	267
5.2.3.2 Propuestas prácticas de actividad física	276
5.2.3.3 Programa de acondicionamiento físico y salud.....	299
5.2.4. Temporalización.....	307
5.2.5 La valoración del programa docente por el alumnado	308

Capítulo 6. Cambios producidos en las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.....317

6.1 Cambios en las actitudes hacia el proceso	320
6.1.1 Cambios por grupo (experimental y control)	320
6.1.2 Cambios por sexo.....	327
6.1.3 Cambios por sexo y grupo.....	331
6.2 Cambios en las actitudes hacia el resultado.....	333
6.2.1 Cambios por grupo (experimental y control)	333
6.2.2 Cambios por sexo.....	342
6.2.3 Cambios por sexo y grupo.....	344

Capítulo 7. Discusión y Conclusiones.....347

7.1 Discusión.....	349
7.2 Conclusiones finales e implicaciones	367

Bibliografía.....375

Anexos..... 395

Anexo 1. Elaboración del Cuestionario de Actitudes hacia la actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.).....	397
1.1 Sondeo	399
1.2 Rasgos extraídos de sondeo	400
1.3 Selección de rasgos por los jueces expertos/as	402
1.4 Rasgos agrupados por dimensiones actitudinales.....	406
1.5 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud inicial. (C.A.A.F.S.-90).....	407
1.6 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud provisional (C.A.A.F.S.-37).....	411
1.7 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud definitivo (C.A.A.F.S-21).....	413
1.8 Dimensiones actitudinales del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S)	415
Anexo 2. Materiales para el alumnado de la asignatura <i>teoría del acondicionamiento físico</i>	417
Anexo 3. Materiales para la asignatura <i>práctica del acondicionamiento físico</i>	447
Anexo 4. Categorías para el análisis de contenido del programa de condición física y salud.....	493
Anexo 5. Hoja de evaluación de la asignatura	501

Abreviaturas utilizadas

- A.P. Actitudes hacia el Proceso
- A.R. Actitudes hacia el Resultado
- A.T.P.A. Attitudes Towards Physical Activity inventory
- C.A.A.F.S. Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud.
- C.A.T.P.A. Children's Attitudes Towards Physical Activity inventory
- F.I.T.T. Frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de actividad
- I.C.M. Índice Cardíaco Máximo
- N.R.P. Nivel de Regulación Ponderal
- T.E.O.S.Q. Cuestionario de la Orientación de Meta Disposicional
- T.P.B. Teoría de la Conducta Planificada
- T.R.A. Teoría de la Acción Razonada
- T.T. Teoría del Intento
- Z.A. Zona de Actividad

INTRODUCCIÓN

"Parece difícil refutar la afirmación de que existe relación entre la práctica de actividad física y la salud. Lo que sí resulta más discutible es la naturaleza de dicha relación."

Richard Tinning

Como ilustra la cita de Tinning (1990:63) la cuestión de las relaciones entre la salud y la práctica de actividad física no se centra tanto en encontrar vínculos entre ellas, dado que evidentemente los hay, sino en definir *cómo* son y desde qué punto de vista deben estudiarse. Tradicionalmente, la práctica de actividad física se ha identificado como un factor que contribuye intrínsecamente a mejorar la salud. Sin embargo, cuando empezamos a profundizar en la conceptualización y el análisis, esa primera correspondencia clara y directa se torna un panorama complejo, que admite puntos de vista muy diferentes e incluso contrapuestos.

Desde la medicina insistentemente se predica el extraordinario potencial curativo y preventivo de la práctica física habitual. De hecho, está demostrada la relación entre ciertos niveles de actividad física y la disminución en la incidencia de diversos trastornos físicos. Pero si bien hay evidencias de que la actividad física puede prevenir enfermedades, también existen ejemplos de que puede

provocarlas. Desde posicionamientos críticos algunos autores destacan cómo en el deporte de élite, convertido en los últimos tiempos en un verdadero fenómeno de masas, numerosos intereses de todo tipo (económicos, políticos, ideológicos...) prevalecen incluso sobre la salud de los/las deportistas. Hay que añadir además que prácticas teóricamente orientadas a la mejora de la salud se han convertido de hecho en un engranaje más del denominado "mercado del cuerpo", en el que la búsqueda de una apariencia atractiva se convierte en la finalidad última que las justifica. El credo de una de las nuevas doctrinas posmodernas, el culto al cuerpo, rezaría algo así: "para estar sano y feliz hay que ser atractivo/a, y para ello, a su vez, hay que cumplir con unos determinados cánones estéticos" (pueden intercambiarse los términos atractivo, sano y feliz).

Para entender mejor las relaciones de las que estamos hablando creemos que hay que ascender un peldaño más y buscar su origen en el concepto de cuerpo, que sirve como crisol de las premisas filosóficas sobre las que se asientan las ciencias de la actividad física y la salud. Como afirma During (1993:37), sobre el concepto de cuerpo descansa cualquier conceptualización posterior que se quiera realizar en relación con el movimiento humano:

"Aunque el cuerpo es un objeto material y creador de movimientos, al mismo tiempo es un mediador de fantasmas, de símbolos y de ilusiones."

El estudio de las actitudes hacia la actividad física ha tomado en los últimos tiempos un enorme auge que, sin embargo, tiene menor reflejo en propuestas pedagógicas dirigidas a su cambio. En el caso concreto de los estudiantes de magisterio, estas actitudes son conocidas por los/las futuros/as docentes más como un conjunto de conocimientos teóricos que como una propuesta de acción. Este enfoque hace que, en muchos

casos, la importantísima aportación que supone su introducción en el currículum se diluya en un enjambre de teorías, es decir, que pase desapercibida.

El fin último de este trabajo es plantear y evaluar una propuesta para el cambio de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en el alumnado de magisterio especialista en Educación Física. Esta tarea exige ahondar en los conceptos teóricos en los que se fundamentará la investigación, a lo que dedicaremos la primera parte. En el primer capítulo haremos una revisión de diferentes concepciones del cuerpo y su influencia en la de movimiento. Veremos cómo las concepciones dualistas, monistas y sociales ofrecen diversas maneras de concebir nuestra corporeidad y, por tanto, de entender el movimiento. En el segundo capítulo nos aproximaremos a los conceptos de salud, actividad física y sus relaciones. Comenzaremos examinando la concepción de la salud desde dos perspectivas: una estática, que entiende la salud como estado de ausencia de enfermedad, y otra dinámica, donde la salud se concibe como el proceso de interacción entre factores físicos, psíquicos, sociales y culturales. Posteriormente, tras introducir los conceptos de actividad física, ejercicio y deporte, plantearemos los diferentes sentidos que tienen los referentes de la condición física, uno de los nexos de unión a los que más se alude al explicar las relaciones entre actividad física y salud. Para adentrarnos en el estudio de esas relaciones, comenzaremos analizando los beneficios y riesgos de la actividad física, para finalizar el capítulo examinando dos modelos desde los que puede ser entendida la actividad física relacionada con la salud. Veremos que el primero plantea que dichas relaciones se dan principalmente a través de los cambios que la actividad física provoca en la condición física. En cambio el segundo contempla también aspectos asociados intrínsecamente con el proceso de actividad física, y no sólo con sus resultados. El tercer capítulo nos servirá como introducción al estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. Comenzaremos

definiendo qué son las actitudes y cómo se explica su relación con la conducta desde uno de los modelos psicosociales más utilizados para su estudio: la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975). Comprobaremos que el estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud no encaja completamente con la concepción unidimensional de las actitudes propuesta desde esta teoría. En cambio, la Teoría de Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990), que contempla actitudes diferenciadas hacia el éxito, el fracaso y el proceso, nos ofrece un marco conceptual más amplio, a partir del cual propondremos la existencia de dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: las actitudes hacia el proceso y las actitudes hacia el resultado. Finalizaremos este tercer capítulo, y el marco teórico del estudio, con algunas consideraciones sobre el desarrollo de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.

En la segunda parte del trabajo expondremos la investigación sobre el cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud del alumnado de magisterio especialista en Educación Física. En el capítulo cuatro expondremos la metodología de la investigación. Comenzaremos con la definición del problema y el planteamiento de los objetivos e hipótesis de esta investigación. Continuaremos exponiendo el proceso de elaboración y validación de un instrumento de medida que será utilizado en la investigación: el Cuestionario para las Actitudes hacia la Actividad Física y la Salud (C.A.A.F.S.). Este instrumento nos permitirá distinguir entre actitudes hacia el resultado (A.R.) y hacia la práctica (A.P.). Acabaremos el capítulo exponiendo las características de la muestra y los análisis propuestos para comprobar los cambios actitudinales. El capítulo cinco lo dedicaremos a la exposición de los resultados del pretest y la descripción del programa docente, incluyendo también un análisis de la valoración del alumnado sobre dicho programa. La exposición de los cambios actitudinales tras el desarrollo del programa se presentará en el capítulo seis.

Por último, en el capítulo siete se expondrá la discusión y las conclusiones generales del estudio, sugiriéndose posibles investigaciones que de él se deriven, así como implicaciones en la formación del profesorado de Educación Física. Concluiremos así porque, en definitiva, este trabajo intentará contribuir a que el alumnado de magisterio comprenda cómo bajo el paraguas de la actividad física relacionada con la salud se refugian prácticas muy diversas e incluso, en ocasiones, contradictorias.

PRIMERA PARTE

EL MARCO TEÓRICO

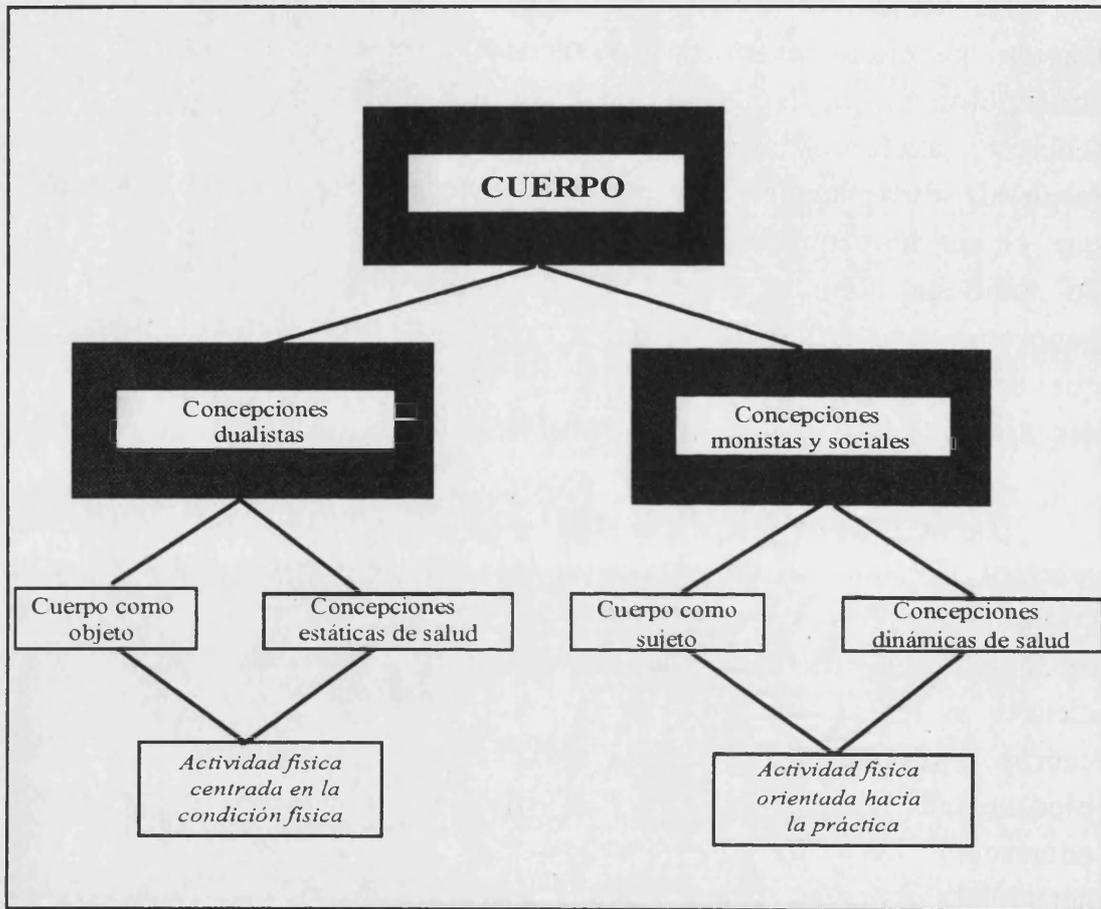
CAPÍTULO 1

**LA CONCEPCIÓN DEL CUERPO HUMANO Y
SU RELACIÓN CON EL MOVIMIENTO**

La noción de cuerpo se ha ido definiendo a partir de la tensión generada entre dos polos contrapuestos: de un lado las concepciones *dualistas*, que separan la realidad material o formal (cuerpo anatómo-fisiológico) de la inmaterial o in-formal (espíritu, alma, mente). Del otro las concepciones *monistas*, en las que el ser humano es considerado como una unidad indisoluble y no como un conjunto integrado de más o menos partes. A este panorama se han unido recientemente las concepciones *sociales* que se preocupan por el estudio de la construcción del cuerpo y sus significados sociales y culturales.

Tradicionalmente el cuerpo ha sido contemplado como la referencia material e indiscutible del ser. No obstante, a continuación veremos que existen diversas concepciones acerca de lo que significa el cuerpo en el ser y el ser en el cuerpo. Cada ciencia o teoría que directa o indirectamente trata sobre el cuerpo adopta su propia concepción. Pensamos que la bipolaridad conceptual de la que hablábamos sirve para enmarcar los diferentes enfoques de las relaciones entre actividad física y salud. En la página siguiente (figura 1.1), presentamos un esquema de las relaciones conceptuales entre cuerpo, actividad física y salud que desarrollaremos en los próximos capítulos.

Figura 1.1.- Esquema de las relaciones conceptuales entre cuerpo, actividad física y salud.



1.1 Supuestos antropológicos básicos

1.1.1 Dualismo

La noción de dualismo proviene de la tendencia filosófica de separar radicalmente lo natural de lo cultural, lo material de lo inmaterial, lo bueno de lo malo. Es decir, se basa en contraposiciones dicotómicas y maniqueas en las que todo elemento *A* tiene su contrapunto *B*. Aplicada al ser humano, la concepción dualista entiende que estamos compuestos de una parte material -corpórea- y otra inmaterial -espiritual o mental-. Esta antítesis tiene dos consecuencias fundamentales: por una parte se marca un límite que separa la realidad anatómico-fisiológica de la mental-espiritual. Por otra, se otorga un papel de dependencia y subordinación de la primera frente a la segunda.

Una breve revisión histórica de la evolución de las concepciones dualistas puede ilustrar su importancia en la construcción de los significados del cuerpo y el movimiento. Vicente Pedraz (1989) sitúa en la Grecia clásica el primer gran hito de las visiones dualistas sobre el cuerpo humano. Platón es el precedente filosófico más claro de la subordinación del cuerpo a la verdadera naturaleza del ser humano, que trasciende el mundo de lo material. Para los platónicos el cuerpo no era ni siquiera existencia en sí, sino materialización de una idea. El mito de la caverna ilustra esta preeminencia de lo no perceptible: las ideas son las esencias únicas y puras de la existencia, mientras que la materia y los actos mundanos no son más que sus sombras, sus productos diversos e imperfectos.

En la época medieval, las concepciones en torno al cuerpo no variaron sustancialmente. La herencia del pensamiento platónico tan sólo se ve modificada por algunas aportaciones judeocristianas. Vicente Pedraz (1989) señala cómo para los

cristianos el cuerpo se convirtió en un realidad ambivalente. Por un lado en él estaba la energía salvaje, animal, zoónica, que debía ser controlada y reprimida, ya que simbolizaba la irracionalidad y el deseo. Pero, por otra parte, el cuerpo era valorado como templo, como símbolo de la perfección de la Creación, pues en él residía el alma y el Espíritu de Dios. Hay que esperar varios siglos para llegar a una nueva formulación del pensamiento dualista, con la diferenciación que hace Descartes entre la *res extensa* y la *res cogitans*. El cuerpo es una *res extensa*, es decir, un espacio; pero no un espacio vacío, sino lleno de *res cogitans*. *Pienso, luego existo* sintetiza el pensamiento dualista cartesiano: es el pensar el que nos hace tener conciencia de ser; la función intelectual se sitúa por encima de cualquier otra del ser humano.

La ilustración supone el definitivo afianzamiento del pensamiento dualista sobre el cuerpo. El cuerpo humano adopta un valor de certeza científica y se convierte en un apasionante objeto de estudio; un vehemente deseo por comprender su funcionamiento se apodera de la ciencia. Como afirma Diderot *solo la razón triunfa, solo la ciencia explica*. Según Foucault (1984), tras la revolución francesa coinciden el declive de la aristocracia teocrática y el auge del racionalismo ilustrado con la profesionalización de la medicina y el nacimiento de instituciones como el hospital y el manicomio, donde los cuerpos inadecuados son laica y científicamente recluidos y vigilados. De esta manera, el racionalismo de la ilustración supone la legitimación e institucionalización del control corporal tradicionalmente ejercido por la iglesia y el poder feudal. En definitiva, el dualismo ha servido (y sirve) como fundamento de los argumentos racional-positivistas sobre el cuerpo. Y estos, a su vez, han legitimado (y legitiman) el control sobre las personas¹.

¹ Para Foucault (1984) el énfasis dieciochesco sobre el control racional de lo corporal no ha desaparecido, sino que ha evolucionado desde su carácter externo y explícito hacia formas más internas y sutiles. Veremos más adelante como en la actualidad se compagina una aparente disminución del control institucional sobre el cuerpo con la creciente internalización del autocontrol (Gervilla, 1993; Shilling, 1993).

Otra explicación del calado que tiene el dualismo en el mundo occidental está en que sobre él se ha cimentado la idea de corporeidad de las religiones judeocristianas: un cuerpo material y corrompible contiene un alma etérea e inmortal (Starobinski, 1991). En realidad ese cuerpo nos es ajeno, es decir, no nos pertenece, sino que hacemos un *uso* provisional de él. La idea de existencia trasciende la finitud material del cuerpo. Los relatos de experiencias místicas describen un estado de superación de lo corporal, en el que la esencia espiritual traspasa su confín para fundirse en vida con la divinidad. La vida material adopta así un valor provisional y relativo. Las obras de ese cuerpo material tendrán reflejo y serán juzgadas en el más allá, donde las recompensas o castigos se repartirán en función de la virtud o iniquidad con la que transcurra ese periodo: la muerte se convierte así en una liberación, un tránsito hacia un estado espiritual en el que se juzgan los auténticos efectos de la vida terrenal. Las obras buenas conducirán al cielo, hacia arriba, con lo que además el concepto de virtud se espacializa. La imaginería religiosa refleja insistentemente cómo lo alto y ligero, lo que hay arriba, es bueno y provechoso. Y viceversa. Lo bajo, rechoncho y pesado simboliza el pecado y la incompetencia.

Además de ofrecer una explicación del ser y la existencia - o quizá precisamente por ello-, el dualismo tiene consecuencias políticas, ya que contribuye a legitimar un modelo organicista de sociedad basado en la jerarquización y dependencia de unas funciones intelectivas superiores y somáticas inferiores. La lógica dualista de las relaciones sociales supone la supremacía de las clases superiores (altas) sobre las inferiores (bajas). Para Le Goff (1992:14), esta *concepción organicista* del Estado tiene su origen precisamente en la estructuración de las iglesias judeocristianas:

“La iglesia como comunidad de fieles es considerada como un cuerpo cuya cabeza es Cristo. Esta concepción de los creyentes semejantes a miembros múltiples llevados por Cristo a la unidad de un sólo cuerpo, tiene su origen en los textos de San Pablo (Rom. 12, 4-5): ‘del mismo modo, en efecto, que tenemos muchos miembros

de un solo cuerpo, y que estos miembros no tienen todos la misma función, así nosotros en tanto que existimos, formamos parte de un solo cuerpo en Cristo, siendo, cada uno por su parte, miembros unos de otros' y en Ep. 5, 23: 'el marido es el jefe (cabeza) de la mujer, Como Cristo lo es de la Iglesia, y es el salvador de su cuerpo, pero, como la Iglesia, está sometido a Cristo, del mismo modo que las mujeres están sometidas a sus maridos en todas las cosas'."

En el ámbito educativo, la concepción espiritual e intelectualista de la existencia ha provocado, por una parte, la distinción drástica entre el *conocimiento teórico* ("saber qué") y *práctico* ("saber cómo") y, por otra, la supeditación de éste a aquel. Para Arnold (1991:41) en realidad esta distinción es artificial; lo importante es reconocer que cada uno "tiene su propia forma de racionalidad". Sin embargo, las ciencias, objetos de estudio o campos de conocimiento relacionadas con el ámbito teórico, tradicionalmente han gozado de mayor reconocimiento que las relacionadas con lo práctico, aunque de hecho ambas suelen tener carácter complementario.

Peters (1970:159) afirma que existen una serie de actividades consideradas *valiosas* en términos educativos: aquellas que poseen un contenido cognitivo y/o las que son capaces de ilustrar otras áreas de la vida y contribuir considerablemente a su calidad. Como contraste, subraya la existencia de experiencias con muy poco valor, como los juegos, porque "es muy poco lo que hay que saber para jugar al golf o nadar". En estos casos, se trata en gran medida de *saber cómo...*, más que de *saber qué...* Por ejemplo, si bien parece evidente que para construir una casa tan necesarias son la arquitectura como la albañilería, también parece innegable que solemos valorar socialmente el trabajo de quién concibe planos que a quien pone ladrillos. Salvo excepciones muy puntuales, la carga cognitiva que implica un trabajo suele ser un elemento decisivo a la hora de definir el acceso a un campo profesional y el estatus laboral. La inmensa mayoría de las pruebas de selección laboral implican

instrumentos de evaluación relacionados con lo cognitivo (test de inteligencia, pruebas de aptitud profesional o exámenes). En la sociedad española actual sólo podemos encontrar cuatro excepciones, en la que estas pruebas se complementan con otras de carácter *físico*: el ejército, los cuerpos de policía, los bomberos y los estudios de Educación Física. Además de las pruebas físicas, estos cuatro ámbitos profesionales comparten el hecho de ser cuerpos eminentemente masculinos. ¿Puede esto llevarnos a pensar que el prestigio de lo físico sigue siendo un elemento de discriminación sexual?

Arnold (1991) afirma que la educación, en gran medida, ha venido siendo concebida como una iniciación hacia saberes universales propios de la razón y del alma, es decir, de la esencia no corpórea. Y en este contexto, el aprendizaje del movimiento ha tenido un valor meramente utilitario y complementario, siempre en un segundo plano frente a lo considerado esencial. Aunque en la actualidad esta concepción iniciática de la educación resulta muy discutida, hay que reconocer que, en gran medida, todavía nos afecta. Probablemente, el actual estatus educativo de la Educación Física se debe, entre otras cosas, a que aún se considera que nuestro campo de estudio es intrínsecamente menos valioso que otros, debido a que nos ceñimos exclusivamente a plantear cuestiones relacionadas con la práctica, con el hacer del *cuerpo físico*, para las que no son necesarias una excesiva preparación. El mismo nombre de la materia denota su carácter complementario. Parece como si el currículum se dividiera en dos: la educación intelectual y la Educación Física, es decir, el resto.

En resumen, la concepción dualista distingue entre un cuerpo perceptible y una esencia no perceptible del ser. Esta dicotomía lleva además implícito un juicio de valor: la primera está al servicio de la segunda. Se establece una relación de dependencia y sumisión del cuerpo somático con la vivencia espiritual. La clásica sentencia de Juvenal *mens sana in corpore*

sano conecta el dualismo con la salud, porque lleva implícita la invitación a cultivar el cuerpo *para* conseguir resultados que lo trascienden. A ello se une el tradicional desprestigio de los saberes relacionados con la capacidad de hacer frente a los que incumben a la capacidad de conocer. Y entre todos se ha relegado la motricidad humana a jugar un papel meramente instrumental, el cual, bajo distintas apariencias y formas, ha perdurado hasta nuestros días.

1.1.2 Concepciones monistas

El dualismo ha sido la corriente filosófica dominante en la concepción del cuerpo humano. Hay que esperar a finales del S. XIX y principios del S. XX para que se desarrollen alternativas filosóficas a esta visión del ser humano. Las perspectivas monistas engloban una serie de teorías que se basan en la concepción del individuo como una esencialidad integrada en un todo (Whitehead, 1992). El cuerpo no es entendido únicamente como complemento a una esencia inmaterial que le es ajena, sino como un territorio donde se experimenta la presencia en el mundo (Starobinsky, 1991). Las concepciones monistas del ser coinciden en la preocupación por definir la existencia corporal. En relación con la salud, la valoración de la vivencia corporal como parte constituyente y esencial del ser humano probablemente sea el fundamento de teorías en las que el cuerpo no es un mero objeto de curación o profilaxis (Vicente Pedraz, 1989).

Para ilustrar las perspectivas monistas presentaremos algunas ideas que ofrecen la teoría psicoanalítica, la fenomenología y el existencialismo sobre el cuerpo, buscando más sus analogías que sus diferencias. Las aportaciones de Freud, Merleau-Ponty y Sartre, significaron un punto de inflexión en la

propia conciencia del ser, ejerciendo una clara influencia en la forma en que hoy concebimos el cuerpo.

1.1.2.1 Cuerpo e inconsciente en el psicoanálisis

Savater (1995) señala que la ciencia ha propinado al ser humano tres grandes humillaciones. La primera fue la revolución copernicana, que nos fue alejando progresivamente del centro del universo hasta vernos desahuciados a ocupar un pequeño planeta en una insignificante constelación. La segunda, la Darwiniana, de descendientes a imagen y semejanza de Dios nos degradó a eslabón inteligente de una cadena que nos enlazaba con simios bastante brutos. Y la última, la psicoanalítica, redujo nuestra supervalorada conciencia racional a un síntoma no siempre fiable de apetitos y conflictos inconscientes (Savater, 1995: 297-299):

“La verdadera audacia de Freud no estriba en decir que la conducta humana se mueve a impulsos de vida, sino en insinuar que la propia vida se mueve a impulsos de la materia (...). Freud no intenta minimizar la importancia de la razón humana ni mucho menos niega que exista algo que merezca ser llamado libertad, pero se opone a los supuestos racionalistas que dan por descontadas la plena transparencia del mundo y la cuasi-omnipotencia de la razón, cuyos límites no serían estructurales sino temporales ('aún no hemos llegado a saber... pero sabremos') (...). Freud se une así a una larga traza de pensadores antisocráticos (como Lucrecio, Montaigne o Nietzsche) que ponen las cosas más difíciles: el hombre (sic.) no hierra porque no sabe, sino por deseo.” (cursiva en el original)

La teoría psicoanalítica es una referencia fundamental para comprender la importancia y complejidad de la vivencia corporal. Sin entrar en profundidad a estudiar sus aportaciones, nos limitaremos a mostrar cómo el énfasis del psicoanálisis en el inconsciente sirvió de contrapunto a la visión dualista, que daba por sentado el papel fundamental del cuerpo como sustrato material de la experiencia psíquica. El psicoanálisis trasciende

esa preocupación poniendo de relieve que existe otra forma de existir de la que no siempre nos apercebimos, pero que no por ello deja de ser real; puede que hasta *más* real que de la que somos conscientes.

Freud no fue el primero en hablar sobre el inconsciente, pero sí lo fue en darle protagonismo en el concepto de ser. Según el psicoanálisis, nuestra existencia se articula en capas de conciencia, las más profundas de las cuáles recogen nuestras pulsiones y nuestros deseos no satisfechos. Estos tienen a la vez representación y escapatoria en los sueños. Freud (1992) otorga a los sueños esta doble finalidad: la preservación física y la realización de los deseos inconscientes. Dado que a nuestro inconsciente no se accede por medios *habituales*, el análisis de los sueños aspira a saber qué apunta el deseo inconsciente y la razón de ese deseo.

Aunque la existencia inconsciente tenga una fuente somática (la experiencia física y sensitiva de la realidad consciente), el psicoanálisis no se preocupa por conocerla en su globalidad, y mucho menos por controlarla. El análisis de los sueños es un campo de estudio propio que no está subordinado a la realidad consciente ni es utilizado para transformarla, sino para comprenderla. El componente somático es, como mucho, la materia prima de los sueños, un sustrato neutro y amorfo. Los sueños cobran sentido por la forma dada a ese sustrato. Para interpretar los sueños, es decir, para acceder a nuestro inconsciente, no resulta adecuado remontarse a su fuente fisiológica, sino (Starobinsky 1991: 363-364):

“... conocer el nuevo lenguaje, la forma original en que este material -en sí mismo indiferente- ha sido interpretado y transformado en sueño.”

Esta concepción autónoma de la existencia psíquica, dará pie a disensiones definitivas entre psicoanalistas y neurofisiólogos. El psicoanálisis, cierta manera, *desfisiologiza* la

psicología (Davidoff, 1986). En sus postulados hay mucho menos cuerpo (explicaciones neurofisiológicas o bioquímicas del comportamiento) que lenguaje (significado, narratividad o discurso como diríamos ahora). En efecto, Freud (1981) propone que tanto la historia personal como social se compone de vivencias articuladas por una serie de macroestructuras psicológicas. La esencia del ser no está por tanto en la superación de su realidad corporal, sino en el conocimiento de su realidad vital, que supera incluso su propia consciencia. El mundo de los sentidos, al que pertenece el cuerpo somático, entra a menudo en contradicción con la verdadera vivencia personal, en muchos casos inconsciente. Como afirma Vicente Pedraz (1989:4):

“Este nuevo cuerpo ya no es sólo el receptáculo del alma, cuerpo orgánico donde tiene lugar la salud o la enfermedad, sino que es además centro de sensaciones e interacciones básicas para el desarrollo del individuo.”

La preocupación de Freud, y de muchos de sus seguidores, por el cuerpo tiene que ver, precisamente, con su papel simbólico de lugar para la satisfacción de las pulsiones. El cuerpo se convierte entonces en “objeto de la pulsión, soporte de su fijación o de su descarga. Nuestro cuerpo al mismo tiempo refleja y esconde lo más íntimo de nosotros mismos.” (Starobinsky 1991:368). La concepción psicoanalítica del cuerpo como medio de expresión inconsciente influye a lo largo del S. XX en otros autores y corrientes, entre los que destacaremos la bioenergética de Wilhelm Reich. Reich (1981) se basa en la creencia de que todas las experiencias humanas, ya sean conscientes o inconscientes, se *corporeizan* a través de contracciones musculares. La experiencia consciente se asocia con el control voluntario de la musculatura, mientras que la inconsciente se asienta en el cuerpo mediante el aumento del tono de nuestra musculatura profunda. Para la bioenergética el cuerpo es una especie de *coraza segmentada* que refleja nuestra historia personal. Sus seguidores/as consideran que el análisis e

interpretación de la postura, las sincinesias y los desequilibrios en el tono muscular permiten acceder al inconsciente del un modo similar al del análisis de los sueños.

1.1.2.2 Corporeidad en el existencialismo y la fenomenología

Las aproximaciones al concepto de cuerpo del existencialismo y fenomenología son en gran medida deudoras de la preocupación del psicoanálisis por la forma de ser en el mundo. Tanto Sartre (1989, 1992) como Merleau-Ponty (1975) consideraban que el cuerpo y su vivencia son los principales medios a través de los cuales tomamos conciencia de nosotros/as mismos/as y de nuestro entorno. El cuerpo se concibe como la principal forma de definir nuestra presencia y acceso al mundo, así como el medio a través del cual tomamos contacto con nuestra propia existencia.

Sartre (1989) plantea que nuestra presencia corporal en el mundo se da básicamente a tres niveles: como *cuerpo para el ser*, *cuerpo para el Otro* y *cuerpo para el Otro percibido por el ser*. Para ilustrarlas utiliza la imagen de un montañero que pretende alcanzar una cima complicada. Antes de comenzar la ascensión, el montañero prestará atención por separado a todo aquello que le sea necesario: ropa, equipamiento, condición física y preparación técnica. Pero una vez empieza a escalar, todos estos aspectos dejan de tener un sentido en sí mismo, y se funden para conseguir el objetivo de alcanzar la cima. El montañero no se concentra en cada gesto, sino que queda absorto por la tarea; su dimensión corporal es vivenciada al completo aunque no se aperciba de ello. Su corporeidad le pasa “des-apercebida”. Esto no quiere decir que el cuerpo no esté presente, sino que el montañero no siente su propio cuerpo como algo presente. A esta forma no-consciente (no confundir con inconsciente) de existencia corporal es a la que denomina el *cuerpo para el ser*.

El segundo modo de concebir el cuerpo se da con la presencia de un observador externo que se fija en cómo avanza el escalador. El observador solamente ve un cuerpo-instrumento, un cuerpo-objeto o mecanismo dedicado a alcanzar una meta. Esta sería la forma de corporeidad que Sartre denomina como *cuerpo para el Otro*. El Otro crea una forma de cuerpo como objeto ajeno al ser. En ese sentido, cualquier énfasis en ese modo de corporeidad tiende a disociar *mi* cuerpo de mí; solo resultan pertinentes los aspectos que pueden ser percibidos por el Otro. Por tanto, la vivencia corporal subjetiva, inmanente en la concepción del *cuerpo para el ser*, no tiene sentido para el Otro.

La tercera forma de concebir el cuerpo ocurriría cuando el escalador se apercibe de que alguien está observándole. En el momento en que siente la mirada del Otro, el escalador empezará a preocuparse por cómo el Otro le está mirando. Es decir, se apercibe de que su cuerpo está siendo observado como si fuera un cuerpo-objeto. Sartre (1989) sugiere que en ese momento el escalador empezaría a preocuparse por la impresión que causa en el Otro, sintiéndose vulnerable y expuesto al juicio crítico sobre su corporeidad objetiva. Como resultado de esta preocupación, el escalador podría resbalar o cometer algún error. A esta concepción es a la que denomina Sartre *cuerpo para el Otro percibido por el ser*.

Sartre (1989), y también Merleau-Ponty (1975), deja claro que en circunstancias habituales vivimos un tipo de corporeidad básicamente relacionada con el primer modelo. Naturalmente no actuamos prestando atención a nuestra corporeidad. Y si bien el *cuerpo para el ser* es la forma natural de vivenciar nuestra corporeidad, la tendencia al estudio sobre el cuerpo suele centrarse más en la dimensión del *cuerpo para el Otro*. Así lo demuestra el hecho de que la mayoría de las referencias científicas hacia el cuerpo, o hacia alguna de sus partes, sugiera una realidad ajena a la propia persona o a su contexto. Este énfasis dota al Otro de un poder sobre la percepción corporal que

le capacita para decidir sobre la corporeidad en cualquiera de sus dimensiones. El resultado es que cuando prestamos atención a nuestra realidad corporal solemos hacerlo desde la perspectiva del *cuerpo para el Otro percibido por el ser*. Dicho de otra manera, la visión del Otro condiciona nuestra propia autopercepción, provocando en nuestro autoconcepto un efecto parecido al que le producía al escalador apercibirse de la presencia de un observador. Se produce entonces una escisión en nuestra corporeidad, que vive tensionada entre nuestra consciencia de ser y nuestra preocupación por ser para el Otro. Merleau-Ponty (1975:1062) sugiere que para acercar nuestra corporeidad a nosotros mismos quizá habría que concebir:

“... un cuerpo con espacialidad no objetiva, sino vivida, no casual sino expresiva; un cuerpo intencional y proyectivo; un cuerpo como espacialidad sexuada y pulsional.”

1.1.3 Concepciones sociales

La concepción del cuerpo no depende exclusivamente de la reflexión filosófica, sino que está íntimamente ligada a la evolución de diferentes factores socio culturales e históricos. Aunque las relaciones entre cuerpo, cultura y sociedad se han dado siempre, a lo largo de la historia algunos hechos han provocado cambios significativos (crisis) en la forma de entender y valorar la corporeidad. Por ejemplo, mientras que en la época pre-industrial la fuerza física era un bien productivo fundamental, un pilar sobre el que descansaba toda la estructura social, ese valor del movimiento humano prácticamente ha desaparecido en las sociedades postindustriales, las cuáles han evolucionado hacia prácticas que relativizan la importancia de la productividad física, mientras que ha ido ganando importancia el papel del

cuerpo como medio simbólico de representación personal y social².

En la actualidad despiertan gran interés las teorías que estudian la construcción social del cuerpo. La relación entre el cuerpo y la realidad social se da en un doble sentido. Por una parte el contexto sociohistórico y cultural influye en determinar la significación y la importancia del cuerpo o ciertos aspectos relacionados con lo corporal. Por otra, el cuerpo o, mejor dicho, su concepción social, contribuye a configurar y asentar determinadas ideologías. Freund y McGuire (1991:7), refiriéndose al concepto de *construcción social del cuerpo* plantean que la sociedad y la cultura, como si se trataran de moldes para construir objetos, en cierta medida contribuyen a dar forma a sus miembros:

“Hay ejemplos obvios de cómo la cultura influye en la forma de los cuerpos: los pies vendados de las mujeres chinas, las cabezas alargadas de los indios Kwakiutl, la ablación del clítoris, los corsés de las mujeres del siglo XIX o la cirugía estética en la actualidad. Pero del mismo modo, vivir en un ambiente contaminado o estar sentado en un pupitre, trabajar en una cadena de montaje o estar ocho horas al día doblado en una mina son ejemplos de cómo las condiciones sociales pueden indirectamente dar forma al cuerpo, y, en consecuencia, afectar a la salud.”

Pero, quizá, la influencia social más poderosa sobre el cuerpo no es la que se da directamente en su construcción, sino indirectamente mediante la *construcción de las ideas sobre el cuerpo*. No todas las sociedades comparten las mismas ideas sobre el cuerpo. Por ejemplo, lo que se define como saludable o bello en una sociedad, en otras se considera enfermizo y feo. Del mismo modo, en diferentes culturas envejecer puede ser temido, aceptado o reverenciado. Diferentes factores socioculturales

² Esta cuestión se desarrolla al hablar del referente productivo de la condición física (ver punto 2.3.1).

intervienen en la conceptualización del cuerpo (Freund y McGuire, 1991:8):

"La raza, el estatus social, la educación, o el género son algunos factores que determinan lo que entendemos por cuerpo. En relación al género, por ejemplo, en nuestra sociedad solemos pensar que las mujeres no pueden o no deben llevar objetos pesados. La expectativa de que las mujeres sean débiles y el hecho de que sean tratadas como tales cierra un círculo vicioso con el siguiente resultado: las mujeres no desarrollan su fuerza."

Otro factor a tener en cuenta para entender las concepciones sociales del cuerpo es la creciente importancia que juegan en las sociedades altamente desarrolladas los símbolos sociales. Quizá una de las causas del creciente valor *socio-simbólico* del cuerpo humano resida en la importancia actual de los medios de comunicación audiovisuales, los cuáles potencian cada vez más la comunicación a través de la imagen (Gervilla, 1993; Sartori, 1997). La palabra escrita, que exige del receptor un esfuerzo de interpretación, juega en desventaja frente a la apariencia de realidad que ofrece la imagen, la cuál permite la participación pasiva del receptor. Se modifica así el proceso de comunicación lingüística: el significante ya no representa aleatoria y convencionalmente al significado, sino que se convierte en significado. La imagen entendida como signo adquiere apariencia (y valor) de significado, lo cual retrae al receptor de la necesidad de interpretarla (Eco, 1994). Ofrece una ilusión de verosimilitud que induce al espectador poco avisado a creer que *es* la realidad. A menudo olvidamos que las imágenes, como cualquier otro signo, están sujetas a reglas semióticas que afectan a su aceptabilidad dentro del proceso comunicativo. Por tanto son creadas, captadas, manipuladas y transformadas para que, dentro de su concisión, representen y transmitan eficazmente el mensaje. En el tiempo en que una imagen vale más que mil palabras, su dominio contribuye en gran medida a determinar el concepto de realidad, lo cual otorga

un enorme poder de control sobre la percepción de lo representado.

El cuerpo es la imagen por excelencia del ser, nuestra representación simbólica más inmediata. A partir de la preocupación por el cuerpo como medio fundamental de interacción entre el ser y el mundo, las concepciones sociales prestan especial interés al estudio de su valor simbólico en la sociedad actual. De este modo, el cuerpo, así como las ideas y conductas basadas en él, son a la vez motivo y reflejo de determinados valores, creencias, y prácticas sociales.

1.1.3.1 El tránsito de las concepciones naturalistas a las concepciones sociales

Shilling (1993) sostiene que hoy en día las concepciones naturalistas sobre el cuerpo están dejando paso a las sociales. Este autor denomina *concepciones naturalistas* a una serie de teorías que comparten un análisis del cuerpo de base pre-social y biológico sobre el que consideran que se fundamenta la sociedad en su conjunto. Desde esta perspectiva, se acepta el cuerpo como elemento estudio sociológico, aunque no se entra a considerar la influencia de la evolución histórica y los desequilibrios sociales en la corporeidad. El cuerpo es concebido como una realidad invariable, un conjunto de sistemas orgánicos encerrados en un estructura finita, no como un proceso abierto de construcción histórica y social.

Las concepciones naturalistas se apoyan en fundamentos de tipo sociobiológico. Se encargan de estudiar, por ejemplo, las diferencias morfológicas entre distintos grupos sociales, sexos o razas. Según Shilling (1993), buscar la raíz de la heterogeneidad social en argumentos de tipo biológico nutre la creencia de que las desigualdades sociales están basadas en diferencias naturales,

lo cual contribuye a legitimar su existencia bajo la apariencia de que son irreversibles. Un ejemplo de esta concepción sería el *darwinismo social*, una teoría que estudiaba las relaciones sociales a través del prisma de las leyes de la naturaleza. De acuerdo con sus tesis, especialmente en voga entre finales del S. XIX y principios del S. XX, las personas, los grupos y las razas están sujetos a las mismas leyes de selección natural que las plantas y animales en la naturaleza. Los socio-darwinistas consideraban que la vida en sociedad se asemejaba a la lucha en la naturaleza, regida por el principio de la supervivencia del más fuerte. Las sociedades eran consideradas como organismos que evolucionaban de la misma manera que las especies. De esta manera se explicaba que los grupos sociales débiles y sus culturas tendieran a difuminarse o desaparecer, mientras que los fuertes crecían en poder y en influencia cultural. Esta teoría social fue la base del "laissez-faire" capitalista y de las políticas liberales a ultranza. La estratificación social fue justificada sobre la base de las desigualdades naturales entre los individuos, y el control de la pobreza se relacionó con otros atributos del ser humano, como la productividad o la laboriosidad. Se argumentaba que el hambre o la miseria eran símbolos de incapacidad o inadaptación, por lo que los estados no debían interferir en dichos procesos *naturales* de selección social. En el medio social, la competitividad sin restricciones y la defensa del estatus social se consideraban mecanismos comparables a los de la selección biológica; y la riqueza de las naciones y el poder político, el símbolo del triunfo de los colectivos más capaces. No es de extrañar que el darwinismo social fuera utilizado como fundamento filosófico del imperialismo, el colonialismo y las políticas racistas que sostenían la superioridad cultural y biológica de los anglosajones o los arios³.

³ Lejos de reafirmar sus bases, los avances en biología, sociología, y psicología refutaron los fundamentos de esta teoría, por lo que entró en declive a lo largo del siglo XX. Sin embargo, no es extraño encontrar científicos que para argumentar la preponderancia social de un grupo sobre otro todavía recurran a argumentos de corte biologicista.

En la actualidad, sin embargo, los trabajos sociológicos se decantan por una concepción más abierta y dinámica del cuerpo. El cuerpo ha dejado de ser considerado por la sociología como una mera realidad biológica, pasando a ser estudiado cada vez más como un escenario en el que se representan simbólicamente aspiraciones, deseos y confusiones personales y sociales. La corporeidad se entiende además como un fenómeno vinculado dialécticamente con diferentes factores sociales, culturales, históricos y económicos que intervienen en su construcción.

Entre las teorías sociológicas que se ocupan del valor representativo del cuerpo destaca el *interaccionismo simbólico*. Influenciados por los postulados y métodos de investigación antropológicos, los interaccionistas se preocupan por el análisis sociosemiótico de los procesos de comunicación que sustentan la cultura (Ariño, 1997). En la base de esta teoría se encuentra la convicción de que la cultura nunca se representa como un conjunto universal, sino como porciones o áreas cerradas sobre un fondo impreciso, y que estas porciones se manifiestan a través de un conjunto de signos (Lotman, 1979). El interaccionismo intenta captar e interpretar los signos característicos de las diferentes subculturas que integran el hecho cultural.

El valor del cuerpo como signo comunicativo es uno de los ejes de estudio del interaccionismo. Los seres humanos nos comunicamos de formas complejas, mediante signos y símbolos que son abiertos, arbitrarios, convencionales y que requieren descodificación. A pesar de que los humanos podemos utilizar el lenguaje para transmitir mensajes intencionalmente, no siempre que emitimos mensajes intencionalmente lo hacemos por medio del lenguaje. Dicho de otro modo, no todos los procesos comunicativos son explícitos. Cuanto más complejas y estructuradas son las relaciones sociales, más variados y sutiles son los signos y símbolos que configuran la cultura. Se recurre

entonces a la búsqueda de *soportes externos* que sean capaces de sintetizar la diversidad de un mundo cada vez más confuso, produciéndose la *semantización* de diversos aspectos sociales, entre los que se encuentra el cuerpo (Ariño, 1997). En este sentido, desde el interaccionismo se destaca el papel simbólico que juega el cuerpo humano como imagen de la identidad personal en las sociedades postindustriales, ya que mediante el cuerpo damos y recogemos información sobre cómo fuimos, cómo somos, cómo no somos o cómo quisiéramos ser (o cómo queremos que los otros crean que fuimos, somos, no somos o quisiéramos ser).

1.1.3.2 *Cuerpo y cultura posmoderna*

En la actualidad existe una preocupación sin precedentes por cualquier aspecto relacionado con el cuerpo: su apariencia, su duración, su curación, su funcionamiento, e incluso, como acabamos de ver, su representatividad simbólica. Algunos autores atribuyen este fenómeno a los trascendentales cambios en su concepción, fruto de lo que se ha venido en llamar la sociedad o cultura de la posmodernidad. Desde el renacimiento el ser humano se ha ido progresivamente liberando de los dogmas religiosos, sustituyéndolos por creencias apoyadas en la racionalidad. La ilustración supone el despegue definitivo del proyecto moderno, en que el ser humano aspiraba a construir un mundo justo, igualitario y feliz, apoyado sobre dos pilares cuya materia prima es la razón: la moral y el conocimiento científico. Sin embargo, en el S. XX algunos acontecimientos han ido minando la fundamentación ética de la justicia social y el conocimiento científico. Las guerras mundiales, la utilización de las bombas atómicas, el enquistamiento de las desigualdades sociales, entre otros, debilitan el proyecto moderno y hacen emerger sus importantes limitaciones (Sicilia Camacho, 1998)⁴.

⁴ Algunos autores, como Giddens (1990) o Hall y Gieben (1990), prefieren hablar de *modernidad tardía* (High Modernity), dando a entender que en S. XX se han

Para Feraud (1988) la posmodernidad nace cuando el proyecto moderno, basado en la razón como instrumento de comprensión de la realidad, llega a su fin. Lozano (1990:24) entiende que la posmodernidad implica el rechazo de los sistemas cerrados totalizantes (y potencialmente totalitarios) que lo explican todo y que han justificado muchos sufrimientos con la tranquilidad de quien lo hace por principios. La posmodernidad no es la desvalorización de todos los valores, sino la desvalorización de los valores supremos, en concreto los que tienen que ver con la creencia religiosa y con la fe en la razón. Para Jiménez (1990:27), la posmodernidad expresa la toma de conciencia de las contradicciones y aporías de la modernidad:

“Indica la pérdida de confianza en la razón, la crítica a los proyectos de la ilustración, el desencanto frente a los ideales no realizados. La sospecha se instala por doquier, se abandona la heroica resistencia de Prometeo, y se vive en la frustración irónica de Sísifo, en el hedonismo de un Dionisio individualista o en la ilusión seductora de Narciso.”

De acuerdo con Shilling (1993), destacaremos tres factores que determinan la concepción del cuerpo en las actuales sociedades posmodernas:

- a) *La secularización del mundo occidental.*
- b) *La idealización del cuerpo como proyecto.*
- c) *La incertidumbre sobre el concepto de cuerpo.*

a) En primer lugar, la creciente importancia que se le otorga a lo corporal se relaciona con el proceso de desacralización social que marca el tránsito desde la organización social de la Europa posfeudal a la modernidad, y que tiene su mayor impacto en el siglo veinte. Este proceso tuvo como consecuencia la disminución

radicalizado los procesos iniciados en la época moderna y no su verdadera transformación.

del poder de las autoridades religiosas en la vida social en general, y en la regulación de aspectos relacionados con el cuerpo en particular. Sin embargo, la desacralización gradual de la vida social ha provocado que las creencias religiosas fueran sustituidas en gran medida por creencias científicas equivalentes en nivel de devoción, pero que no ofrecen exhortaciones morales tan explícitas. Como afirma Gervilla (1993), aunque la ciencia haya aumentado nuestro control sobre la vida (aunque aún no se haya logrado controlar la muerte), no nos ha proporcionado valores que ayuden a guiarla. El proceso de desacralización ha derivado en una fragmentación de la moral, en una proliferación de *microéticas*, en un panorama social disperso sin posibilidad alguna de consensos globales. De los valores estables se ha pasado a una vida sin imperativo categórico en la que lo que prima es el individualista e indefinido mensaje de *ser feliz*. Gervilla (1993:58) utiliza también los mitos de Narciso y Dionisio para ilustrar la fragmentación de la moral posmoderna:

“Narciso, enamorado de sí mismo, es el símbolo de la posmodernidad. Los hombres modernos se identificaron con Prometeo, el héroe que, desafiando a Zeus, trajo el fuego de los dioses y con él el progreso de la humanidad(...). Ahora los modelos son Narciso, que murió víctima de la pasión que le inspiró su propia imagen reflejada en el agua (narcisismo) y Dionisio, el dios del vino, de las orgías y de las fiestas.”

Esta inmediatez dionisiaca y narcisista afecta de lleno a la concepción del cuerpo. En la actualidad hemos pasado de la creencia en la transitoriedad de nuestra existencia material a la obsesión por lo presente. El cuerpo ha pasado de su papel secundario como continente del alma inmortal, a ocupar un destacado protagonismo en nuestra vida cotidiana (Shilling, 1993:2):

“Con el declive de los referentes religiosos que han construido y sustentado certezas existenciales y ontológicas que existían fuera del individuo, y con el

fuerte aumento del cuerpo como imagen de valor simbólico, hay una tendencia en las personas de las sociedades posmodernas de colocar al cuerpo como el elemento constitutivo más importante de su ser.”

Como veíamos al hablar del interaccionismo, en el cuerpo se conjugan la singularidad individual y la multiplicidad social. Al combinar su valor como simbólico con su carácter intrínsecamente personal, el cuerpo se ha convertido en un reducto de identidad individual y grupal. Este hecho, en un contexto de crisis generalizada de valores, adquiere le confiere en la actualidad una desmesurada importancia (Gervilla, 1993:119):

“El cuerpo ocupa un lugar muy alto en la jerarquía axiológica de la posmodernidad. En prensa, radio y televisión, se exalta un modelo estético en el que se valora el cuerpo alto, delgado, moreno, joven, pelo largo (...). El cuerpo no es sólo algo que tenemos sino lo que somos; un instrumento u objeto de placer, lo que en un primer momento nos identifica y nos facilita o nos entorpece una relación con los demás (...). De ahí que en una sociedad en la que predomina la apariencia sobre el ser, el cuidado, cultivo y hasta “culto” al cuerpo ocupen un lugar privilegiado.”

No es extraño que en torno a este creciente protagonismo existencial de lo corporal haya nacido una pléyade de creencias que a su vez generan nuevas idolatrías englobadas bajo el título genérico de *culto al cuerpo* (Devís, en prensa; Devís y Molina, 1998; Tinning, 1990). El culto al cuerpo se basa en ciertos dogmas y consensos sociales sobre el funcionamiento y la apariencia que sirven para homogeneizar los valores en torno a lo corporal. También generan prácticas muy ritualizadas e iconos que representan la esencia de la virtud corporal. Los/las modelos, los/las deportistas, los actores y actrices, en definitiva, las personas cuya imagen nos llega como símbolo de felicidad y éxito, sirven para modelar los nuevos cuerpos ideales -e idolatrados-. Su búsqueda se convierte a la vez en una nueva certeza vital y en un empeño fundamentalmente individual. En

definitiva, creer en el cuerpo es creer en uno/a mismo/a, y mejorarlo, en algunos casos, constituye una especie de testimonio de fe.

b) Directamente relacionada con lo anterior, otra característica distintiva de las sociedades posmodernas es la posibilidad de planificar el cuerpo como *proyecto*. Esta concepción implica el establecimiento de un plan para alcanzar una serie de objetivos personales, habitualmente relacionados con la apariencia y la salud. En los países desarrollados, muchas personas aceptan reconstruir la apariencia, tamaño y forma de su cuerpo en función de un diseño confeccionado por sus *propietarios/as*. Avances tan dispares como la reproducción in vitro, la ingeniería genética o la cirugía estética, ofrecen amplias posibilidades para controlar nuestro cuerpo (así como de tenerlo controlado por otros). Hoy día el cuerpo (o sus diferentes partes) puede ser creado, transformado, reconstruido, aumentado y/o disminuido con una creciente eficacia y eficiencia. Las personas se convierten en agentes activos en la gestión y mantenimiento de sus cuerpos.

Quizá el ejemplo más evidente de la idealización del cuerpo como proyecto sea la sobrevaloración social del autocuidado y la cantidad de atención personal que se le da a la construcción de cuerpos saludables. En una época en la que nuestra salud se ve amenazada por peligros globales, nos vemos exhortados a sentir una enorme responsabilidad por nuestros cuerpos. En medio de un sistema caracterizado por múltiples riesgos (paro, desequilibrios norte-sur, degradación medioambiental, periodicidad de las crisis financieras, etc.) se idealizan ciertas prácticas individuales bajo el marchamo de que garantizan casi infaliblemente la salud. Se nos anuncia que algunos de los más acuciantes y generalizados males de la actualidad, como el cáncer o la enfermedad coronaria, pueden ser evitados mediante sencillos cambios en hábitos que *sólo* dependen de la voluntad

individual, entre los que juega un papel destacado hacer ejercicio.

c) La posibilidad de planificar el cuerpo lo ha convertido también en un espacio donde se materializan múltiples opciones y elecciones. Sin embargo, como señala Shilling (1993:3), el aumento de posibilidades de intervenir en el cuerpo contrasta con la *incertidumbre* acerca de qué hacer con esas posibilidades:

“Ahora tenemos medios para ejercer un control sobre nuestros cuerpos que no tiene precedentes en la historia, aunque también vivimos una época en la que se han despertado dudas profundas sobre qué son nuestros cuerpos y cómo debemos controlarlos.”

De esta forma, si se acepta que en la situación actual el cuerpo no está tan sujeto a las limitaciones que antes caracterizaron su existencia, además de propiciar el acceso a los medios para controlarla, se debería también reflexionar acerca de cómo debe ejercitarse dicho control. Cuanto mayores son las posibilidades que se nos ofrecen, más se desestabiliza nuestro conocimiento de qué es el cuerpo en realidad, y se abren más y mayores interrogantes sobre hasta dónde se debe permitir la intervención de la ciencia en su reconstrucción. Hoy en día crecen los dilemas morales acerca de cuestiones como la ingeniería genética, la reproducción asistida, los trasplantes o la eutanasia. Limitar la preocupación de la intervención sobre el cuerpo únicamente a cuestiones de tipo técnico puede contribuir a que en el futuro se disparen el número y la magnitud de este tipo de conflictos.

Por otra parte, el auge y expansión de las técnicas de las que hablábamos en el punto anterior no significa que todas las personas las tengamos a nuestro alcance, o que les prestemos el mismo interés. Su uso no es aleatorio, sino que depende de factores socioeconómicos y culturales. Por poner un ejemplo, los intereses y las posibilidades de una persona ejecutiva y de otra

parada de planificar su cuerpo probablemente sean diferentes. Parece evidente que además del deseo personal, la reconstrucción del propio cuerpo tiene hoy día otra lectura. En la era de la información, donde el conocimiento de esas posibilidades es tan extensa y el valor simbólico de la imagen corporal tan importante, su utilización denota la accesibilidad que tenga la persona para disfrutarlas. En otras palabras, la intervención sobre el cuerpo se ha convertido en un símbolo de estatus. También el actual *boom* por el cuidado corporal puede considerarse desde esta óptica. La evolución del valor social del sobrepeso puede ilustrarlo. Hasta mediados de siglo, cuando sólo las clases altas tenían acceso al exceso de ingesta calórica y la actividad física era una necesidad productiva, la gordura simbolizaba un estatus social alto. Sin embargo, en las sociedades desarrolladas se han invertido los términos. En la actualidad, cuidarse implica tener tiempo y medios para, por ejemplo, utilizar productos adelgazantes, someterse a intervenciones quirúrgicas y/o realizar actividad física.

1.2 Cuerpo y movimiento

Este breve repaso que hemos realizado sobre el concepto de cuerpo nos permite apreciar al menos su complejidad. En este apartado queremos presentar cómo las diferentes concepciones de las que estamos hablando afectan a la forma de estudiar cómo el cuerpo ocupa el espacio y se desplaza en él.

Nuestra intención es mostrar cómo el dualismo sirve de base a la concepción del cuerpo como objeto, es decir, como *cuerpo físico que está y se desplaza en el espacio*. Desde este punto de vista, el énfasis se pone en sus manifestaciones más

observables, medibles, cuantificables y evaluables, como la capacidad motriz producto de la acción del sistema locomotor y la apariencia externa valorada en función de unos estándares estéticos predeterminados.

Sobre estas ideas del cuerpo y el movimiento descansan diferentes disciplinas científicas, como la Teoría de Entrenamiento, la biomecánica, la fisiología del esfuerzo, etc., cuya finalidad última es la mejora del rendimiento motor, ya sea en relación con la condición física o la ejecución técnica. Por otra parte, el arte, la moda y los usos sociales han influido en la definición de los modelos corporales de belleza. Y si bien el cuidado y la preocupación por la apariencia se ha dado a lo largo de toda la historia, en la actualidad su alcance ha trascendido la preocupación puramente estética para convertirse en un verdadero fenómeno social, incluso un problema de salud pública. Ciertas patologías inducidas en gran medida por el anhelo de alcanzar una apariencia *ideal* afectan de forma creciente a los países desarrollados. Este es el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa, trastornos alimentarios basados precisamente en la distorsión de la imagen corporal (Toro, 1996)⁵.

Las concepciones monistas y sociales favorecen un tipo de movimiento relacionado con la persona y el contexto en el que vive. Hablamos de *cuerpo sujeto* cuando *el cuerpo es considerado una experiencia personal que siente y genera emociones, y que vivencia la acción motriz*. En este caso, el cuerpo engendra un movimiento lleno de significación subjetiva, el cuál no tendrá

⁵ La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal, superior al 15%, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar (Toro, 1996). La normatividad médica exige definir el punto a partir del cual puede considerarse que la malnutrición y las conductas que la provocan son patológicas. Sin embargo, el hecho de que estas enfermedades afecten exclusivamente a los países desarrollados (lo que contradice el axioma de que las enfermedades afectan en mayor medida a los países en vías de desarrollo), induce a pensar que existen factores socioculturales que ejercen una enorme presión sobre las/los afectadas/os antes de que la malnutrición se haga evidente.

tanto que ver con *cosas* observables o cuantificables -como la cantidad de espacio recorrido, o la forma en que se recorre-, sino con otros aspectos mucho más sutiles y menos aprensibles.

1.2.1 El cuerpo objeto

La concepción del cuerpo como objeto es deudora del dualismo y el naturalismo antropológico. Como hemos visto, la separación entre cuerpo y alma ha ido evolucionando desde el divorcio absoluto hasta la reconciliación amistosa, pero ha colocado siempre al cuerpo somático al menos un peldaño por debajo de la invisible existencia espiritual. En cambio, el cuerpo es considerado como la materialidad observable, medible y comprobable del ser. Presentamos ahora algunos de los aspectos que nos parecen relevantes para comprender la concepción del cuerpo humano como objeto.

1.2.1.1 El cuerpo máquina y el motricismo

El cuerpo-máquina es una de las más antiguas y frecuentes metáforas con las que se explica el funcionamiento del cuerpo humano. El diccionario define el término *metáfora* como una figura retórica que consiste en usar las palabras con un sentido distinto del que tienen propiamente, pero que guarda con éste una relación encubierta. Precisamente esta *relación encubierta de los significados* provoca imágenes que sirven a la vez para reflejar y dar forma al sentido de los fenómenos que representan. Aunque se emplean sobre todo como recurso literario, algunas metáforas han traspasado el ámbito artístico para quedarse a residir definitivamente en lo cotidiano. Expresiones como, por ejemplo, *hombre de hierro* o *mujer dulce*, se han colado casi sin darnos cuenta en nuestras vidas, tanto que las utilizamos sin reparar en su enorme valor simbólico.

Analizando su sentido podemos comprender mejor la visión que prima en nuestra cultura y en nuestra sociedad sobre los estereotipos masculino y femenino. Lo mismo podemos decir de la metáfora del cuerpo-máquina en relación con la concepción hegemónica del cuerpo.

En la jerga científica (y no tan científica) resultan muy habituales las referencias al cuerpo como máquina. Para indicar que el aparato digestivo realiza correctamente su tarea excretora, decimos eufemísticamente que *funcionamos como un reloj*. Cuando nos duele alguna articulación, en ocasiones nos quejamos de que *no estamos suficientemente engrasados*. Si tenemos hambre o sed, bastante a menudo demandamos un poco de *combustible*. Muy probablemente alguna vez hemos sufrido dolores musculares por haber *forzado la máquina* en exceso, especialmente si estábamos *oxidados* después de un largo periodo *en el dique seco*. Estas metáforas se sustentan en que las funciones orgánicas del cuerpo en general, y la locomotora en particular, guardan cierta analogía con el funcionamiento de las máquinas. Ya Vesario, en el siglo XVIII, en su tratado "*de humani fabrica*", comparaba al funcionamiento del ser humano con el de una máquina de vapor. En nuestros días para explicar la conducta motriz Fidelus (1991:11) propone un modelo de "biomáquina" en el que diferencia los sistemas de dirección, de alimentación y motor. Este autor afirma que el hombre (sic.):

“... constituye una máquina universal capaz de realizar un gran número de tareas motrices.”

En la actualidad siguen siendo frecuentes las comparaciones entre el ser humano y las máquinas. Resulta curioso observar cómo los avances científicos se incorporan a la metáfora del cuerpo máquina. El modelo vesariano de biomáquina, que basado en la máquina de vapor intentaba ilustrar y dar explicación sobre todo al funcionamiento de los sistemas locomotor, digestivo y cardiorrespiratorio, ha sido sustituido (o

complementado) por otro bio-cibernético, el cual incluye las funciones del sistema nervioso. Este nuevo modelo, además de recoger y adaptarse a los nuevos avances científicos, coincide con la teorías psico-cognitivas del tratamiento de la información. Rasch y Burke (1986: 69) para explicar las funciones del cerebro plantean que éste es:

“... el ordenador central que integra los inputs perceptivos de los diferentes sensores sensitivos, y tras su procesamiento, controla mediante impulsos nerviosos la contracción de los miembros efectores.”

El deporte es uno de los ámbitos donde más prolifera la imaginería sobre cuerpo-máquina (o habría que decir, mejor, sobre *hombre-máquina*). Esto no es de extrañar, porque en el ámbito deportivo prevalece la excelencia del funcionamiento corporal. Las siguientes citas ilustran cómo en un sólo medio de comunicación y en un sólo día (El País, 19 de Julio de 1992, durante el Tour de Francia que ganó Induráin) proliferan con toda naturalidad estas imágenes (Barbero, 1996:21):

“Cada 300 Km. cambio de aceite. No es la típica comparación fácil. Cuando Manolo Sáinz asegura que Laurent Jalabert consume demasiado magnesio se está refiriendo a lo mismo que Sito Pons cuando dice que la Honda de Alex Crevillé pierde aceite (...). Sin los controles médicos y psicológicos ni siquiera Indurain, la máquina más perfecta, podría sobrevivir (...). Las máquinas pasan su primera revisión por la mañana. El control de peso, tensión arterial ritmo cardíaco... se efectúa dos veces al día. El porcentaje de pérdida de peso (...) los análisis de orina también son regulares (...). A. J. M. Echávarri no necesita motivar a Induráin. Le basta con programarlo.”

Para Colquhoun (1992b) el principal significado que encierra la metáfora del cuerpo-máquina es la concepción del cuerpo como un instrumento de acción. Traducido en términos de motricidad, el cuerpo sería considerado fundamentalmente como

un *instrumento motriz*, y por consiguiente, su descripción vendría a través del estudio de sus distintos componentes y capacidades motrices. Desde esta perspectiva, el movimiento sería entendido únicamente como el desplazamiento, y siempre tendría una finalidad extrínseca, dependiente del objetivo de la acción. Se trata de una concepción utilitarista porque el movimiento y su resultado son definidos y valorados en función del propósito de la acción. Aplicándosele las leyes de la física y la fisiología, el movimiento humano puede ser medido, controlado y analizado como el de cualquier otro objeto o animal que se desplace en el espacio. En ese caso, la motricidad corporal (o la corporeidad motriz) pierde su singularidad. El Cuerpo pasa a convertirse en un instrumento abstracto y homogéneo de acción, definido en último término por el objetivo de dicha acción. Carece de voluntad, y si la tiene, debe someterse a la finalidad de la acción.

Diferentes autores coinciden en que al poner el énfasis en el funcionamiento de los sistemas corporales, la metáfora del cuerpo-máquina contribuye también a asentar una concepción mecanicista del cuerpo, la salud y la práctica física (Barbero, 1996; Colquhoun, 1992b; Freund y McGuire, 1991; Whitehead, 1992). Se fomenta la concepción del cuerpo como conjunto de órganos y partes ensambladas, con una finalidad común pero con una naturaleza independiente. Por ejemplo, en el lenguaje cotidiano resulta frecuente encontrar referencias a la localización de los efectos del ejercicio en partes concretas del cuerpo; se habla entonces de ejercicios para *hacer* piernas, bíceps o abdominales, o para *perder* barriga, culo, *cartucheras* o *michelines*.⁶ En otras ocasiones la localización se internaliza,

⁶ Esta diferenciación cualitativa -ganar o perder- nos da pistas de cuáles son las zonas corporales más prestigiosas. Un extracto de una de las llamadas *revistas del corazón* nos permite apreciar quién, porqué y hasta qué punto debe considerarse la grasa como una desgracia: "Dedicando diez minutos al día a realizar estos sencillos ejercicios, nos desharemos de las incómodas y antiestéticas cartucheras, y disminuirémos la celulitis. Ahora que se acerca el verano, debemos estar atentas a aquellos puntos en los que la grasa se acumula y se hace más resistente. ¿Quieres

como cuando se habla de actividades cardiorrespiratorias, dando la imagen de que el cuerpo es meramente un mecanismo transformador de nutrientes en energía, tejido muscular o graso. Entonces se habla de *quemar* grasas, o *acumular* (o *quedarse sin*) reservas, como si nuestros músculos fueran grandes hornos que consumieran el combustible excedente convirtiéndolo en movimiento.

En cuanto a las objeciones que se hace a la concepción del cuerpo como una máquina, en primer lugar se argumenta que, si bien las teorías mecanicistas sobre el cuerpo pueden ilustrar aspectos parciales y aislados del comportamiento motriz, nunca podrán servir para explicar globalmente un fenómeno tan complejo como el del movimiento humano, que incluye aspectos psicosociales, afectivos, culturales e incluso políticos y económicos. Para Tinning (1990:16) la metáfora del cuerpo máquina, al subrayar los aspectos funcionales del cuerpo humano, más que ilustrar, contribuye a dar sentido al concepto de corporeidad; destacando los componentes mecánicos, indirectamente se marginan otro tipo de aspectos menos objetivables del movimiento:

“¡Es cierto que el funcionamiento de nuestro corazón se parece al de una bomba! El problema aparece cuando se utilizan únicamente este tipo de imágenes para explicar el cuerpo humano.”

La segunda objeción viene determinada por la ideología que subyace bajo la concepción utilitarista del cuerpo como una máquina. Tinning (1990) afirma que la comparación entre el ser humano y la máquina contribuye a configurar una visión racionalista y tecnocrática de la motricidad. El movimiento de un cuerpo-máquina quedaría prefigurado por el objetivo de la tarea: la eficacia y la eficiencia son los principales valores de la motricidad. Una excesiva preocupación por el resultado de la

tener que cambiarte otro año de bikini o triunfar este verano en la playa?” (Lecturas, 18 de mayo de 1997, sección *Salud y Belleza*).

tarea contribuye a dejar de lado otros aspectos mucho menos cuantificables y más difíciles de controlar por un observador externo.

A partir de todo lo dicho, podríamos denominar *ideología del motricismo* al sistema de valores, creencias y prácticas sociales que, asentándose sobre los significados que subyacen en la metáfora del cuerpo-máquina, entiende el movimiento únicamente como desplazamiento del cuerpo en el espacio. Apple (1985: 5) denomina ideología hegemónica a aquella que “se acepta totalmente y sin cuestionamiento, provocando la homogeneización del sentido común sobre un determinado objeto en diferentes ámbitos”. Creemos que el motricismo es la actual ideología hegemónica del movimiento, por lo que afecta a sus diversas manifestaciones. Diversos autores coinciden en destacar el mecanicismo, el énfasis en la racionalidad tecnocrática y el individualismo como algunas de las principales consecuencias ideológicas que se derivan de la concepción del cuerpo como una máquina motriz, las cuáles afectan en gran medida a las relaciones entre la actividad física y la salud (Barbero, 1996; Freund y McGuire, 1991; Tinning, 1990; Whitehead, 1992).

Al hablar del cuerpo, las referencias a lo mecánico son tan abundantes que no sorprende que nos refiramos tradicionalmente a la salud como *el perfecto funcionamiento del cuerpo*. De hecho, resulta común concebir la enfermedad como un fallo del cuerpo, lo que sugiere la imagen de un médico-mecánico que debe reparar o sustituir el mecanismo dañado en el menor tiempo posible y de la forma más eficaz, para que pueda volver a rendir cuanto antes y en condiciones óptimas. Por tanto, la idea mecanicista del cuerpo y el movimiento implica un énfasis exclusivo en la eficacia y la eficiencia, es decir, en conseguir los objetivos predeterminados y hacerlo con el mínimo esfuerzo posible.

El motricismo contribuye también a atribuir la conducta individual únicamente a la autodeterminación y voluntad personal, como si nuestro cuerpo fuera un ente que pudiera aislarse de las influencias del entorno, del mismo modo que lo hacen las máquinas. El desplazamiento corporal se considera un hecho radicado en la individualidad del ser que se mueve, el cual se basta y se sobra para percibir sus estímulos, procesarlos, enviar los impulsos nerviosos, generar el movimiento y evaluar su resultado. El estudio de la conducta motriz sugiere un cuerpo absoluto. Además, entender que el cuerpo pertenece a la persona y esta puede hacer de él lo que le plazca tiende a minimizar la importancia relativa de otros factores que limitan el poder individual para tomar decisiones.

1.2.1.2 El cuerpo como objeto estético

El cuerpo se puede considerar un objeto estético desde el momento en que se definen implícita o explícitamente unos cánones de belleza determinados. La idea de objetivar la belleza corporal no es nueva. Ya en la Grecia clásica, Tales de Mileto determinó que el tamaño del tronco y las extremidades inferiores de las esculturas debía ser de ocho cabezas (Fallon, 1994). Desde entonces se han sucedido los intentos de objetivar criterios que acotaran el cuerpo que podía o debía considerarse bello.

La cuestión del cuerpo y la belleza no afecta únicamente a la superficie corporal, sino a todo aquello que cubriéndola, moldeándola, destacándola o sugiriéndola sirve para tapar, disimular, exagerar o dejar entrever alguna de sus partes. Nos estamos refiriendo al vestido y sus complementos, cuyas formas, colores y tamaños dependen a menudo de los dictados de la moda. La moda al mismo tiempo refleja y condiciona el consenso colectivo sobre lo que se considera estéticamente valorable. Y este consenso estético que dicta la moda está íntimamente ligado al juicio de valor sobre el cuerpo socialmente aceptable. Por

tanto, para entender la importancia del cuerpo como objeto estético, partiremos del análisis de algunos aspectos relacionados con la moda.

Empezaremos con algunos apuntes históricos. Lo primero que destaca en la historia de la moda es el predominio de las referencias a la mujer. Solo en la Grecia clásica el cuerpo del hombre parece tener mayor significación estética que el de la mujer. Hasta el siglo XX, salvo contadas excepciones, la belleza femenina se ha identificado más con la gordura que con la delgadez, probablemente porque la función reproductiva ha impregnado su imagen social (Fallon, 1994). Esto ha ocasionado que el vestido haya servido normalmente más para subrayar y aumentar el tamaño de las formas femeninas. Un ejemplo de ello es el uso de prendas como el miriñaque, cuyo uso se extendió durante el S. XVII⁷. De hecho, salvo escasas excepciones, hasta el S. XVIII la apariencia de la mujer se caracteriza principalmente por su volumen y rotundidad.

Hay que esperar hasta el S. XIX para asistir en Europa a la generalización de un modo de vestir basado en la apariencia ascética y estilizada de la mujer. Las faldas se alargan hasta los tobillos y se ciñen a las piernas (Toro, 1996:71):

“Los vestidos se hicieron tan ajustados que es difícil entender como las mujeres podían moverse en ellos y con ellos. Para destacar al máximo la línea recta, las mujeres evitaban todos los adornos que contribuían a interrumpir la falda (...). El S. XIX supuso que el vestido

⁷ El miriñaque era una especie de estructura de aros concéntricos que se iban haciendo más estrechos a medida que se acercaban a la parte superior del cuerpo, estando unidos entre sí por una tela encerada. La mujer con miriñaque ocupaba un espacio tres veces mayor al que ocupaba sin él. Esta prenda pretendía dar forma a la mujer aumentando su volumen. El cuerpo quedaba completamente cubierto, aislado del exterior por una especie de muro. Lo que pasara en el interior de esa coraza textil no traslucía. El cuerpo en sí mismo era inmune al juicio valorativo de los demás. Según Fallon (1994) uno de los emblemas de la revolución francesa, reflejo del ansia de libertad y el rechazo a la aristocracia, fue la rebelión contra el uso del miriñaque y el corsé, considerados en esa época como verdaderos símbolos de represión y de clase. Los vestidos debían manifestar la naturaleza del cuerpo, un cuerpo que igualara a todas las clases sociales

femenino y la representación social del cuerpo dejaran de ser signos inmediatos de situación social para constituirse fundamentalmente en manifestaciones de la personalidad, hecho este cuyo apogeo estamos viviendo en nuestros días.”

Resulta significativo que esta moda rectilínea y opresora nazca en la Inglaterra victoriana, precisamente dónde Foucault (1984) sitúa uno de los orígenes del actual discurso sobre el autocontrol corporal: la búsqueda de una perfección ascética reflejada simbólicamente a través de una determinada apariencia externa. Al ceñirse la ropa, el cuerpo se hace más aparente y revelador. Es su propia forma la que debe modelarse para traslucir y reflejar al ser.

A mediados de nuestro siglo se dan dos hechos que impelieron definitivamente la creación y difusión de los actuales modelos estéticos-corporales: la popularización del cine y del turismo de playa. El cine convirtió la imagen en un poderoso vehículo a través del cual se extendió a toda la población una apariencia modélica de hombres y mujeres, la cual se asociaba además a determinadas conductas y rasgos de personalidad encarnados por los actores y actrices. Por su parte, el turismo y la moda de playa -desde el traje de baño al *top less*, pasando por el bikini, símbolo del deseo sexual de toda una época-, permitió la exhibición pública de ciertas partes del cuerpo que hasta entonces resultaban tabú. Al dejar de ocultarse, el cuerpo *real* se veía obligado a acercarse más al cuerpo deseado, o al que se deseaba aparentar. Torres (1996:56) se cuestiona hasta qué punto la actual posibilidad de mostrar el cuerpo es un signo de liberación o más bien una atadura:

“Ahora que se puede ir a la playa sin tener que vestir medias ni trajes de cuerpo entero, hay que lucir un impecable bronceado, estar delgada, y con cada cosa en su sitio. No sé que es preferible, si bañarse con un blusón holgado unos cuantos meses o alimentarse a base de rábanos durante todo el año.”

En la actualidad estos dos fenómenos a los que nos referíamos están en pleno auge, adoptando formas aún más variadas y complejas. Los medios de comunicación de masas han extendido el efecto modelizante de la imagen corporal, introduciéndola hasta en los espacios más íntimos de nuestra vida cotidiana. A través de la televisión, la(s) moda(s) alcanza(n) definitivamente todo el planeta, produciéndose la homogeneización definitiva de los modelos de belleza, los cuáles, además, suelen estar asociados a un cierto modelo de éxito personal (Toro, 1996). Por otra parte, el creciente mercado de actividades para el tiempo de ocio ha servido para popularizar ya no sólo el turismo de playa, sino otras muchas prácticas centradas en el cuidado, la exhibición o el disfrute del cuerpo, así como su exposición a riesgos más o menos controlados.

Como decíamos al principio, la moda tiene un doble efecto sobre la consideración del cuerpo como objeto estético: por una parte refleja el consenso social sobre la imagen del cuerpo atractivo, pero también sirve para construir las características de dicho consenso social. A pesar de sus diferencias formales, las innumerables modas y estilos que se han sucedido a partir de la segunda mitad del S. XX siempre han tenido un denominador común: resaltar el valor simbólico de la apariencia, intentando definir una serie de cánones estéticos con los que cada persona *debe* cumplir si se quiere sentir bien consigo misma y aceptada por los demás. Como ya analizamos en el apartado sobre las concepciones sociales, en la actualidad el cuerpo se ha convertido en un verdadero territorio simbólico, que sirve a la vez para manifestar quién (no) somos y quién quisiéramos (no) ser. Lo que diferencia la corporeidad de las modernas sociedades postindustriales es que, mientras en el pasado el control sobre la apariencia estaba marcado fundamentalmente por normas sociales explícitas sobre el vestido y sus complementos, en la actualidad vivimos un progresivo proceso de *internalización del autocontrol* sobre el cuerpo (Toro, 1996). Las normas sociales

sobre la apariencia no han desaparecido, sino que se han *encarnado*. La distancia entre la propia apariencia y el estereotipo estético revela la capacidad del sujeto para mantener control sobre sí mismo, lo que está dispuesto/a a hacer para conformar su propio cuerpo al modelo deseable, en definitiva, simboliza su esfuerzo por ser *feliz*. El cuerpo, al convertirse en un proyecto abierto y planificable, in-corpora el éxito o el fracaso. La apariencia se convierte en un reflejo simbólico e inmediato de la autoestima: nos queremos tanto como nos cuidamos. Y nos aceptamos en función de la distancia que nos separe de la imagen corporal deseada, hoy si cabe más distante que nunca. No es de extrañar que la autoimagen corporal determine cada vez en mayor medida nuestra autoimagen general⁸.

No es de extrañar que la definición de los patrones de cómo *debe* ser el cuerpo deseable implique un enorme poder. Para Varela y Alvarez-Uría (1989:145) la actual cultura somática ha hecho del cuerpo un auténtico modo de control social informal:

“La representación y presentación del yo está cobrando una especial relevancia en relación con los nuevos estilos de vida, el retorno del mito de la eterna juventud y la generalización de saberes y prácticas promovidas por múltiples especialistas (médicos, psicólogos, sociólogos, modistos, publicistas, estilistas, esteticistas, periodistas...) que contribuyen a crear un ingente mercado de productos para definir códigos éticos, estéticos y científicos destinados a legitimar determinados usos sociales del cuerpo. Dicho de otro modo, un puñado de diseñadores de cuerpos detenta el monopolio de definir los límites de la normalidad corporal en las llamadas sociedades postindustriales.”

Una de las consecuencias más claras de la homogeneización de norma estética y la internalización del autocontrol es el

⁸ Toro (1996: 136-162) trata en profundidad la relación entre imagen corporal y autoimagen. En concreto se centra en estudiar la angustia que provoca en la población en general, y la adolescente en particular, la distancia entre la percepción del propio cuerpo y el cuerpo ideal como posible factor causal de la anorexia y bulimia nerviosa.

fenómeno que se ha venido a denominar *culto a la apariencia*, es decir, la sobrevaloración de la apariencia corporal y de las prácticas que sirven para configurarla a unos modelos estéticos dominantes (Tinning, 1990). Este fenómeno, vinculado con la significación socio-simbólica del cuerpo, tiene dos caras. La belleza en el hombre se asocia a un modelo de cuerpo expansivo, dinámico y mesomorfo, que simboliza su capacidad productiva y su masculinidad. La mujer en cambio, mantiene un cuerpo pequeño, frágil e implosivo, en el que se destacan sus atributos sexuales secundarios: el busto y las caderas (Devís y Molina, 1998; Devís, Perdiguero, Silvestre y Peiró, 1994; Scraton, 1995). Para Shilling (1993:65), la utilización de la apariencia externa como factor de control social se sustenta sobre ambos modelos:

“Ultimamente se ha venido estudiando la tiranía de la esbeltez, que restringe el crecimiento social y físico de las mujeres, y que limita su capacidad para expresarse, tendiendo a la reducción de su volumen. En contraste, los hombres, que son educados en el orgullo de sus cuerpos, están obsesionados por agrandarlos. En ambos casos, el resultado es el mismo: la cuidado de la apariencia externa se convierte en una preocupación de primer orden.”

De estas dos melodías básicas nacen múltiples variaciones. Las más puras proponen modas para mujeres femeninas, o para *hombres-hombres*. Otras se decantan más por el mestizaje: modas *unisex* para trabajadoras dinámicas u hombres sensibles. En definitiva, todas intentan sugerir, predisponer, y condicionar nuestro deseo de ser, y muchas generan y/o aumentan nuestra angustia por no ser. Se insinúa, o descaradamente se afirma, que para conseguir el éxito (personal, social, profesional, etc.) hay que cumplir con determinados cánones estéticos. Y viceversa, que es peor: quien no se a-molde, está abocado/a al fracaso.

Si en la actualidad se puede definir el anti-modelo estético corporal, este es el de la gordura. Vivimos en una sociedad extremadamente lipófoba. La fealdad del gordo y de la gorda se vincula además con la enfermedad (o el riesgo a padecerla), y

ambas con la conducta individual. La gordura se considera entonces un signo ostensible e insalubre de falta de autocontrol personal. Estamos rodeados de mensajes que se basan en la siguiente analogía: “quien está gordo/a, además de estar feo/a, se arriesga a sufrir múltiples enfermedades porque quiere (es decir, porque no hace dieta o ejercicio)”. Esta afirmación parte de la creencia de que la acumulación de grasa se debe al exceso de ingesta alimenticia y al escaso gasto energético. Sin embargo, según Toro (1996) esto no es del todo así. Estudios recientes demuestran que la acumulación de reservas de grasa está regida por un gen denominado *ob* (de obesidad) que regula la actividad del metabolismo basal. Por otra parte, aunque el ejercicio implica en efecto un consumo energético, solo las prácticas de muy larga duración e intensidad baja comprometen de forma determinante el metabolismo lipídico. En cualquier caso existe una evidente confusión entre gordura, sobrepeso y obesidad. No solo se confunden las características de unas con otras, sino sus implicaciones para la salud. Además, las constantes llamadas sobre los riesgos para la salud de la obesidad no se compensan con mensajes sobre los riesgos del infrapeso (Pérez Samaniego, 1996)⁹.

Resulta llamativo que los modelos estético-corporales sean cada vez más difíciles de alcanzar, proponiéndose apariencias inverosímiles que contradicen incluso la natural morfología humana. Las mujeres *deben* combinar caderas estrechas y pechos grandes, lo que es casi anatómicamente inviable. Los hombres, por su parte, han de *marcar* su pared abdominal, precisamente donde más grasa acumulan. En esta época de satanización de la gordura, apariencias que hace apenas cincuenta o sesenta años habrían sido consideradas como modelo de belleza y paradigma de salud, hoy son ridiculizadas y despreciadas como grotescas (Salvador, 1997: 38):

⁹ Para profundizar en la exageración del sobrepeso como factor de enfermedad, ver punto 2.4.3.

“La gordura solía ser un signo de bienestar cuando la sociedad pasaba hambre, que debió ser durante una época muy duradera. Hoy la gordura es un signo de pobreza y falta de disciplina. Lo gordo es obsceno, transgresivo y carnal. Lo gordo es cómico. No se adapta a la norma, es anormal y autocomplaciente. Peor, la gordura es política: fabrican el fracaso de las personas a partir de la grosera gordura. Y no sólo en lo obeso, sino en lo que no se aproxima a lo flaco. Somos bombardeados por imágenes de modelos anoréxicas. También se sabe que el mito de la delgadez erosiona la autoestima del personal, sobre todo del femenino, haciéndoles odiar sus propios cuerpos: la ideología de la dieta es la ideología de la vigilancia, la autocensura, del cuerpo frágil, esquelético y estéril.”

Adquirir y mantener un cuerpo bello consume mucho tiempo, dinero y energía. En definitiva es una inversión, por otra parte, rentable en muchos casos. Las personas más atractivas tienen más facilidad para acceder al mundo laboral, ganan más dinero, y gozan de más posibilidades de entablar relaciones sociales (Bourdieu, 1994). Pero cuando el cuerpo atractivo se asocia con la salud (entendida también como *éxito*), el efecto de los mensajes tiene un alcance universal y un poder devastador. Siempre podremos y desearemos estar *más* sanos/as y *más* atractivos/as. En cierto modo, la búsqueda de la salud legítima que el cuerpo entendido como objeto estético pase a ser también objeto de consumo; el cuerpo bello y sano se convierten en un producto de consumo *eterno* (Varela y Alvarez-Uría, 1989:72):

“La condición de inalcanzables que tienen los actuales modelos estéticos ha hecho de la salud un ingente imperio en el que nunca se pone el sol. El cuerpo eternamente joven y bello, junto con la búsqueda de un estado anímico expansivo y creativo, constituyen el modelo ideal de salud que se legitima precisamente en razón de su carácter utópico, que obliga a los particulares a un consumo infinito.”

El deporte es otro ámbito interesante para el análisis de las influencias del cuerpo entendido como objeto estético. En general, la belleza en el deporte está asociada a la eficacia, la

eficiencia y la dificultad. Un gesto bello es un gesto económico, que se realiza sin esfuerzo aparente o con el menor gasto energético posible¹⁰. Sin embargo, el valor de la belleza no es igual en todos los deportes. Best (1975) distingue entre *deportes propositivos* y *estéticos*. En los primeros, de los que forman parte la gran mayoría de los deportes individuales y de equipo, el objetivo puede lograrse independientemente de la forma externa del movimiento. Por poner un ejemplo, vale igual un gol obtenido en una jugada chusca que el que nace del remate más inverosímil. Aunque algunas acciones puedan considerarse desde un punto de vista estético, en estos deportes la forma del movimiento no es primordial. Sin embargo, en otras modalidades deportivas el resultado no puede concretarse sin tener en cuenta su componente estético (Best, 1975:58):

“Por ejemplo, en la natación sincronizada, el salto de trampolín, la gimnasia artística o el patinaje artístico, el resultado está intrínsecamente ligado a la forma del movimiento. LLamaré a estos *deportes estéticos* ya que se asemejan a las artes en que su propósito no puede considerarse aislado de la manera en que se consiga. La forma en que se realizan los movimientos no es accidental, sino central en dichos deportes.”

En el caso de los *deportes estéticos* la belleza está sujeta a un reglamento. Es decir, la forma está objetivizada y normativizada. Tomemos el caso de la gimnasia rítmica. En una competición, además de la dificultad objetiva de los ejercicios, se puntúa la *forma* de ejecución en función de unos criterios objetivos. Incluso aspectos como el maillot o la expresión del rostro, que sólo sirven como adorno de la ejecución, también son valorados por las jueces. En las competiciones, la victoria es lograda no sólo por la gimnasta que realiza ejercicios más

¹⁰ Como cualquier intento de definir la belleza, esta idea es discutible. Al hablar de economía de acción nos referimos al componente estético del gesto en sí, no a la exaltación de los atributos de quien lo realiza. Un análisis de las retransmisiones deportivas muestra cómo frecuentemente la imagen a cámara lenta o el comentario resaltan precisamente el esfuerzo o la agresividad. Pero consideramos que en esos casos la intención no está en recalcar la ejecución en sí, sino determinados rasgos morales de la persona que la realiza.

difíciles, sino las que alcanzan la *mayor* belleza. La estética se convierte entonces en resultado deportivo, objetivo y competitivo. Un patrón prefijado, estandarizado y, en este caso, incluso normativizado por un reglamento, determina qué es la belleza motriz. En concreto, el reglamento de la gimnasia rítmica especifica que se valorará la *gracilidad, ligereza y delicadeza* de la ejecución.

Un aspecto significativo en los deportes estéticos es que la presencia de los hombres es abrumadoramente inferior a la de las mujeres. Ora son simplemente excluidos, como en el caso de la gimnasia rítmica o la natación sincronizada, ora el valor estético de su ejecución es sutilmente diferente al de sus compañeras. Ese es el caso de la gimnasia artístico-deportiva, en la que si bien tanto hombres como mujeres deben realizar ejercicios de suelo, las segundas tienen la obligación además de realizarlos al ritmo de la música, quizá para que sus saltitos y contorneos nos recuerden que, a pesar de ejecutar eficazmente acrobacias tan espectaculares y difíciles como las de los gimnastas, quienes las realizan son, al fin y a la postre, mujeres.

En los deportes estéticos no vale sólo con hacer movimientos bellos; también hay que *ser* bella y demostrarlo. Si analizamos la apariencia de las campeonas olímpicas de gimnasia, vemos como sus cuerpos han ido evolucionando desde formas más rotundas a cuerpos pequeños e infantiloides. El entrenamiento de estas deportistas incluye, de forma más o menos explícita, su conformación a unos determinados modelos estéticos, por cierto, excesivamente delgados. Quizá convenga recordar la problemática surgida en el año 1997 con algunas componentes del equipo español de gimnasia rítmica, que acusaron a su entrenadora de ciertas prácticas abusivas como el control de sus relaciones personales y la persecución obsesiva de cualquier tipo de alimento no permitido, lo que provocó el abandono del equipo olímpico de algunas destacadas deportistas. La entrenadora se defendió argumentando que eran exigencias

de la competición y que *simplemente* había niñas -recordemos que las gimnastas son menores de edad- que *simplemente* no podían aguantar la presión. Quizá lo triste sea pensar que la entrenadora tenga razón: la presión que se ejerce en ese deporte (y otros) sobre el control de la forma del cuerpo es difícil de aguantar, puede que hasta inaguantable. Seguramente por ello entre las gimnastas se dé una tasa más elevada de anorexia nerviosa que entre las practicantes de cualquier otra modalidad deportiva (Toro, 1996).

1.2.2 El cuerpo como sujeto

El estudio anatómico-fisiológico explica porqué todos tenemos un cuerpo igual, pero no porqué cada uno/a sentimos nuestro cuerpo de manera distinta. Junto a las concepciones normativizadoras y homogeneizadoras sobre el cuerpo, también están aquellas que se fijan en la subjetividad corporal de las personas. Como influencia del dualismo, la palabra "cuerpo" evoca sobre todo una realidad material. Sin embargo, cada vez tienen más predicamento el estudio de la *corporeidad* de la experiencia vital. Rojo (1991:12) utiliza las denominaciones alemanas *Korper* ("el cuerpo considerado como objeto, instrumento o conjunto de instrumentos") y *Leib* ("cuerpo vivido") para distinguir las dos formas diferentes de entender el cuerpo:

"Si alguien quiere decir que derribó una puerta con el cuerpo ha de emplear *Korper*; derribarla con le *Leib* es un disparate. Y si se desea expresar que alguien le echó una mirada que le encogió el cuerpo y entonces se siente mal, empleará el término *leib*."

Cada persona vive su corporeidad de manera única, personal e intransferible. Cuando el cuerpo es entendido como sujeto nos fijamos más en aquellos aspectos que diferencian *los* cuerpos que en los que los hacen afines. A continuación intentaremos explicar

qué entendemos por concepción vivencial del cuerpo, para más adelante adentrarnos en el estudio del cuerpo entendido como sujeto ético y estético.

1.2.2.1 La concepción vivencial del cuerpo

Hablamos de vivencia cuando nos referimos a la capacidad del ser humano para tomar conciencia significativa de su propia existencia (Hellison, 1987). Desde una perspectiva psicobiológica la vivencia corporal se explica a partir de nuestra capacidad senso-perceptiva (Rojo, 1991). La neurofisiología y neuroanatomía describen minuciosamente el camino psicofísico de la sensación. Poseemos un complejísimo sistema perceptivo que recoge y analiza las aferencias nerviosas sensitivas producidas por la excitación de trece tipos de receptores sensitivos diferentes. Éstas llegan al cerebro y se integran en la área denominada *primaria sensitiva* o *área de Wernicke*, situada en el córtex, detrás la escisura de Rolando. Es allí donde se generan las percepciones primarias, las cuales combinan los estímulos exógenos percibidos a través de los órganos especiales o esteroceptivos -oído, olfato, vista, tacto epicrítico y protopático- con los endógenos o propioceptivos -sentido algésico, térmico, equilibrio, y cinestésico- (Guyton, 1989).

El germen de la preocupación por la dimensión vivencial del cuerpo humano está en la distinción que los fisiólogos de finales del S. XIX y principios de XX hicieron entre percepción externa e interna, y que dio origen al estudio de representaciones internas del cuerpo y el movimiento: la *cinestesia* (Starobinsky, 1991). Wernicke, quien da nombre a la zona de integración primaria sensitiva, propuso a principios de siglo un modelo de vida psíquica en el que colaboraban una *allopsique* (en relación con los objetos exteriores) y una *autopsique* (en relación con su propio sistema de representaciones internas). También a principios de siglo, el

neurólogo inglés Head empezó a profundizar sobre los *miembros fantasmas* descritos por Paré en el S. XVIII, es decir, las partes del cuerpo amputadas que el sujeto seguía sintiendo *por dentro* como si no se la hubieran amputado. Head atribuyó la percepción de una parte del cuerpo ya inexistente al hecho de que dicha parte del cuerpo persistía en el cerebro. Dedujo entonces que todo nuestro cuerpo debía tener un reflejo a nivel cortical, una especie de modelo mental del cuerpo somático, al que Head denominó *esquema corporal*.

Schilder (1964) perfeccionó la idea del esquema corporal añadiéndole, además, un componente vivencial. Denomina *imagen corporal* a la idea de conciencia del Yo que forman la yuxtaposición de los diferentes estímulos sensoriales. Rojo (1991:9) lo describe así:

"Si nos encontramos en una habitación oscura de pie, y los ojos cerrados, contemplamos ese interior vivo de nuestro cuerpo como algo sutil, confuso, sin límites fijos. Nuestra cabeza nos parece más pequeña, las extremidades más cortas, más delgadas, y todo muy fluido, porque la intensidad vivencial cambia según la región en donde nos fijemos. Y a veces, al mirar en plena oscuridad el movimiento de nuestros antebrazos 'sentidos desde dentro', parece oscurecer a su paso más la oscuridad o levisimamente la clarifican. Sí: somos vistos nosotros mismos desde dentro, perfectamente fantasmales."

La "fantasmalidad" de la que habla Rojo, no debe confundirse con una supuesta irrealidad de la imagen corporal. De hecho, el conocimiento que nos aporta nuestra propia conciencia de ser es mucho más sólido que el aportado por otras fuentes (Rojo, 1991:11):

"La realidad de nuestro cuerpo que vivimos por dentro es indiscutible. Yo no sé si quien me habla fuera es un robot con hechura de persona. Quizá ponga en duda que es una alucinación. Pero que mi cuerpo es mi cuerpo lo digo con más vivencia de lo real que cuando hablo de la mecánica de mis articulaciones, o de la misma estructura osteo-cartilaginosa de mi propia

columna vertebral. Aún sin haberlo visto nunca, yo creo que tengo un colédoco o un páncreas porque tengo fe en los médicos. Pero no los siento. Ahora, no me hace falta creencia alguna para afirmar con toda rotundidad que tengo una imagen de mi, que yo me siento yo."

La concepción vivencial del movimiento hace hincapié no sólo en la percepción del fenómeno motriz, sino en la experimentación personal y emotiva de dicho fenómeno, o, en palabras de Daring (1993:96), "a que el movimiento se convierta en acontecimiento personal que a la vez forme al ser y exprese la forma de ser". En Educación Física, el tratamiento del cuerpo como vivencia se ha incluido en una categoría que se ha venido a llamar genéricamente *dimensión afectiva del movimiento* (Gibbons y Bressan, 1991; Hellison, 1987). Para Hellison (1987) la dimensión afectiva del movimiento es una *pesadilla conceptual* y un área difícil para la formulación de planes y aplicación de estrategias que incidan sistemáticamente en el aprendizaje. Más bien al contrario, suele utilizarse como *cajón de sastre* en el que se amontonan todas aquellas experiencias que resultan difícilmente calificables o clasificables desde una perspectiva motricista. El resultado es un ente conceptual bastante amorfo.

Gibbons y Bressan (1991) distinguen dos paradigmas de estudio de la dimensión afectiva del movimiento: el positivista y el fenomenológico. El primero, de carácter eminentemente psicobiológico, se preocupa por definir los principales componentes de la afectividad humana y estudiar las respuestas emotivas del ser humano en términos de activación o *arousal* (Racionero, 1993:19):

"De la sensación al sentimiento hay dos intervenciones de la mente: interpretación y evaluación, por las que se configura y valora un gestalt y un juicio. Cuando esto sucede, de la pura sensación pasamos al sentimiento que perturba el cuerpo: aumenta la secreción de adrenalina, el pulso del corazón se altera, así como la distribución de la

sangre por las diferentes partes del cuerpo, cambia la respiración, suspende las actividades digestivas, aumenta los hematíes en la sangre, lo cual se manifiesta externamente como sonrojo, palpitación, temblor o pánico. Cuando tal agitación perturba e interfiere el pensamiento la llamamos emoción.”

Según Gibbons y Bressan (1991) el paradigma positivista, si bien proporciona información acerca de la naturaleza psicofísica de lo afectivo, no puede aportar una conceptualización eficaz en términos de estados subjetivos de ánimo producto de experiencias determinadas, por lo que lo consideran limitado para el estudio de la dimensión afectiva del movimiento. El paradigma fenomenológico, en cambio, centra su preocupación por el estudio de las situaciones motrices que generan sentimientos y emociones. La interpretación fenomenológica del contexto situacional se realiza en función de tres categorías interrelacionadas que caracterizan la experiencia vivencial del movimiento: 1) *Autorreferencial*, que se relaciona con vivencias generadas y experimentadas por uno mismo, 2) *el Yo y el Otro*, en la que las experiencias se relacionan con la interacción con otras personas 3) *el Yo, el tiempo y el espacio*, en la que la experiencia tiene que ver sobre todo con la sensación de desplazamiento y la experiencia rítmica.

Aunque su estudio no sea nuevo, la Educación Física no destaca por preocuparse de la dimensión afectiva del movimiento humano¹¹. Probablemente haya que buscar la causa en la tendencia a plantear aprendizajes fácilmente medibles y cuantificables (Kirk, 1990:140):

“El hecho es que la mayoría del profesorado tienden a enseñar lo que es más fácil de medir, sobre todo

¹¹ Ya en los años sesenta, Krathwohl, Bloom y Masia (1964), al estudiar la taxonomía de los objetivos de la educación, hablan del desarrollo afectivo como un ámbito fundamental del movimiento humano. Sin embargo, en los diferentes currícula puede apreciarse como siguen predominando los contenidos de carácter motricista. Y en las escasas ocasiones en que se aborda el tema de la educación afectiva, se hace de forma aislada y dispersa. Esta discriminación se hace patente en los currícula de formación del profesorado, donde no hay ni una materia referida a las emociones ni a su educación.

cuando una de las funciones principales de la escuela actual radica explícitamente en proporcionar credenciales o titulaciones a su alumnado.”

Pero que las emociones no sean tenidas en cuenta no quiere decir que no den. El siguiente extracto de diarios de diferentes alumnos y alumnas narrando su experiencia en un mismo juego, puede ilustrar hasta qué punto y de qué forma tan diversa el movimiento es una experiencia emotiva:

“A mi no me gusta la oscuridad. Sentí auténtico miedo y me asustaba que me tocaran. Lo pasaba mal. Tenía miedo al caer y no sentí ningún placer jugando. No me gustaba que se burlaran. Estuve mucho tiempo de gallinita ciega y cuando pillé a alguien, sentí una gran liberación.”

“He sentido cómo al empezar a jugar todo se volvía sencillo y agradable, cómo el tiempo desaparecía y estaba inmerso totalmente en el desarrollo del juego.”

“... incluso me ha hecho volver a aquellos recuerdos de la infancia prácticamente olvidados, en los que el pequeño arenario del colegio era para nosotros el lugar idóneo y preferido por todos para jugar.”

Desgraciadamente, en Educación Física existe un enorme vacío teórico en relación con los aspectos vivenciales del movimiento. Orientar la práctica hacia la vivencia supone, en cierta medida, relativizar el valor del resultado, lo cual no va a favor de la cultura profesional imperante en la actualidad (Barbero, 1996; Colquhoun, 1992a). Quizá como consecuencia de ello, afirma Ruíz Pérez (1995:16):

“... los procesos de adquisición se han presentado a lo largo de la historia en términos de encadenamiento de respuestas, asociación de estímulos y respuestas, fortalecimiento de trazos o huellas en la memoria, construcción de esquemas o reglas de movimientos, o mediante procesos de auto organización de las conductas motrices. No se manifiesta un interés por destacar los aspectos psicosociales y afectivos que

están implicados en el proceso de aprender a ser motrizmente competentes.”

Probablemente uno de los grandes retos a los que se enfrentan la Educación Física y sus profesionales sea aprender y aceptar que la vivencia y la emoción son parte fundamental del movimiento, y, en consecuencia, de su educación. Esto conlleva un cambio desde la perspectiva simplista del motricismo a otra más compleja y global. Compleja por la cantidad de aspectos diferentes que intervienen en la construcción y desarrollo de situaciones emotivas, y global por la interacción que se da entre ellos.

1.2.2.2 *El cuerpo como sujeto estético*

A menudo se confunde el conocimiento estético, la actitud estética y la belleza. Empezamos por el final. Al calificar algo como *bello* hacemos referencia a un sentimiento de placer que produce la observación de una forma (Savater, 1995). Este sentimiento a menudo resulta infame, es decir, se hace difícilmente explicable con palabras. Cuando se nos pone en la tesitura de explicar porqué algo nos gusta (o no), a menudo recurrimos a una explicación vaga e imprecisa, a veces incluso a una mueca o un gesto. Por su parte, la *actitud estética* hace referencia a la predisposición para evocar un objeto sin más interés que el placer de ser evocado (Arnold, 1991). Se trata de un modo peculiar de contemplar algo en sí mismo. Esta actitud estética no es aplicable a un único tipo de objetos; por ejemplo, las lavadoras, los coches o los muebles, por poner algunos ejemplos, no son apreciados únicamente por su utilidad intrínseca (lavar la ropa, transportar personas u objetos, guardar cosas) sino también por el placer que nos produce su contemplación. Resulta importante destacar que la actitud estética es una predisposición subjetiva y universal. Es decir, cualquier objeto o situación es susceptible de ser contemplado

estéticamente, y la naturaleza de dicha contemplación depende de la persona que la realice. En cambio, el *conocimiento estético* es un entramado de saberes que tratan sobre las *condiciones* de la forma, se preocupa principalmente por el estudio del arte, es decir, de aquellos objetos o situaciones que tienen como finalidad intrínseca el ser contemplados estéticamente. Al tener un carácter científico, sus postulados deben poder expresarse y comunicarse (Hirst, 1974). En definitiva, el conocimiento estético se preocupa por explicar la forma y la belleza, en orientar sobre los criterios que pueden (en ocasiones *deben*) servir para producir el sentimiento del que hablábamos al principio.

En el ámbito educativo esta confusión tiene consecuencias directas en la educación estética, que a menudo se confunde con la educación del conocimiento estético (Arnold, 1991). Cuando esto ocurre la educación estética se centra principalmente en la formulación de declaraciones sobre lo que se considera o no bello. Se trataría de un enfoque similar al de crítica artística. Proponer la educación estética únicamente como conocimiento conlleva además la preocupación por la contemplación más que por la creación (Arnold, 1991:93):

“Desde luego, la concepción iniciática de la estética como conocimiento, parece desear poner en primer plano de la educación estética la elaboración de juicios sobre las obras de arte por medio de criterios marcados por términos como “bella”, “elegante”, “horrible”, “hermosa”, “exquisita”, “torpe”, “llamativa”, etc., como si esto, en sí mismo, fuese algo constitutivo de una educación estética.”

Sin embargo la educación estética también puede ser concebida como la preocupación por la naturaleza de la *experiencia* o la *actividad estética*. En este caso la finalidad no estaría tanto en definir las condiciones para la observación de la forma, sino también por propiciar la creación de la forma, es decir, por dar protagonismo a la acción creadora. A esta preocupación por la creación o re-creación estética, la denomina

Arnold (1991), *perspectiva del agente* en contraste con la perspectiva contemplativa o del espectador. Se trataría, como afirma Marina (1988), de experimentar la belleza *desde dentro*. Inevitablemente los juicios estéticos serán menos objetivables y más variados, pero también secundarios. Lo fundamental sería experimentar actividades por sí mismas, por el placer de realizarlas, independientemente de si se logra o no la belleza en términos absolutos.

Como consecuencia se hace más asequible la posibilidad de convertirse en sujeto creador. Cuando la forma deja de estar constreñida por una serie de normas homogeneizantes, el abanico de posibilidades se abre y diversifica. Al desplazarse el centro de interés desde el juicio valorativo al proceso experimentado por el sujeto, se da entrada a la posibilidad de que más personas participen como sujetos activos en el proceso de creación estética, y de que sus experiencias sean valoradas desde la variedad y la subjetividad. Entender el cuerpo como sujeto estético implica una búsqueda *en* la forma y no *de* la forma, o dicho de otro modo, un tratamiento experiencial y subjetivo del movimiento. Como consecuencia, la cosificación de la estética corporal pierde sentido. Ser sujeto de la acción motriz conlleva una concepción más sutil, rica y diversa de la experiencia corporal, que obliga a modificar el interés por la búsqueda de la belleza *del* cuerpo por el de la belleza *en* los cuerpos.

A pesar de la importancia que siempre se le ha concedido a la educación estética, las propuestas de acción en educación son muy escasas, quizá porque la estética entendida como un fenómeno experiencial de creación subjetiva está directamente relacionada con la dimensión afectiva del movimiento. La hegemonía del *motricismo* ha arrinconado las expresiones menos medibles o cuantificables de la motricidad a un papel marginal en educación. Así ocurre, por ejemplo, con el humor, la tolerancia o la sensibilidad, aspectos que, como mucho, se dan por hechos, y

a los que el profesorado no suele prestar tanto atención como a aquellos que pueden ser reducidos a conductas específicas (Kirk, 1990).

Una de las consecuencias de esta marginación es el déficit conceptual que se ha producido en todo aquello que tenga que ver con la vivencia corporal en general y con la concepción del cuerpo como sujeto estético en particular. En ese sentido, resulta de especial interés la aportación de Gibbons y Bressan (1991). Estas autoras proponen tres conceptos fundamentales sobre los que asentar las propuestas educativo-motrices para el desarrollo de la actitud estética: la apreciación de las diferentes formas de movimiento, la búsqueda de la belleza, y el espíritu lúdico. En Educación Física el desarrollo de la actitud estética pasa por proporcionar oportunidades para que el alumnado participe en experiencias motrices que involucren a los atributos contemplados en la tabla 1.1.

Tabla 1.1. Conceptos para el desarrollo de la actitud estética (Fuente: Gibbons y Bressan, 1991).

CONCEPTO	ATRIBUTOS	DEFINICIÓN
1.- Espiritu lúdico		<i>Atención voluntaria al disfrute de una actividad por sí misma.</i>
	1.1 Apertura a la diversidad	Predisposición a observar diferentes formas de movimiento, (del mismo modo que ideas, valores, puntos de vista) desde una perspectiva no prejuzgada.
	1.2 Apertura a la exploración	Predisposición a la búsqueda de posibilidades para la variación e innovación en la ejecución de movimientos, en vez de seguir siempre formas estereotipadas.
	1.3 Sentido del humor	Predisposición a entender las incongruencias en la ejecución como fuente de diversión y placer, teniendo en cuenta que dichas incongruencias no conlleven consecuencias negativas ni físicas ni psíquicas.
2.- Valoración de las diferentes formas de moverse		<i>Implicarse en un proceso en el que no sólo se enumeren o describan la cualidades de las cosas, sino también, de alguna manera, se les de también un valor.</i>
	2.1 Búsqueda de la mejora de ejecución	Tratar de mejorar la eficacia y eficiencia personal en la ejecución del movimiento.
	2.2 Capacidad de observación	Capacidad de analizar movimientos de uno mismo y de los demás, con el fin de identificar los elementos clave que constituyen los aspectos físicos y expresivos de la ejecución.
3.- Búsqueda de la belleza		<i>Esfuerzo para sobrepasar la capacidad de hacer, para llegar a un nivel de personificación corporal de la propia ejecución.</i>
	3.1 Búsqueda del equilibrio	Búsqueda para alcanzar la unidad entre elementos diferentes que, a pesar de oponerse los unos a los otros, se puedan complementarse.
	3.2 Armonía	Calidades idénticas del movimiento que se suceden en diferentes elementos de la acción, y que permiten percibirla como un todo.

El desarrollo de la actitud estética implica aprender a valorar la propia motricidad subjetiva e intrínsecamente. El currículum debería proporcionar las condiciones para que el alumnado fuera protagonista de su propia motricidad, y que la aprecie en función de los atributos antes mencionados (u otros que se pudieran definir). La participación y la valoración de la propia experiencia se convierten en cuestiones primordiales. Para ello sería conveniente plantear actividades ricas en estímulos diversos y relaciones interpersonales, en las que todo el alumnado fuera consciente del valor de su propia vivencia de la acción motriz.

Entender el cuerpo como sujeto estético implica también que el profesorado haga explícito ese interés, preocupándose por seleccionar los contenidos y crear el clima propicio para que se combinen efectivamente el protagonismo del alumnado y la valoración afectiva de la experiencia motriz. Desde esta perspectiva, la educación del sujeto estético no debería reducirse únicamente a contenidos aislados y/o creados ex-profeso para la contemplación estética. Tradicionalmente la dimensión afectiva del movimiento se ha refugiado en ciertos reductos curriculares como la danza o expresión corporal, por otra parte, poco valorados por los propios profesionales de la Educación Física. Sin dejar de lado la importancia fundamental de estos contenidos, habría que destacar que cualquier acción motriz que sea valorada por su modo de realización y no por su resultado es potencialmente contenido de educación estética. Del mismo modo que hemos visto que cualquier objeto puede ser contemplado desde una actitud estética, también cualquier movimiento puede ser apreciado en sí mismo.

1.2.2.3 El cuerpo como sujeto ético

Son numerosos los ejemplos a lo largo de la historia de cómo un movimiento humano ha sido considerado vehículo para

la transmisión, cambio o transformación de valores. La actividad física y el deporte ha servido, y sirve, como ejemplificación de comportamientos moralmente aceptables. En este sentido, Arnold (1991:48) distingue entre adiestramiento y educación moral. El *adiestramiento moral* tendría que ver con el conocimiento y acatamiento de una serie de normas de comportamiento. La *educación moral* implica la construcción de juicios morales y la capacidad de actuar conforme a estos:

“Lo que diferencia la educación moral del adiestramiento moral, que supone un ejercitamiento para que el alumnado se adecúe a las normas morales sin un gran entendimiento de los principios morales, es que ellos estimulan a pensar críticamente sobre cuestiones morales a la luz de principios morales fundamentales, y que formulan sus propios juicios racionales y los traducen en la acción moral apropiada.”

Nuestra historia más reciente revela que la motricidad ha sido considerada como un poderoso instrumento de adiestramiento moral. No hace falta remitirse a épocas autocráticas para comprobar cómo la Educación Física se ha centrado en el sometimiento del cuerpo a formas de movimiento altamente controlables externamente. Tampoco parece casual que precisamente propuestas que no favorecen el conflicto ni la ambigüedad, como el aprendizaje técnico y la mejora de la condición física, hayan sido explícitamente los ejes vertebradores de la Educación Física.

Siguiendo a Arnold (1991:51), entendemos que para que el movimiento contribuya a la educación moral debe cumplir con tres condiciones fundamentales:

- 1) Que se base en principios morales razonados y universalizables.
- 2) Que subraye el respeto a los demás y a uno mismo.
- 3) Que llame la atención en el carácter dinámico, activo, libre y autoformativo del desarrollo moral.

No obstante, en Educación Física resultan mucho más habituales las propuestas basadas en el acatamiento que las que propician razonar sobre la finalidad de la acción buscando, en último término, que la conducta se ajuste a valores universales. Como hemos señalado, la actividad física y el deporte han sido, y son, considerados medios excepcionales para el adiestramiento de las cualidades admiradas del carácter. En concreto, la ética motriz se relaciona tradicionalmente con dos conjuntos de valores: los asociados con el cuidado del propio cuerpo y los valores de la deportividad (Arnold, 1991; Devís, 1996; Kirk, 1990; Tinning, 1992a y 1992b). Tinning (1990) afirma que la Educación Física se ha basado en razonamientos relativamente sencillos sobre lo que es bueno y malo para el cuerpo y lo que es aceptable e inaceptable en el terreno de juego, con lo que el movimiento ha sido utilizado fundamentalmente como medio para el adiestramiento social de estos valores. La preocupación se ha centrado más en el acatamiento de las normas y los comportamientos impuestos por el profesorado, y casi siempre asociados a razonamientos simplistas. La educación moral en Educación Física se ha relacionando más con la conducta (comportamiento) que con el razonamiento moral (comprensión de la finalidad del comportamiento).

Sin embargo, algunos planteamientos alternativos pueden convertir la actividad física y el juego deportivo en propuestas de educación moral basado en el razonamiento. Esto supone plantear situaciones que obliguen a los/las participantes a discurrir sobre la finalidad y el sentido de su propia acción. Para entender el potencial del razonamiento moral en la acción motriz resulta interesante el análisis praxeológico que hace Parlebas (1981) de las interrelaciones entre los objetos y sujetos que intervienen en las diferentes situaciones motrices. Según este autor, cada situación motriz conlleva una determinada lógica motriz según se primen las relaciones de comunicación (cooperación), contracomunicación (oposición) o ambas (cooperación y oposición). Estas relaciones están definidas por un

contrato ludomotor, el conjunto de reglas explícitas e implícitas que regulan las interacciones entre los participantes, espacios, móviles, o cualquier otro elemento que pudiera definir la situación motriz.

La naturaleza del contrato ludomotor tendrá, por tanto, mucho que ver con la potencialidad educativa de cada situación motriz. Resulta significativo que la totalidad de las pruebas olímpicas y los deportes de equipo, es decir, la enorme mayoría de las prácticas motrices institucionalizadas, se reduzcan al grupo de situaciones psicomotrices y de duelo simétrico, precisamente aquellas de menor complejidad y ambigüedad práctica (Parlebas, 1981 y 1989). Por tanto, institucionalmente el conflicto ludomotor se reduce a enfrentamientos entre fuerzas iguales que se ven abocadas a demostrar la superioridad frente al contrario. Cuando se dice que el deporte refleja la vida ¿qué imagen de la vida está reflejando el deporte? ¿Qué mensaje encierra un fenómeno social basado en movimientos hipercontrolados y enfrentamientos directos en los que derrotar al contrario proporciona el sentido al hecho de jugar? El auge de este tipo de prácticas parece llevar implícito que valores como la autosuperación o la competitividad constituyen el eje central de nuestra sociedad. En este punto surge la cuestión de cuál debe ser el papel de la escuela: el de preparar al alumnado ante las exigencias sociales, o el de servir como agente generador de cambio.

En cualquier caso, resulta contradictorio defender la educación moral con los argumentos del adiestramiento. La contribución del movimiento a la educación moral pasa por hacer explícita la lógica subyacente en las diversas prácticas motrices y plantear aquellas que consideremos adecuadas a los principios universales, que permitan el razonamiento moral, y en las que se subraye el respeto a los demás y a un mismo/a. Restringir la práctica a una serie de situaciones repetitivas o a un tipo de relaciones maniqueas no parece contribuir a enriquecer la

cantidad y calidad de las experiencias para la educación moral del alumnado.

1.3 Reflexiones finales

Este breve repaso histórico y filosófico de las concepciones del cuerpo y movimiento nos deja las siguientes conclusiones. En primer lugar, la concepción del cuerpo supone el sustrato sobre el que se apoyan las diferentes ciencias que lo contemplan directa o indirectamente como objeto de estudio. A lo largo de la historia prevalecen las concepciones dualistas que relegan al cuerpo a un mero papel mecanicista e instrumental. El cuerpo ha sido fundamentalmente objeto de estudio anatomo-fisiológico. No obstante, en la actualidad parece crecer la preocupación por entender los aspectos vivenciales y socioculturales de la corporeidad.

En segundo lugar, existe una íntima conexión entre el concepto de cuerpo y el de movimiento. Las teorías dualistas implican una concepción del cuerpo como objeto motriz. La preocupación se centra en su apariencia externa y por el estudio de su desplazamiento. Frente a ellas, las teorías monistas y sociales sostienen propuestas subjetivas de movimiento, relacionadas con la vivencia motriz, la creación estética y el desarrollo moral.

El estudio de las relaciones entre la actividad física y la salud parece inmune a la complejidad del cuerpo. En el próximo capítulo veremos como la mayor parte de la literatura más reciente sobre el tema sigue centrándose casi exclusivamente en obtener un cuerpo *más* sano. Y el cuerpo será más sano cuanto mejor sea su funcionamiento. Sin más.

CAPÍTULO 2

**LA SALUD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA:
CONCEPTOS Y RELACIONES**

Tradicionalmente, las relaciones entre actividad física y salud han estado presididas por una concepción de la salud referida exclusivamente al ámbito biológico del cuerpo humano. Desde esa perspectiva, se considera que la práctica física se relaciona con salud a través de adaptaciones orgánicas expresadas en mejoras de la condición física. La misma palabra *físico*, referencia necesaria en todo lo relativo al movimiento, lleva implícita la exclusiva valoración de aspectos anatómo-somáticos. Sin embargo, al igual que el cuerpo (o quizá debido a ello), la salud también puede ser *concebida* de formas distintas.

Comenzaremos este capítulo presentando dos formas de entender la salud: *las concepciones estáticas y las concepciones dinámicas*. Las concepciones estáticas son aquellas que entienden la salud como un estado físico alcanzable y objetivable, mientras que desde las concepciones dinámicas la salud se presenta como un proceso en el que interactúan diversos factores de diferente naturaleza. A continuación abordaremos la definición de los conceptos actividad física, ejercicio y deporte, a menudo utilizados como sinónimos al hablar de la salud. Comenzaremos a tratar las relaciones entre actividad física y salud con el estudio de diferentes referentes que dan sentido a la condición física. Seguiremos con el tema de los beneficios y riesgos de la actividad física. Buscaremos no sólo trazar la frontera entre los unos y los otros, sino también relativizarlos. Intentaremos mostrar como un excesivo entusiasmo en acentuar las consecuencias positivas de la práctica física puede incluso tener efectos negativos para la salud. Con el fin de definir un marco conceptual que nos permita entender las distintas formas de vincular la actividad física y la salud, distinguiremos dos modelos de relación: uno centrado en la condición física y otro orientado hacia la práctica. Finalmente, dado que los principios que rigen la actividad física relacionada con la salud suelen basarse en el primero de ellos, propondremos una serie de criterios que orienten la materialización de la perspectiva orientada hacia la práctica.

2.1 La salud y sus concepciones

2.1.1 Concepción estática de la salud

Cuando surge la cuestión de qué es estar sano, casi intuitivamente se responde "*no estar enfermo*". En efecto, el uso más popular del término salud es el de "estado de ausencia de enfermedad".¹² La mayor ventaja de esta interpretación radica en su fácil comprensión. Todos alguna vez hemos estado enfermos y sabemos lo desagradable que puede llegar a ser. La enfermedad implica el mal funcionamiento de algún sistema corporal y la alteración en nuestra homeostasis. Esto provoca reacciones de alarma en el organismo que se manifiestan en forma de incómodos síntomas. La analogía entre la salud y la no-enfermedad es sencilla: la salud implica un equilibrio homeostático del organismo, un estado bueno y deseable, opuesto al de enfermedad. Por tanto, estar sano es igual a no estar enfermo. Sin embargo en esta definición hay un problema de lógica: no se puede definir algo mediante la negación de su contrario. Si aceptamos que estar sano es no estar enfermo, debemos entonces preguntarnos qué es la enfermedad, y entraríamos en un círculo vicioso nada clarificador.

El diagnóstico médico intenta solucionar ese problema. En efecto, la medicina se basa en unos parámetros científicos que determinan cuál es el estado *normal* del individuo. Estos parámetros se obtienen mediante observaciones empíricas. Por ejemplo, la temperatura del cuerpo humano normalmente está entre 36,5 y 37 grados centígrados. Rebasar ese índice constituye una señal de alarma, o lo que es igual, un síntoma de enfermedad. Lo mismo ocurre con muchos otros indicadores de lo que se considera estado normal. Siguiendo este razonamiento podría decirse que una persona está sana cuando los niveles de

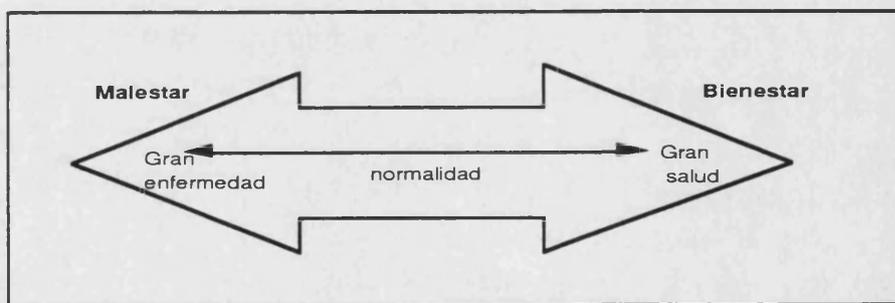
¹² Diccionario de la Real Academia de la Lengua

los diversos indicadores de salud se asemejan a lo normal. Esta forma de detectar la salud es rápida, sencilla y fiable, ya que se basa en criterios científicos sobre el cuerpo y sus funciones. Por tanto, lo que se considera estado de salud depende de la definición de estado de *normalidad*, potestad atribuida a la ciencia en general y a la medicina en particular (Savater, 1990:186):

“La medicina no solo se preocupa de la salud, sino que se dedica fundamentalmente a mantener el orden biológico de las cosas, ejerciendo inapelablemente la justicia del derecho natural, y dictaminando sentencia contra todo aquello que se aleja de la norma. Por ejemplo, imaginemos que un biólogo y un médico se enfrentan al caso de un humano con tres piernas. El biólogo probablemente analizaría las características del miembro extra y, en su caso, dictaminaría el nacimiento de una nueva especie. El médico lo amputaría.”

La figura 2.1 representa gráficamente la concepción estática de la salud. Se considera que los estados de salud de una persona se mueven en un *continuum* entre la máxima enfermedad y la máxima salud. A la izquierda de este punto, se consideraría que la persona está enferma, y a la derecha, sana. En este esquema se incluyen la noción de bienestar, situando la percepción positiva coincidiendo con el extremo de la salud y la negativa con la enfermedad.

Figura 2.1.- Relaciones entre salud, enfermedad y bienestar desde una perspectiva estática de salud. (A partir de Salleras, 1985)



Esta concepción de la salud lleva implícita la preocupación por evitar que la enfermedad aparezca, y, si desgraciadamente lo hace, derrotarla cuanto antes. El objetivo a alcanzar es *estar sano*. La enfermedad, y todo aquello que pueda provocarla, son enemigos a vencer, amenazas intrínsecas al bienestar. Por tanto, dicho enfoque tiene un carácter eminentemente preventivo y terapéutico. Vicens (1995) habla de *orientaciones negativas* de salud cuando su finalidad y sus prácticas están encaminadas a conseguir que algo no ocurra. Las cuitas de la mayoría de los/las profesionales de la salud se centra en delimitar los medios (fármacos, tratamientos terapéuticos diversos, hábitos de conducta, estilos de vida) que demuestren su eficacia para reducir los factores de riesgo y/o curar enfermedades.

La concepción estática de salud ha tenido y tiene mucha influencia en el campo de la Educación Física. Generalmente, las consecuencias de la actividad física suelen referirse a la dimensión biológica del ser humano, y los beneficios para la salud de la práctica física se relacionan exclusivamente con la mejora de la condición física. Es decir, se concibe una relación lineal entre la práctica de actividad física y la mejora del estado de salud, en la que los beneficios para la salud son la consecuencia de las adaptaciones orgánicas fruto del ejercicio. Esta valoración del ejercicio como fuente de salud tiene bastantes correspondencias con la concepción estática de salud.

La primera es que la mejora de la salud implica básicamente un alejamiento de la enfermedad, lo que coincide con la visión preventiva de la que hablábamos con anterioridad. Por ejemplo, entender que la práctica de actividades de baja o moderada intensidad y duración larga es recomendable *sólo* porque mejora el funcionamiento del sistema cardio-respiratorio, es hacer un uso utilitario de sus supuestos beneficios. La actividad física adquiere el mismo valor preventivo o terapéutico que un fármaco o una dieta. O mayor, dado que no se le suponen contraindicaciones ni efectos secundarios. El *deporte-medicina*

sería una especie de medicamento inocuo de amplio espectro. Por otro lado, si bien es cierto que la práctica de actividad física puede ayudar a prevenir ciertas enfermedades, no puede afirmarse que estos efectos preventivos se den siempre que se realice actividad física.

Fundamentar la actividad física y salud solamente en una concepción estática de salud tiene además otra lectura, dado que, en cierta medida, sirve para legitimar cualquier forma de hacer actividad física que contribuya a disminuir el riesgo de enfermedad, incluso aquella que pueda llegar a ser ingrata o desagradable para quien la practica. La actividad física podría llegar a entenderse como un elemento más a añadir a una larga lista de privaciones y/o sacrificios (como hacer dieta o dejar de fumar) que *hay* que asumir en aras de alcanzar un cierto estado objetivable de normalidad. El papel fundamental de los profesionales sería el de controlar las variables del ejercicio que repercuten en las adaptaciones orgánicas del individuo, buscando que sus efectos preventivos y/o curativos fueran lo más eficaces posibles. Otros componentes afectivos, cognitivos o sociales asociados a la práctica física tendrían un valor secundario frente a la dimensión biofísica de la salud.

En Educación Física, la cuantificación de las mejoras de salud mediante la mejora en los rendimientos en tests físicos, sería otro de los reflejos de la concepción estática de salud. Esta tendencia revela la creencia normativizadora de que la salud es algo puramente somático, objetivable, medible, y valorable por comparación a parámetros estandarizados. Las tablas de marcas de los tests físicos son a la Educación Física lo que los indicadores objetivos a la medicina. Ejercen una función referencial y normativizadora de lo que se considera rendimiento normal. Además, al igual que los indicadores médicos, se consideran fiables, fáciles de aplicar y están avalados por estudios científicos. Sin embargo, como explican Devís y Peiró (1992a, 1992b), existen muchas objeciones a su aplicación en relación

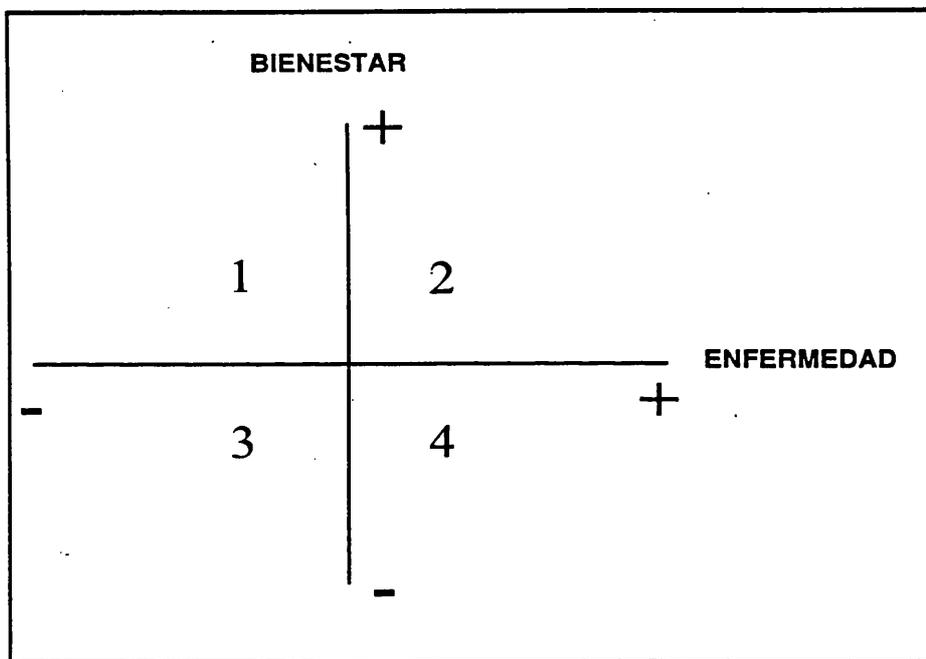
con la práctica física y la salud. Los resultados de los tests dependen en gran medida de variables situacionales (estado físico, temperatura, estado emocional, autopercepción de la capacidad), evolutivas (nivel de desarrollo y estadio madurativo de cada individuo) o genéticas. Además, verse sometido a probar el rendimiento máximo no concuerda con la idea de práctica saludable de actividad física que implica intensidades moderadas. Por consiguiente, aunque consideráramos que los efectos de la práctica física en el estado de salud dependiera sólo de la mejora del funcionamiento físico, la utilización de tests físicos no parece conveniente para comprobarlo.

2.1.2 Concepción dinámica de la salud

Como hemos visto la concepción estática hace hincapié en un sentido negativo de la salud: la salud se considera como una *ausencia de ...* Estar sano se define por defecto: significa *no tener problemas* de salud. Desde ese punto de vista, la preocupación por la salud implica tomar medidas profilácticas o terapéuticas para evitar o solucionar problemas que tienen lugar en *el* cuerpo. Sin embargo, cada vez toman más fuerza, al menos desde una perspectiva teórica, las concepciones que atienden no sólo a la dimensión biofísica del ser humano. Por ejemplo, Illich (1974) define la salud como la capacidad del individuo para adaptarse a los cambios que son inherentes a la condición humana: nacer, crecer, envejecer, aceptar los cambios y hasta la enfermedad. Otro ejemplo de esta inquietud es la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.): estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad. Para Devís (en prensa) la salud es el logro de un elevado nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, así como del reducido nivel de enfermedad que permitan los cambiantes y modificables factores políticos, sociales, económicos y medioambientales en los que vive inmersa la persona y la colectividad.

En estas definiciones se introducen dos términos muy importantes para entender las concepciones dinámicas de salud: bienestar y social. En efecto, se reconoce que la salud tiene que ver tanto con una percepción positiva y subjetiva: el bienestar. La figura 2.2 refleja cómo la relación entre salud, ausencia de enfermedad y bienestar no tiene porque ser directa.

Figura 2.2.- Relaciones entre salud, enfermedad y bienestar desde una perspectiva dinámica de salud (A partir de Salleras, 1985 y Downie et al, 1990).



En esta figura se identifican cuatro posibles combinaciones: en el primer cuadrante se encontrarían aquellas personas que poseen grados diversos de bienestar y sin padecer enfermedades. Este cuadrante representa el estado más deseable. En el segundo cuadrante estarían las personas que comparten bienestar y enfermedad. Por ejemplo, aquellas personas que se sienten bien y con plenas facultades físicas y mentales, pero no son conscientes de tener un tumor maligno. O también aquéllas que aun sabiéndolo, asumen su enfermedad y se encuentran en paz consigo mismas. El tercer cuadrante sería el

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

Aunque evidentemente el bienestar es una percepción subjetiva, también es cierto que está condicionado por el contexto social. Por ejemplo, resulta bastante más probable que una persona se sienta satisfecha consigo misma si tiene autonomía para desplazarse. El mismo razonamiento es válido para las personas que usan las piernas como para las que se desplazan en silla de ruedas. La diferencia estriba en que mientras que las primeras no precisan prácticamente más que de su voluntad para desarrollar su potencial motriz, el bienestar de las segundas, al menos en lo referido a su capacidad de desplazarse, depende casi exclusivamente de condicionantes sociales, como la supresión de barreras arquitectónicas. Lo mismo podríamos decir de las personas que trabajan frente a las que están en paro o de las tienen acceso a la educación frente a las que no. Afirmar que el bienestar es una percepción subjetiva no quiere decir que todo el mundo goce de las mismas posibilidades de percibir el bienestar.

El énfasis en la noción de bienestar favorece que cada vez más las propuestas de salud estén enfocadas a que el individuo se sienta bien, y no sólo a que no se sienta mal. La inquietud por conceptos como *estilo de vida*, *calidad de vida*, *educación para la salud* y *promoción de salud* es un reflejo del interés que cobra un sentido positivo de salud (ver tabla 2.1).

Tabla 2.1- Conceptos asociados relacionados con el paradigma de promoción de salud
(Fuente: Nutbeam, 1986).

<i>Educación para la salud</i>	Actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud.
<i>Promoción de salud</i>	Participación activa de la población en un proceso de cambio hacia la adopción de estilos de vida saludables.
<i>Estilo de vida</i>	Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en el sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.
<i>Calidad de vida:</i>	Percepción por parte de los individuos o los grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niega oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.
<i>Ecología de la salud</i>	En promoción de salud, planteamiento que presupone la responsabilidad personal y social en materia de salud, y una concepción positiva de la misma.

Al hacer hincapié en la salud como un proceso vinculado a la calidad de vida (ver tabla 2.1), no se pretende justificar cualquier práctica que proporcione un bienestar inmediato, sino poner énfasis en el hecho de que cada persona puede alcanzar un *cierto* grado de bienestar. La salud no sólo se consideraría como un estado objetivable de mayor o menor enfermedad, sino como una percepción subjetiva de mejor o menor calidad de vida, vinculada en muchos casos a factores socioeconómicos y culturales. En ese sentido es necesario adoptar un punto de vista cualitativo que atienda, sobre todo, al *cómo* se produce la interacción entre los diferentes factores que inciden en la salud. Una persona que, por ejemplo, padezca una enfermedad crónica e incurable, puede mejorar su salud si *percibe que sus necesidades son satisfechas, y no se le niegan oportunidades para sentirse feliz y realizada personalmente*. La preocupación por la mejora de salud no se centraría únicamente en la dimensión biológica individual y normativa, sino que alcanzaría a todos los aspectos relacionados con la realidad personal y social.

dimensión biológica individual y normativa, sino que alcanzaría a todos los aspectos relacionados con la realidad personal y social.

Esta forma de concebir la salud y la enfermedad contrasta con el enfoque clásico de la medicina, que tradicionalmente ha buscado un agente causal único para cada enfermedad, así como el desarrollo de métodos de diagnóstico fiables y tratamientos eficaces que sirvieran para su erradicación. Freund y McGuire (1991) denominan *doctrina de la etiología específica* a la creencia basada en que las enfermedades son causadas por un único agente, y que la misión de la medicina es identificar ese agente y proporcionar tratamiento adecuado para su eliminación. Esta concepción da a entender que existe o puede inventarse una especie de *bala mágica* que sea disparada y mate al agente causante de la enfermedad. Se hace imprescindible entonces la creación de un *arsenal terapéutico* regulado por la medicina. Esta concepción, si bien puede responder a las enfermedades de tipo infecto-contagioso, resulta demasiado simplista para explicar las complejas causas de las enfermedades crónicas, cuya etiología está asociada a determinados estilos de vida que no pueden modificarse con la misma efectividad, rapidez ni *despersonalización* con la que un antibiótico elimina una bacteria. En la concepción estática, la enfermedad es vista como un fenómeno somático, diagnosticable y tratable independientemente de la realidad social.

Sin embargo, Freund y McGuire (1991) destacan la influencia de determinados factores sociales y culturales en la aparición de enfermedades. Desde la epidemiología, la sociología o la psicología social de la salud se ha demostrado que las enfermedades son el producto de una *red causa*¹³. Según esta

¹³ Freund y McGuire (1991) plantean que existen tres factores desencadenantes de las enfermedades: el *agente*, el *huésped* de la enfermedad y el *ambiente*. El agente es la fuente de la enfermedad, como por ejemplo el virus VIH provoca el SIDA. El agente es una causa necesaria pero no suficiente para provocar la enfermedad; la enfermedad no ocurre sin un receptor en el que el agente actúe, al que se denomina huésped. El agente y el huésped interactúan en un ambiente cuyas características influyen positiva o negativamente en la probabilidad de que se desarrolle una

concepción la enfermedad no es la simple consecuencia de un único factor, sino el resultado de la interacción de muchos, cada uno de los cuales tiene una importancia relativa. La cuestión sobre la etiología se complica aún más al hablar de ciertas patologías cuyos agentes no parecen tan claros como los de las enfermedades víricas o infecto-contagiosas. Cada vez con mayor frecuencia los estudios epidemiológicos sobre morbilidad y mortalidad extraen categorías referidas a aspectos socioeconómicos muy concretos relacionados la ocupación o la clase social. Por ejemplo, se intentan definir el impacto sobre la salud de aspectos tan puntuales como el horario de trabajo o las relaciones entre trabajador/a y supervisor/a (Mausner y Bahn, 1985)¹⁴.

Por otra parte, aunque los postulados médicos pretendan mantener su objetividad basada en el conocimiento científico, el contexto social y cultural influye determinadamente en lo que se considera enfermizo, y por consiguiente, susceptible de tratamiento. Así lo demuestra el espeluznante cuadro clínico de cierta enfermedad descrita por Stouton en 1885 (citado por Freund y McGuire, 1991: 206-207):

“Retrasa el crecimiento, dificulta las capacidades mentales y reduce a su víctima a un estado lamentable. La persona afectada busca la soledad, y no gusta de compañía de sus amistades; tiene problemas de cefalea, debilidad y falta de sueño nocturno, dolor en diferentes partes de su cuerpo, indolencia, melancolía, pérdidas de memoria, debilidad en la espalda y en los

enfermedad. Entre estas características se incluyen las condiciones externas en las que se relacionan huésped y agente (como las condiciones insalubres de vida), el vector o el medio a través del cual los agentes son transmitidos (por ejemplo el uso compartido de jeringuillas) y el estado del medio interno del huésped (como su inmunidad relativa).

¹⁴ Mausner y Bahn (1985:255) presentan un curioso ejemplo de cómo las relaciones entre la enfermedad y la ocupación profesional ya se reflejaban mucho antes de que se hablara de las concepciones dinámicas de salud. En *Alicia en el país de las Maravillas*, el *Sombrero Loco* era un plausible demente, dado que los contemporáneos de Carroll reconocían la relación entre la profesión de sombrerero y los comportamientos extraños, mucho antes de que se demostrara su relación con la intoxicación por mercurio, producto habitualmente utilizado en esa profesión.

órganos sexuales, apetito variable, cobardía, incapacidad para mirar a una persona a los ojos, pérdida de confianza en sus propias capacidades. Si el mal se da durante varios años, se produce una irritabilidad general; caloradas repentinas en el rostro; el semblante se torna frío y pálido; los ojos adquieren una mirada apagada e indolente, parecida a la de un cordero; el pelo se reseca y se abren sus puntas; a veces se produce dolor en la región del corazón; respiración entrecortada; palpitaciones...; el sueño se hace difícil; se produce estreñimiento; tos; irritación de la garganta; finalmente, se produce una total ruina física, psíquica y mental. Algunas otras consecuencias de esta enfermedad son la epilepsia, apoplejía, parálisis, envejecimiento prematuro, descarga involuntaria del fluido seminal, que ocurre generalmente durante el sueño, o después de orinar, o cuando se evacúan las heces. Entre las mujeres, además de otras consecuencias se da histeria, desarreglos menstruales, catalepsia y extraños síntomas nerviosos."

La terrible enfermedad era el *onanismo*, mejor conocida como masturbación. Un cuadro tan patético motivaba inmediatamente su tratamiento, el cual buscaba en primer lugar aislar el mal de sus causas para posteriormente reponer la pérdida de fluidos corporales que, se suponía, causaban lo síntomas descritos. Para evitar la conducta onanista se recurría a menudo a la implantación de prótesis para que el tocamiento fuera doloroso. En casos extremos, se recurría incluso a la cirugía.

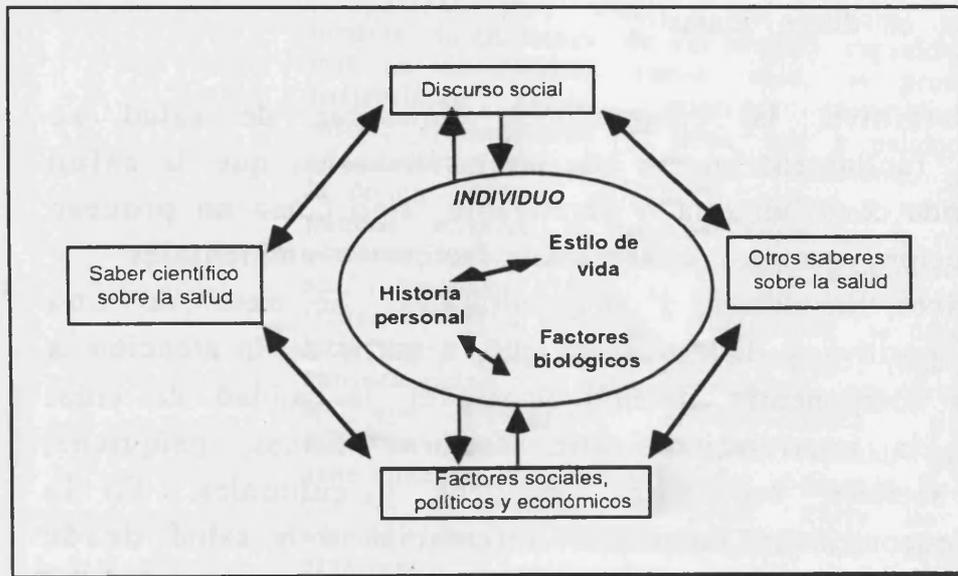
El ejemplo del onanismo -y otros muchos- demuestra como algunas enfermedades dependen de determinados acontecimientos sociohistóricos que intervienen en la construcción del concepto de enfermedad. El hecho de que el doctor Stouton se refiera a la afección como *mal*, muestra las claras connotaciones morales de la enfermedad y, por extensión, de la medicina y sus profesionales. En esta interpretación sobre la autosatisfacción el médico no sólo define qué conductas son

consideradas patógenas, sino cuáles son moralmente inaceptables, es decir, malas¹⁵.

En definitiva, las concepciones dinámicas de salud se diferencian fundamentalmente de las estáticas en que la salud no es definida como un estado objetivable, sino como un proceso de interacción entre diferentes factores ambientales y psicobiológicos, históricos y socioculturales. Se trata de una perspectiva positiva y dialéctica, ya que, a partir de la atención a todos estos componentes, intenta promover la calidad de vida, asumiendo la interrelación entre factores físicos, psíquicos, afectivos, sociales, económicos, políticos y culturales. En la literatura encontramos numerosas referencias a la salud desde esta perspectiva dinámica. Dubos (1975) afirma que la salud es un proceso dialéctico, ya que procede de la interacción de diversos referentes inestables, como son el equilibrio biofísico, la cultura, la ideología y la política. Carlson y Shield (1994) hacen referencia a una concepción sistémica y ecológica de la salud. Ecológica porque la salud es un proceso consistente en estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro entorno. Y sistémica porque todos los componentes actúan de manera coordinada con una intencionalidad común: garantizar las condiciones físicas, psíquicas y sociales que posibiliten mejorar la calidad de vida. Blasco (1994:146), en la figura 2.3, estructura las interrelaciones entre los factores psicológicos, sociales y biológicos en los que se basa la salud.

¹⁵ No hay que olvidar que a pesar de que hace un siglo el onanismo se tenía como una enfermedad preocupante, hoy día no se considera como una patología. De hecho se considera como una práctica bastante normal e incluso saludable. Sin embargo, en cierta medida aún perdura el mito de que la masturbación puede tener consecuencias físicas y psíquicas negativas.

Figura 2.3.- Visión sociopsicológica de la salud (Fuente: Blasco, 1994).



Desde las concepciones dinámicas la salud no es un hecho que se circunscriba en el individuo, sino que tiene una dimensión política y social. En este sentido, la salud pública se entendería como una cuestión de justicia e igualdad social. Según la Organización Mundial para la Salud (O.M.S., 1986), la igualdad en materia de salud implica que, idealmente, todo el mundo debería de tener la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud y, en la práctica, que nadie, mientras pueda evitarse, esté en desventaja a la hora de desarrollar dicho potencial. En este sentido, la promoción de la salud debe abarcar cuestiones como la distribución de la riqueza o la igualdad de posibilidades de acceso al sistema sanitario. En la siguiente cita Whitehead (1990:24) ilustra cómo los grupos desfavorecidos tienen menor esperanza de vida y que mueren a edad más temprana que los grupos más favorecidos:

“Por ejemplo, un hijo cuyos padres posean cualificación profesional tiene en el Reino Unido una esperanza de vida cinco años mayor que la del hijo de un obrero sin especializar. En Hungría, el estudio

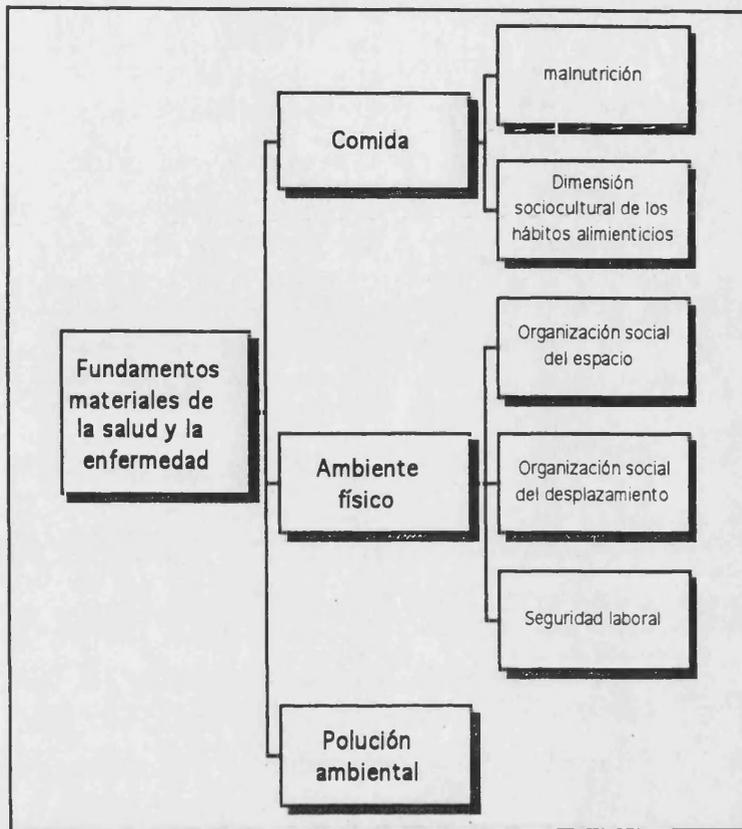
sobre la mortalidad en Budapest descubrió que los varones que viven en los barrios más deprimidos tienen una esperanza de vida de unos cuatro años menos que la media nacional, y cinco años y medio menos que los que viven en el mejor barrio residencial. En España mueren el doble de niños en familias de trabajadores rurales que en familias de profesionales urbanos. Además, hay grandes diferencias en lo que se refiere a la frecuencia de la enfermedad. Los grupos desfavorecidos no solamente sufren una tasa de enfermedades mayor que la de otros grupos, sino que además experimentan los problemas de las enfermedades y discapacidades crónicas a una edad más temprana. Por ejemplo, en Finlandia el cuarenta y dos por ciento de las personas con menores ingresos sufre enfermedades crónicas, a diferencia del dieciocho por ciento del grupo con ingresos más altos. En un estudio realizado en el Reino Unido sobre personas que murieron prematuramente en distintos barrios, los hombres y las mujeres de las zonas más pobres tenían más tendencia a las enfermedades crónicas previas a la muerte y a sufrir un número mayor de problemas de salud que las personas de zonas con mayor prosperidad económica.”

Las grandes diferencias en los niveles de salud de las distintas naciones y de los grupos sociales dentro de un mismo país no deben considerarse problemas médicos, sino el fruto de desigualdades sociales (Freund y McGuire, 1991; Whitehead, 1990). El término desigualdad tiene aquí una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran injustas. Así pues, para caracterizar una situación como desigual ha de examinarse y juzgarse la causa como injusta en el contexto de lo que está ocurriendo en el resto de la sociedad. Estas desigualdades son singularmente palpables entre los países ricos (desarrollados, postindustriales, occidentales, del norte) y pobres (tercer mundo, subdesarrollados o en vías de desarrollo, del sur). El 90% de la mortalidad infantil se localiza en los países pobres, y se debe a la malnutrición o a enfermedades erradicables con condiciones de vida dignas. La esperanza de vida en los países ricos es entre 10 y 20 años mayor que la media de los países pobres. Sin embargo, el 85% del gasto en investigación médica mundial se dedica a enfermedades que afectan a un 15% de la población, la que

pertenece a los países desarrollados, mientras que sólo un 15% se dedica a enfermedades endémicas localizadas en los países pobres, que afectan a un 85% de la población (Whitehead, 1990). Para Varela y Alvarez-Uría (1989), las políticas liberales o neoliberales basadas en la utopía Keynesiana del crecimiento continuo, al elevar las cotas de desigualdad social y de marginación, contribuyen a provocar o acrecentar estas desigualdades estructurales en materia de salud.

Según Freund y McGuire (1991:20) la salud y la enfermedad no se asientan tanto en fundamentos biofísicos como el discurso de la medicina nos hace creer, sino en otros de tipo nutricional y medioambiental (Ver figura 2.4). Ninguno de estos fundamentos es susceptible de tratamiento técnico-médico, sino que dependen de medidas políticas redistributivas y de un cambio social en la conciencia de salud. Sin negar la significativa contribución de la medicina a la salud de la humanidad, defienden que los cambios socio-ambientales han jugado un papel más importante que el progreso médico en la mejora de la salud pública, por lo que consideran que el desarrollo de la salud debería abordarse desde medidas políticas, y no sólo desde el progreso en la medicina.

Figura 2.4- Fundamentos materiales de la salud (Basado en Freund y McGuire, 1991).



En la Educación Física, la concepción dinámica de la salud implica relativizar la importancia de los beneficios expresados en forma de mejoras de la condición física. Por ejemplo, la carrera continua podría ser considerada una actividad saludable no sólo por las potenciales mejoras que produce en el sistema cardio-respiratorio, sino porque su práctica nos hace *sentirnos bien*. No se contempla la actividad física únicamente como medio para la prevención y/o curación de enfermedades, sino que fundamentalmente se la valora en sí misma como una práctica que puede favorecer el bienestar. Esta filosofía implica un cambio desde una concepción utilitaria que normalmente se le otorga a la práctica física. Conlleva relativizar el valor del

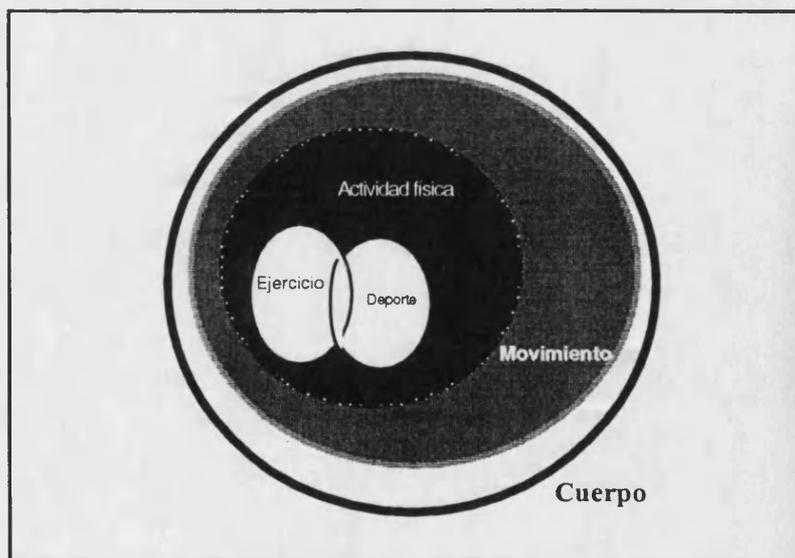
rendimiento físico, dándole más importancia a otros factores asociados al proceso de práctica, como las sensaciones que proporciona la actividad física en relación con uno mismo, los demás y el entorno. En definitiva, se trataría de ampliar y personalizar el concepto de práctica física saludable y no reducirla a servir como medio para prevenir enfermedades. Para ello, resulta fundamental ser consciente y valorar el amplísimo abanico de posibilidades de realizar actividad física. Modificando aspectos sencillos, como la naturaleza de la actividad, el lugar donde se practica, su intensidad o su duración, siempre pueden existir alternativas adecuadas a los diversos gustos, capacidades y posibilidades.

Desde la perspectiva dinámica también se atendería a otros aspectos de la actividad física que trascienden el ámbito de lo individual para adentrarse de lleno en el de lo social y cultural como, por ejemplo, el impacto medioambiental de la práctica física, su relación con la sociedad de consumo y con las desigualdades en materia de salud. También implica reconocer que la actividad física y la salud no sólo no puede aislarse del contexto sociocultural, sino que contribuye significativamente a darle forma. Debería replantearse hasta qué punto la Educación Física refuerza las desigualdades sociales con su mensaje sobre el ejercicio y la salud al asumir como normales ciertas creencias que exageran el papel de la elección individual o los beneficios de la práctica física; o porqué se utiliza un concepto tan resbaladizo como el de "estilo de vida" para justificar ciertas prácticas que, por otro lado, coinciden con los intereses de la sociedad consumista (Devís y Peiró, 1992a).

2.2 Conceptos de actividad física, ejercicio y deporte

Al hacer referencia al movimiento como factor de salud a menudo se utilizan como sinónimos tres términos con significados parecidos, pero también con importantes diferencias: deporte, ejercicio y actividad o práctica física. En el lenguaje cotidiano suelen usarse indistintamente, probablemente debido a que los tres hacen referencia a conceptos más amplios, como movimiento. Caspersen et al. (1985) definen la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que requiere un cierto gasto energético. El ejercicio tendría un carácter morfológico y finalista, es decir, sería aquella actividad física que se realiza de una forma determinada y con objetivos concretos. El deporte por otra parte, vendría determinado por un conjunto de reglas que condicionan una determinada situación motriz. En la figura 2.5 se expresa gráficamente la relación de inclusión que existe entre los tres términos.

Figura 2.5- Relación entre cuerpo, movimiento, actividad física, ejercicio y deporte.



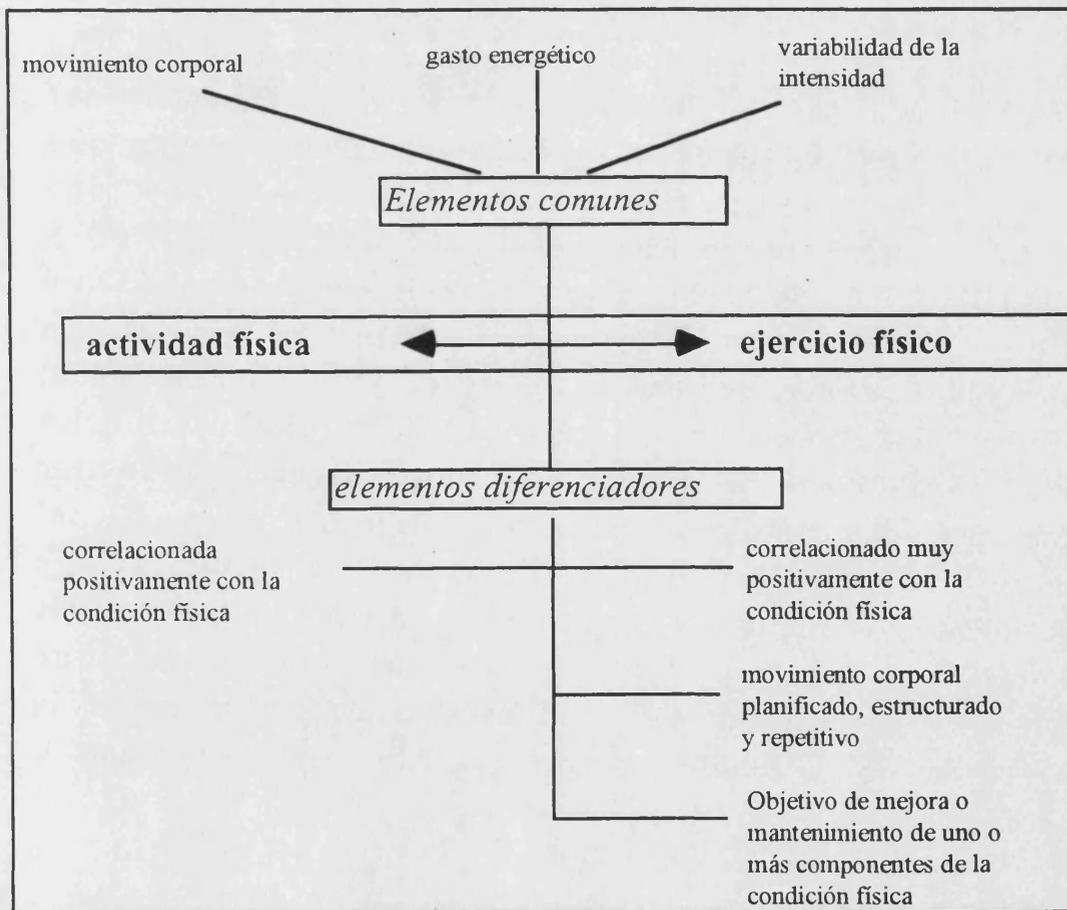
El movimiento humano es materializado por el cuerpo humano. Por consiguiente, cualquier explicación sobre el movimiento subyace alguna de las concepciones del cuerpo a las que hicimos referencia en el capítulo anterior. No podemos aludir al movimiento sin revelar o traslucir referencias al cuerpo objeto o al cuerpo sujeto. Sirva recordar que al hablar de movimiento como vivencia no siempre aludimos a un desplazamiento espacial. Veremos más adelante que este matiz resulta muy importante al valorar sus distintas implicaciones en relación con la salud.

Al hablar de actividad o práctica física hacemos referencia a movimientos genéricos que implican gasto energético pero que no tienen porque perseguir una finalidad concreta (Plasencia y Bolívar, 1989). Incluye tanto las actividades con una finalidad específica como las acciones cotidianas que implican un cierto grado de gasto energético. Cuando se hace referencia a la actividad física para la salud no se alude a un entorno concreto, sino a cualquiera en el que se dé la participación activa de la contracción muscular: el ámbito laboral, doméstico, educativo, recreativo o deportivo. Según Cantera (1997), la amplitud y globalidad del concepto hace que sea el preferido cuando se trata el tema de la *promoción de estilos de vida activos*, frente al de *programa de ejercicio*. El primero sugiere una serie de estrategias para incluir la actividad física en los hábitos de vida cotidianos, mientras que el segundo implica la adhesión a protocolos de participación concretos, con objetivos y prácticas predeterminadas, normalmente propuestos y supervisados por expertos/as. Otros autores/as ponen el énfasis en aspectos de la actividad física que no tienen que ver tanto con el desplazamiento o el gasto energético. Para Devís (en prensa) la actividad física también constituye una forma de relación social y una oportunidad para tomar contacto con uno mismo, estando estos aspectos especialmente vinculados con el bienestar y la salud. La actividad física sería también un ámbito en el que se

reflejan aspectos simbólicos relacionados con la concepción social del cuerpo.

Ejercicio y actividad física se emplean a menudo como sinónimos. Sin embargo, aunque ambos conceptos tienen similitudes, no resulta adecuado su utilización indistinta. En realidad, como refleja en la figura 2.6, el ejercicio es una subcategoría de la actividad física, caracterizada por una serie de factores relacionados con la funcionalidad y la ejecución del movimiento.

Figura 2.6: Relaciones entre actividad física y ejercicio físico (a partir de Caspersen et al., 1985 y Cantera, 1997).



El ejercicio implica formas ejecuciones objetivos predeterminados y que normalmente se realizan de forma

repetitiva y constante (Plasencia y Bolívar, 1989). Normalmente evoca formas concretas de realización centradas en algunos grupos musculares o en partes localizadas del cuerpo, como por ejemplo, los “abdominales” o las “flexiones de brazos”. Muchos de estos ejercicios están tan arraigados en nuestra cultura física que en cierto sentido forman parte de nuestros *hábitos* de práctica; no hace falta más que nombrarlos para que todo el mundo sepa cómo ejecutarlos, aunque no se suela ser consciente de su finalidad, ni de sus efectos, ni de la forma efectiva y segura de realizarlos. A la pregunta de por qué se hacen suele responderse: “porque siempre se han hecho” o simplemente, “no lo sé”.

El concepto deporte, al igual que el de ejercicio físico, es más restringido que el de actividad física, a pesar de que la concepción popular de dicho término le haga aparentar ser mucho más amplio (Cantera, 1997). En este sentido se dice que hace deporte tanto un/a campeón/a olímpico/a como una persona que trota durante unos minutos por el parque próximo a su domicilio. En el primer caso se trataría de una práctica de alto nivel y/o un espectáculo de masas, que conlleva además todo un entramado de intereses sociales, políticos y económicos. En el segundo, estaría mucho más cerca del concepto de práctica física del que hablábamos al principio. Nosotros, con el fin de evitar entrar en la discusión, nos limitaremos a entender el deporte tal y como hace Parlebas (1981:89), como “una situación motriz de enfrentamiento codificado y regulado, llamado deporte por las instituciones sociales”. Es decir, las dos características básicas que diferencian el deporte del resto de las situaciones motrices son la codificación de los comportamientos motrices mediante reglas y el control institucional de dichas reglas¹⁶.

¹⁶ A pesar de no querer entrar en el complejo problema de la conceptualización y clasificación del deporte, sí destacaremos la distinción que hace García Ferrando (1992) entre gran deporte (profesional y de alto rendimiento) y deporte popular (deporte para todos, deporte y salud, deporte de ocio o recreación, informal, deporte praxis, etc.) a partir del análisis comparado de dichas categorías. Para ello, el autor compara y confronta los dos principios axiales que configuran el deporte contemporáneo: por un lado el doble principio de conocimiento teórico y racionalidad económica; y por otro, el de realización personal y la salud. Concluye que el gran

Este breve repaso nos muestra que al hablar de actividad física o práctica física nos referimos a la forma de movimiento más general e imprecisa, al concepto más globalizador, que incluye un conjunto de subcategorías con especificidades propias. Dicho de otro modo, el deporte y el ejercicio son formas de actividad física, y esta a su vez, una forma de motricidad corporal. Como veremos en el siguiente capítulo, para delimitar la naturaleza de la actividad física relacionada con la salud, muchos autores se basan en la medición del gasto energético en kilocalorías o METs, su variante metabólica. Indirectamente, lo que se sugiere es que la actividad física que se vincula con la salud *gasta* energía. Sin embargo, nos encontramos con algunas paradojas, dado que esos mismos especialistas u otros, destacan, por ejemplo, la relajación, el masaje, algunas técnicas corporales de origen oriental (Tai-Chi, Chi-Kun, Yoga, etc.) o la práctica de gimnasias suaves como propuestas muy aconsejables para la salud. Bahrke y Morgan (1978) compararon los efectos de caminar en una rueda de molino durante más de 20 minutos al 70% del Índice Cardíaco Máximo con la meditación y el descanso tranquilo, y observaron que ambos tratamientos reducían de igual modo los estados de ansiedad, llegando a la conclusión de que el ejercicio, el descanso y la meditación, actúan como un *tiempo muerto*, es decir, un paréntesis en la rutina habitual, y que el aspecto físico del ejercicio no es un factor principal en la disminución del estado de ansiedad. La mayoría de estas prácticas coinciden precisamente en la reducción de la cantidad e intensidad del movimiento y, por consiguiente, del gasto energético. Es importante recalcar que muchas de estas propuestas que podríamos calificar de *inactividad física*, aunque no redunden en mejora alguna de la condición física, están intrínsecamente relacionadas con la salud.

deporte incluye las prácticas que se agrupan en torno al primero mientras que el deporte popular implica más modalidades que se relacionan con el segundo.

Al intentar definir la relación entre la actividad física y la salud, el concepto condición física siempre se hace presente. Aspectos vinculados a mejora del rendimiento motor y las prestaciones de los diferentes sistemas orgánicos son considerados, de uno u otro modo, los indicadores de salud por excelencia. Aun hay que justificar el porqué de incluir en programas de salud propuestas que no implican gasto energético, que no mejoran la condición física, y que propiamente no podrían denominarse "actividad física" pero que, sin embargo, pueden relacionarse con la salud, al menos desde un punto de vista dinámico, tanto o más que otras que implican adaptaciones orgánicas. La importante, pero también confusa y problemática, relación entre condición física y salud requiere que prestemos una especial atención a la definición de dicho concepto.

2.3 Referentes de la condición física

La condición física es el factor de la capacidad de trabajo físico determinado por el grado de desarrollo de las cualidades motrices de resistencia, fuerza, velocidad y flexibilidad (AA.VV., 1992:325). Alvarez del Villar (1988:188, 553) define la condición física como el nivel de desarrollo de las diferentes cualidades físicas:

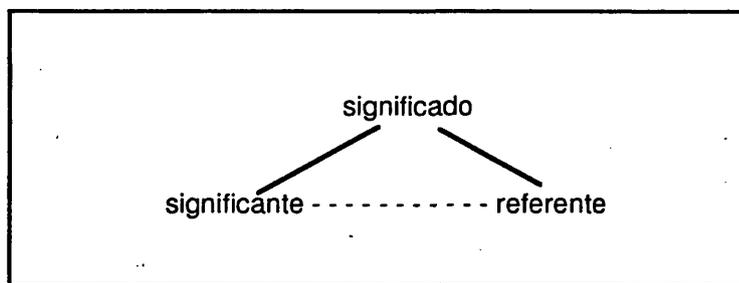
"Las cualidades físicas básicas dependen fundamentalmente de los sistemas de alimentación y movimiento (en el hombre (sic), el aparato digestivo, respiratorio y cardiovascular y los huesos, articulaciones y músculos, y en un automóvil, el depósito de combustible y en la calidad de la potencia del motor)."

“Una buena condición física se alcanzará cuando la dureza del esqueleto cede al movimiento, la debilidad de la musculatura a la fuerza y la torpeza a la agilidad.”

En las referencias a la condición física subyace la idea de que hablamos de un fenómeno biológico, inmune a influencias históricas culturales o sociales. Y efectivamente lo es si se la relaciona únicamente con las adaptaciones orgánicas de las que depende. Todas las personas, independientemente de su edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, mejoramos nuestra resistencia aumentando, entre otras cosas, el volumen y/o la fuerza contráctil de nuestro corazón. En todas las épocas y culturas el incremento de la fuerza ha dependido fundamentalmente del aumento del volumen muscular así como de la mejora de la coordinación intermuscular e intramuscular. Todas estas consideraciones unifican el concepto de condición física, del mismo modo que la idea del cuerpo-máquina homogeneizaba el concepto de cuerpo. La preocupación por el estudio de la condición física y la salud se reduce entonces a un análisis biologicista, del que se derivarán los métodos más efectivos que contribuyan a mejorarla.

Sin embargo, la condición física no tiene por que ser considerada únicamente desde esta perspectiva reduccionista, sino que también, como hacíamos con el cuerpo, pueden estudiarse sus diferentes *significados*. Para explicarlos nos serviremos del concepto de *referente*, utilizado en semiótica al estudiar la construcción de los procesos de significación. En algunos contextos culturales y sociales, un mismo significante toma significados muy distintos. La explicación clásica del proceso de significación se muestra en la figura 2.7.

Figura 2.7.- Esquema clásico del proceso de significación (Fuente: Eco, 1994).



Eco (1994) explica los componentes del proceso de significación con un ejemplo muy gráfico: el significante /caballo/ no significa nada para un esquimal que no conozca el castellano. Para explicarle qué es un /caballo/, habrá que darle traducción a su lengua, o bien definirle qué es un caballo, como hacen los diccionarios y enciclopedias, o incluso dibujarle lo que es un caballo, y seguramente tarde o temprano entenderá el significado “caballo”. Pero a pesar de ello, nuestra comprensión mutua se basa aún en un realidad no definida y abstracta. Aunque el significado “caballo” puede ser alcanzado sin que nos refiramos a ningún caballo en concreto, solamente podremos compartir ese significado si ambos conocemos o podemos conocer qué es un “caballo”. Todos los caballos que han existido o que existirán se indican como referente del significante /caballo/¹⁷.

En definitiva, el referente constituye el componente de realidad del proceso significativo. Como afirma Eco (1994:25), esta noción resulta tan importante como vaga para comprender el significado de los conceptos:

“Basta una pequeña dosis de buen sentido para darse cuenta de la ambigüedad de esta noción de referente, pero basta también una pequeña dosis de buen sentido para darse cuenta de que es la manera más cómoda de explicar un hecho que se produce todos los días: al

¹⁷ Uno de los problemas del lenguaje verbal es que el significante y el significado adoptan la misma forma. Quizá sería más correcto relacionar el significante /caballo/ con el significado “x”. Por eso en semiótica se utilizan las barras // para indicar la utilización del término como significante y las comillas “ ” para indicar su utilización como significado.

emitir signos nos estamos refiriendo a *cosas*. (cursiva en el original)”

El término referente tiene muchas analogías con otros como *contexto* o *realidad*, empleados a menudo con la intención de buscar una generalización abstracta que explique la relación común entre varios conceptos. Lo que añade es la importancia de comprender que la construcción de los significados se da a partir de estas realidades abstractas y diversas que la concisión del lenguaje condensa en ocasiones en un mismo concepto. Por tanto el referente surge de la necesidad de aclarar la vaguedad, ambigüedad y ambivalencia propia del lenguaje que es, por definición, convencional y simbólico. A través de interpretaciones diversas podemos corroborar o desmentir hasta qué punto nuestra noción sobre lo que queremos decir se corresponde con la realidad. La cuestión se hace todavía más compleja cuando utilizamos significantes similares referidos a contextos diferentes y con intenciones significativas distintas.

Quizá el análisis de los referentes de la condición física pueda ayudarnos a aclarar un poco el sentido o los sentidos de realizar práctica física hoy día. La salud no es el único, aunque sí uno muy importante. Antes de profundizar en el referente la salud, comenzaremos repasando lo que hemos denominado *referente productivo* y el *referente deportivo* de la condición física.

2.3.1 Referente productivo

La evolución de las especies ha seleccionado a aquellos individuos más aptos para la supervivencia los cuales, al tener más oportunidades para transmitir sus genes, aumentaron también sus posibilidades de perpetuar sus características biológicas. En el desarrollo filogenético de las especies, la



supervivencia de los individuos dependía en gran medida de su fuerza, velocidad y resistencia. En la nuestra, sin embargo, las capacidades cognitivas han ido restando progresivamente importancia a la “fuerza bruta” (Harris, 1993:18):

“El humano más temible no era el que tenía los colmillos más grandes, sino el que blandía el palo más grande.”

No obstante, hasta la revolución industrial la condición física humana ha jugado un papel relativamente importante para el trabajo de la tierra, el cuidado del ganado, la manufactura de bienes de consumo y producción y, en general, para el mantenimiento de las condiciones de vida. Todo ello, unido a la necesidad de la fuerza física para la guerra hacía que se exaltara al hombre fuerte identificándosele con la capacidad productiva. La productividad física no ha sido tan ensalzada en la mujer como en el hombre. No obstante, la estigmatización de la esterilidad que se da en muchas culturas muestra cómo, en cierta manera, la valoración social de la productividad corporal en la mujer se vincula más a con el hecho de la re-producción.

Pero el valor productivo de la condición física entra definitivamente en crisis con la invención de las máquinas automóviles, que generan su propia energía y no precisan de fuerza externa para desplazarse¹⁸. Desde entonces, la condición física ha ido perdiendo progresivamente su valor como fuente de riqueza. Hoy día, puede considerarse que el desarrollo del tejido productivo de un estado es directamente proporcional al desarrollo tecnológico e inversamente proporcional a la necesidad de utilizar la fuerza física humana o animal (Racionero, 1989).

¹⁸ La disminución de la importancia de la fuerza humana para la producción coincide con la disminución de la utilización de la tracción animal. Curiosamente, el impacto del desarrollo tecnológico en la utilización de la fuerza física ha afectado más al ser humano que a los animales.

A pesar de ello, en la actualidad el cuerpo no ha dejado de tener valor productivo, aunque en algunos casos éste haya adquirido formas más sutiles. El concepto del papel productivo del cuerpo ha sido estudiado por Bourdieu (1994). Este autor, cuando habla del *cuerpo como capital*, destaca dos aspectos que han favorecido el desarrollo del cuerpo como una forma simbólica de poder. Por una parte la *producción* de capital físico, refiriéndose al desarrollo de cuerpos que puedan ser reconocidos como una posesión valiosa en diferentes contextos sociales, y por otra a la *transformación* de ese capital físico en otras formas de capital económico, social y cultural¹⁹.

Como se ve, el referente productivo de la condición física está en plena redefinición hoy día. En el sentido más material y sin entrar en valoraciones, *vivir mejor* por ser más fuerte, más rápido o más resistente suena rudimentario y primitivo. Y sin embargo, muchas personas aún encuentran en argumentos de ese tipo la justificación del valor educativo de la mejora de la condición física. Valorar la capacidad física como medio para la supervivencia o la productividad laboral está en sintonía con las concepciones naturalistas de cuerpo (Shilling, 1993), cuyas implicaciones ideológicas tienden a justificar que *los más fuertes* son los que sobreviven y producen más y mejor.

¹⁹ Bourdieu (1994) destaca que tanto la producción de capital físico como su transformación reflejan formas de desigualdad social. Por ejemplo, las clases trabajadoras se ven abocadas a crear un capital físico relacionado con el entrenamiento de habilidades manuales que les permitan trabajar en ciertas tareas, a menudo no muy bien remuneradas y que entrañan riesgos para la salud. Así lo demuestra el hecho de que los accidentes laborales se concentren en trabajos poco cualificados que llevan a cabo las capas sociales más bajas. En cambio las clases dominantes suelen crear formas de capital físico más relacionadas con la apariencia corporal, y tienen oportunidades para transformarlo sin un coste tan elevado. De hecho, los *mejores* cuerpos -los más bellos y sanos- tienen mayor acceso al mundo laboral, obtienen mejores ingresos y tienen mayores oportunidades para entablar relaciones sociales. En definitiva, son más y mejor valorados por las/los demás, lo cual influye en que también lo sea por nosotras/os.

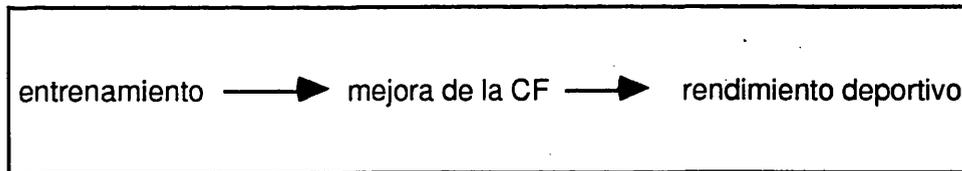
2.3.2 Referente deportivo

El referente deportivo podría considerarse como una subespecie del referente productivo. No cabe duda que el deporte sí es un ámbito en el que la mejora de la condición física tiene una importancia intrínseca y conserva, casi puro, el valor que tenía en el pasado. El éxito deportivo viene determinado por la combinación de cuatro factores: preparación técnica, psicológica, táctica y física. La importancia relativa de cada una está en función del tipo de especialidad deportiva que se practique. Por ejemplo, en situaciones sociomotrices, definidas por la presencia de compañeros y/o adversarios (Parlebas 1989), la preparación táctica jugará un papel relevante, dado que el resultado (la victoria) implica la interacción con otras personas, lo que provoca acontecimientos imprevisibles y cambiantes. Pero la importancia de dichos factores en las situaciones psicomotrices, realizadas aisladamente, parece mucho menor. Si dejamos de lado los aspectos psicológicos, el resultado de un lanzamiento o un salto dependerá fundamentalmente de la destreza técnica y la capacidad física.

Esto implica que en un número muy amplio de disciplinas, la capacidad física sea el factor decisivo y desequilibrante de la competición deportiva. En las especialidades deportivas en que la dificultad técnica es baja o casi nula, la victoria está en función casi exclusivamente de la condición física de la/el deportista. En un maratón, por ejemplo, la victoria será para la persona cuyo organismo tenga una mayor eficacia en la absorción e intercambio de oxígeno, un menor gasto cardiaco y un umbral anaeróbico más alto. Por consiguiente, en el ámbito deportivo en general, en el de las prácticas en situación psicomotriz en particular, y muy especialmente en aquellas en las que la dificultad técnica de ejecución es baja o nula, el rendimiento y/o la victoria depende del nivel de condición física del deportista.

Por tanto no es de extrañar que la preparación se centre en conseguir que el organismo de la/del deportista responda con la máxima eficacia a las necesidades orgánicas que supone la competición. El entrenamiento deportivo implica un proceso altamente planificado orientado hacia la consecución de la mejora de la(s) cualidad(es) físico-deportiva específicas. Desde la Teoría del Entrenamiento se estudia la forma de plantear los estímulos de carga de forma que produzcan un mayor rendimiento deportivo (Grosser, Straischa y Zimmerman, 1988; Matveev, 1983; Platonov, 1988; Zintl, 1991). Como se refleja en la figura 2.8, en el modelo deportivo de mejora de la condición física se establece una relación lineal entre ésta, el entrenamiento y el rendimiento.

Figura 2.8.- Relación entre el entrenamiento y el rendimiento deportivo .



Otra característica del referente deportivo de la mejora de la condición física es el de su especificidad. Es decir, la(s) cualidad(es) física(s) a desarrollar y su grado de mejora dependen de la especialidad deportiva que se practique, y, en último término, del nivel competitivo que se posea. No tiene sentido, por ejemplo, que una persona que compita en maratón desarrolle su fuerza máxima, u otra que lo haga en halterofilia mejore su resistencia aeróbica. Y si lo hacen, no será para mejorar en su rendimiento deportivo, sino como entrenamiento de base para soportar las cargas de entrenamiento específico que

sí se enfocan al rendimiento²⁰. A pesar de que los principios del entrenamiento lo contraindican, puede darse el caso (se da) de deportistas que presentan un impresionante desarrollo de ciertas cualidades frente a un empeoramiento significativo de otras.

El alto grado de especialización que implica la mejora de la condición física al más alto nivel conlleva además el control y la supervisión de técnicos y entrenadores/as. Éstos, a su vez, especialmente en el alto rendimiento, se ven asesorados por un cuadro de expertos en diferentes áreas, entre las que podemos encontrar, la medicina y psicología deportiva, la biomecánica y la farmacología. Además, el control exigido implica a menudo la utilización de sofisticados instrumentos de medición. En este equipo de personas y artilugios se basa la planificación del entrenamiento. Resulta cada vez más usual observar cómo los entrenadores/as explican sus logros o fracasos mediante los datos obtenidos con pulsómetros, análisis de lactato, de consumo de oxígeno o de curvas de rendimiento. El resultado es que el/la deportista pierde el control sobre su propia práctica, delegándolo en los aparatos de medición y quienes los controlan. Son ellos los que interpretan su rendimiento, sus indicadores fisiológicos e, incluso, sus sensaciones²¹.

Quizá sea exagerado decir que el límite de la mejora de la cualidades físicas no existe, aunque puede que no lo sea tanto afirmar que, en el deporte, se busca. Si aceptamos que la (auto)superación forma parte de la esencia del deporte podemos deducir que, en términos de rendimiento, el/la mejor deportista será el/la que más se autosupere o supere a los demás. El/la que se mueva más cerca de la frontera de lo inverosímil. Los/las

²⁰ Zintl (1991) denomina entrenamiento de base al dirigido a las cualidades físicas no específicas del rendimiento deportivo, pero cuyo mantenimiento funcional resulta imprescindible atendiendo al principio de diversificación de las cargas.

²¹ Resulta reveladora la anécdota que ocurrió antes de que el ciclista Rominguer batiera el récord de la hora en 1995. Los médicos, tras analizar los resultados efectuados unos días antes, le dijeron que estaba en disposición de batir la marca, a lo que el ciclista respondió que se sentía incapaz. El resultado fue que hizo 100 metros más de la distancia que los médicos pronosticaron.

deportistas se mueven a cifras increíbles: dan brincos de cerca de 2,5 de alto y 9 de largo, corren más de 42 km. en poco más de dos horas; levantan centenares de kilos por encima de su cabeza y son capaces de pedalear un día tras otro a una velocidad media de alrededor de cuarenta kilómetros a la hora durante más de seis. Todas estas cifras *sobrehumanas*, que parecen más propias de artefactos mecánicos que de cuerpos humanos, suelen provocarnos una mezcla de estupor y admiración. Cuando el rendimiento alcanza lo sobrehumano, al deportista se le promociona a la condición de *máquina*. La búsqueda del éxito deportivo implica tensar un poco más la cuerda que une alegóricamente la mísera realidad humana con la gloriosa metáfora del cuerpo máquina.

En el ánimo de cualquier *buen* deportista debe estar la búsqueda de la mejora, de la autosuperación. Ello justifica que sus enormes esfuerzos, que pueden incluso provocar lesiones degenerativas o afectar a su estado psicológico y sus relaciones sociales, sean asumidos a menudo con buen ánimo. La mejora del rendimiento recompensa cualquier sacrificio, incluso poner en riesgo la salud. En atletismo o en halterofilia, por ejemplo, es normal referirse así al intento de superar la marca personal: "voy en busca de una mejora". Por mejora se alude a los aspectos que inciden en el rendimiento deportivo, entre los que destaca muy especialmente el nivel de condición física; no se refiere necesariamente a ningún otro ámbito de la persona.

2.3.3 Referente de salud

Al hablar de actividad física y salud resulta casi inevitable referirse a la condición física. La razón es que la mejora del funcionamiento de los sistemas orgánicos que se logra con la práctica física (locomotor, cardiorrespiratorio, metabólico, endocrino y nervioso), se relaciona con la prevención de

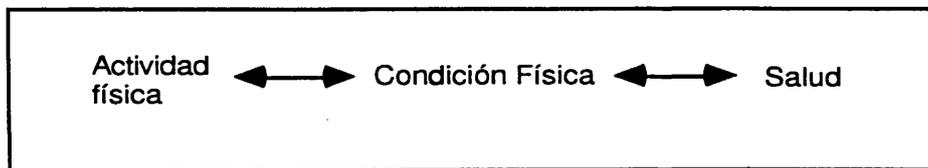
diferentes enfermedades, sobre todo de algunas crónicas asociadas a estilos de vida sedentarios que hoy en día constituyen una importante preocupación en los países desarrollados, y que se engloban bajo la denominación de *enfermedades hipocinéticas* (Blasco, 1994:20):

“La sociedad actual con sus avances tecnológicos, han cambiado el tipo de enfermedad, sustituyendo en general los trastornos infecciosos y agudos por la enfermedad crónica (hipertensión, obesidad, trastornos cardiovasculares, etc.). Se ha alargado la esperanza de vida pero ésta se ha acompañado de un patrón de enfermedad permanente que produce ciertas incapacidades y riesgos y que, en la mayoría de los casos, depende directamente del estilo de vida del individuo.”

Sin embargo, a pesar de que las relaciones entre condición física y salud parecen evidentes, lo que no está tan claro es su vinculación causal. Se cuestiona hasta qué punto la mejora de la condición física debe ser contemplada como el componente único o el más importante de la práctica física y la salud, o cuánto hay que mejorar la condición física para mejorar la salud (Devís y Peiró 1992a, 1992b).

Con todo, durante mucho tiempo la mejora de la condición física se ha asociado intrínsecamente con la mejora de la salud. Esta interpretación estaría en sintonía con una valoración preventiva y curativa de la práctica física. El *modelo lineal*, basado en el denominado paradigma de la condición física orientado a la salud (Bouchard et al., 1990; Devís, 1998; Devís y Peiró, 1993; Sánchez Bañuelos, 1996), puede ilustrar el tipo de relaciones entre salud, práctica física y condición física (ver figura 2.9).

Figura 2.9. - Modelo lineal de relaciones entre actividad física, condición física y salud (Basado en Bouchard et al., 1990 y Devís y Peiró, 1993).



Según esta concepción, las mejoras para la salud de la práctica física están directamente vinculadas a la mejora de la condición física. La salud se asocia a los términos producto y rendimiento, y la actividad física es considerada fundamentalmente como un medio para provocar adaptaciones orgánicas apropiadas. Este modelo enfatiza la importancia de determinar la dosis de actividad física apropiada para la salud. O lo que es lo mismo, la actividad física saludable está en función de la cantidad, frecuencia, intensidad y tipo de actividad (variables F.I.T.T.) que mejor previene y/o cura las enfermedades²².

El modelo lineal recuerda en su estructura y contenido al referente deportivo del que hablábamos más arriba. Se han sustituido las palabras entrenamiento por actividad física y rendimiento por salud, pero se conserva el valor central de la condición física y la estructura lineal del modelo. Si bien se sigue sugiriendo una relación causa-efecto, lo que cambia son las causas y los efectos, matizándose el tipo de cualidades y su grado de mejora. En este sentido, el modelo lineal de salud plantea fundamentalmente dos tipos de modificaciones sobre el modelo lineal de rendimiento: las que responden al tipo de cualidades físicas a mejorar, y las que argumentan sobre cuánto mejorarlas.

En relación con el primer punto, la mejora de la condición física para la salud debería reorientarse por una parte hacia las

²² Ver punto 2.4.3.: relaciones dialécticas entre riesgos y beneficios.

capacidades funcionales necesarias para desenvolverse en las actividades cotidianas de la vida diaria, y por otra a la prevención de las enfermedades hipocinéticas, en especial al riesgo de aparición de enfermedades cardiorrespiratorias. En definitiva, una mejora de la condición física relacionada con la salud implica seleccionar qué cualidades físicas están más relacionadas con un estilo de vida activo y/o con la prevención y curación de las enfermedades hipocinéticas (Devís y Peiró, 1992a y 1993) (ver Tabla 2.2).

Tabla 2.2: Componentes de la condición física y la salud (Fuente: Devís y Peiró, 1992a, y 1993).

Cualidades físicas	Condición física	Cualidades físicas asociadas a la salud
<i>Fuerza máxima</i>	X	
<i>Potencia</i>	X	
<i>Resistencia anaeróbica láctica</i>	X	
<i>Resistencia anaeróbica aláctica</i>	X	
<i>Agilidad</i>	X	
<i>Coordinación</i>	X	
<i>Velocidad</i>	X	
<i>Velocidad resistencia</i>	X	
<i>Relajación</i>	X	
<i>Equilibrio y reequilibrio</i>	X	
<i>Resistencia aeróbica (cardiorrespiratoria)</i>	X	X
<i>Fuerza y resistencia muscular</i>	X	X
<i>Flexibilidad</i>	X	X
<i>Composición corporal</i>	X	X

En lo referente al grado de mejora, el modelo lineal de salud ya no se busca una mejora máxima ni específica de la condición física, sino otra moderada y general. Por tanto, no tendrán sentido la utilización de medios sofisticados ni planificaciones altamente controladas, sino la búsqueda de un tipo de práctica, intensidad, frecuencia y duración relacionadas con la salud (prevención de enfermedades) y adecuada a las capacidades de la propia persona²³.

²³ Ver punto 2.4.2.: beneficios, riesgos y cantidad de actividad física.

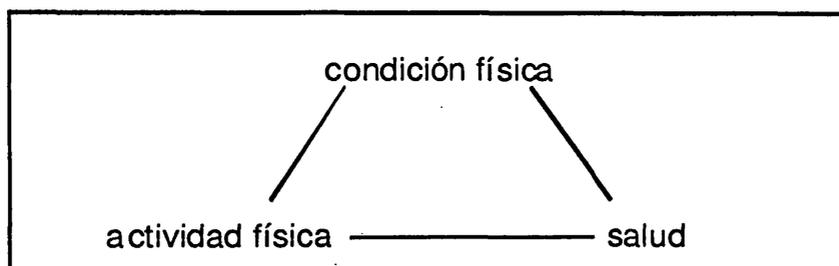
Este modelo lineal ha presidido gran parte de las propuestas de práctica física y salud, especialmente aquellas que provienen del modelo médico (Devís y Peiró, 1992a, 1995). Además del reajuste de los componentes de la condición física para la salud, este modelo ofrece otras aportaciones, como la preocupación por la realización correcta y efectiva del ejercicio. Sin embargo, la centralidad de la condición física sugiere, por una parte, que todas las relaciones de práctica física con la salud pasan por la mejora de la condición física y, por otra, que sólo la práctica física que mejora la condición física, aunque sea poco, se relaciona con la salud. Además, la similitud entre el modelo lineal y el deportivo hace difícil definir la naturaleza propia del referente de salud, que en definitiva se convierte en una variante de la condición física vinculada al rendimiento, aunque éste tenga naturaleza y alcance distintos.

La valoración exclusiva de las adaptaciones orgánicas, propia de la concepción estática de salud, resulta discutible desde una perspectiva dinámica en la que se cuestiona el reduccionismo que supone considerar la práctica física *únicamente* como un medio para mejorar la salud biofísica. La actividad física también puede ser entendida como una forma de relación social, como una ocupación del tiempo de ocio, como una forma para construir la identidad personal o como un producto o servicio con el que comerciar (Devís y Peiró, 1993).

Por consiguiente, para entender desde una perspectiva dinámica el referente de la salud, sería necesario un modelo que plasmara todas estas cuestiones que el anterior solo dejaba entrever. En la figura 2.10 se plantea otro al que hemos denominado *modelo sistémico*, y que está basado en el paradigma orientado hacia la práctica (Devís y Peiró, 1993). Este modelo comprende aquellas relaciones entre la actividad física y la salud que no pasan exclusivamente por la mejora de la condición física, y que sirven para explicar de forma más global

el papel que puede jugar la práctica física en la de promoción de salud.

Figura 2.10- Modelo sistémico de relación entre actividad física, condición física y salud (Basado en Bouchard et al., 1990 y Devís y Peiró, 1993).



Este modelo sistémico aporta dos cambios en relación con el lineal. Por una parte, propone una conexión directa entre la práctica física y la salud, que englobaría factores psicosociales y culturales. También admite la comprensión de algunos aspectos *extrasomáticos* de la práctica que están vinculados a la salud, como el autoconocimiento, las relaciones sociales o la diversión, todos ellos más vinculados al proceso de práctica que a su resultado. Por otro lado, el modelo implica una interacción entre todos sus componentes, sin que ninguno ocupe un papel central. De esta manera, los cambios en cada uno de los elementos modifica su relación con todos los demás. Al no plantearse una vinculación unidireccional, el resultado del proceso no queda claramente localizado. Cada cambio revierte en consecuencias para los demás elementos, estableciéndose una dinámica de relaciones en las que priman los factores relacionados con la interacción entre sus elementos. Esta concepción sistémica cuestiona las relaciones causa-efecto o producto-rendimiento que habitualmente se atribuyen a la práctica física y la salud.

En definitiva, consideramos que se pueden determinar dos modelos del referente de condición física y salud: el lineal y sistémico. El primero, basado en concepciones estáticas de salud, y con claras semejanzas al referente productivo y deportivo,

acentúa la importancia de la mejora de las cualidades físicas asociadas a la salud. El segundo, a partir de las concepciones dinámicas de la salud, contempla además aspectos cualitativos y la interacción entre diferentes factores somáticos, culturales y sociales que intervienen en las relaciones entre actividad física y salud. Ambos modelos guardan similitudes pero también importantes diferencias. Quizá la más significativa sea el énfasis relativo que proponen en cuanto a los resultados y el proceso de práctica (Devís y Peiró, 1993:77):

“Debemos pensar que cuando una persona realiza actividad física se involucra en un proceso, mientras que la mejora de la condición física pretende alcanzar un resultado o un producto asociado a un nivel de forma física. Por tanto, los beneficios saludables se encuentran en el proceso de realización de actividades físicas y no en la búsqueda de resultados, altos niveles de excelencia atlética o comparando los niveles de condición física con los de otra persona.”

2.4 Beneficios y riesgos de la actividad física

Al definir las relaciones entre actividad física y salud parece obligado hacer mención a la cuestión de sus beneficios y riesgos. La mayoría de los trabajos consultados coinciden en su estructura expositiva: se distinguen drásticamente los efectos positivos de la práctica física para la salud (beneficios) de sus potenciales perjuicios (riesgos). Además suelen exponerse por separado las consecuencias físicas (fisiológicas, biológicas) y psicológicas (mentales) y, alguna vez, las sociales (psicosociales, afectivas, socioculturales). Cabría añadir que cuantitativamente las referencias a los beneficios son mucho más numerosas y extensas que las de los riesgos. Esta estructura, si bien resulta

clarificadora desde un punto de vista expositivo, puede inducir a tres conclusiones cuanto menos discutibles: en primer lugar que existe una frontera clara entre los beneficios y los riesgos, es decir, que se dan aislados y por separado. En segundo lugar que los efectos de la práctica se localizan en alguna de las dimensiones antes expuestas sin afectar a las demás. Y por último que la actividad física solo tiene beneficios para la salud, o muchos más beneficios que riesgos.

Desde una perspectiva dialéctica podemos fijarnos más en los puntos de conexión entre beneficios y riesgos que en sus límites de separación. De hecho no siempre quedan tan claras cuáles son las causas y cuáles las consecuencias, o qué efectos de la práctica son físicos o psíquicos. En ocasiones unos nos llevan a otros, y la frontera entre lo que es bueno o malo para la salud se difumina hasta hacerse imprecisa. Comenzaremos este apartado presentando una breve recopilación de la literatura sobre el tema de beneficios y riesgos de la práctica física para la salud para, posteriormente, centrarnos en su relación.

2.4.1 Efectos de la actividad física para la salud

Existe abundante literatura sobre los beneficios y (menos) sobre los riesgos de la actividad física, el ejercicio y el deporte para la salud. La tabla 2.3 presenta esquemáticamente los principales que aparecen en la literatura consultada (Blasco, 1994; Boone, 1994; Bouchard et al., 1990; Cantera, 1997; Heyward, 1996; Plasencia y Bolívar, 1989; Pate et al., 1991; Sachs y Pargman, 1984; Sánchez Bañuelos, 1996; Toro, 1996; Weinberg y Gould, 1996).

Tabla 2.3.- Principales efectos de la práctica física en la salud.

EFFECTOS	BENEFICIOS	RIESGOS
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora del funcionamiento de distintos sistemas corporales (cardiovascular, locomotor, metabólico, endocrino y nervioso). - Prevención y tratamiento de enfermedades degenerativas o crónicas (osteoporosis, asma, diabetes mellitus tipo II), hipertensión, obesidad y cáncer de colon. - Regulación de diferentes funciones corporales (sueño, apetito, sexual). 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos leves. - Afecciones cardiorrespiratorias. - Lesiones músculo-esqueléticas - Síndrome de sobreentrenamiento. - Muerte súbita por ejercicio.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas (estrés, ansiedad, depresión, neuroticismo). - Estado psicológico de bienestar (<i>Well-being, mood states</i>). - 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.
Consecuencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento académico. - Movilidad social. - Construcción del carácter. 	

A partir de esta revisión nos interesa destacar algunas cuestiones generales:

a) Muchos estudios destacan el papel que juega la práctica física en la prevención de enfermedades hipocinéticas, en concreto en la disminución de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares. Resulta demostrada una relación entre la práctica física regular y la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardíacas. Los argumentos que se barajan para explicar esta relación son de dos tipos (Blasco, 1994):

- 1.- Los que encuentran una relación directa
 - aumento del tamaño y fuerza de contracción del corazón.
 - aumento de lipoproteínas de alta densidad C -HDL-C-.
 - disminución de lipoproteínas de baja densidad -LDL-.
 - mejora de la motilidad del sistema vascular.

- 2.- Los que se basan en una relación indirecta entre la práctica de actividad física y la adopción o supresión de otros hábitos
 - Dieta equilibrada.
 - Disminución del consumo de drogas (tabaco y alcohol principalmente).
 - Adopción de estilo de vida más saludable, (disminución del estrés, mejora en la regulación del sueño).

b) A nivel psicológico se sugiere que la práctica aeróbica tiene efectos especialmente beneficiosos para reducir la ansiedad y el estrés (Blasco, 1994; Plasencia y Bolivar, 1989; Weinberg y Gould, 1996). Se distingue entre efectos agudos y crónicos del ejercicio (Weinberg y Gould, 1996). En los primeros, consecuencia de prácticas aisladas y ocasionales, la reducción de la ansiedad y el estrés se asocian a niveles de intensidad de práctica elevados, de al menos del 70% del ritmo cardiaco máximo. En los segundos, que relacionan la disminución de la ansiedad a largo plazo con los efectos del ejercicio moderado o el estilo de vida activo, no implican intensidades tan elevadas. Estos últimos han demostrado tener efectos más duraderos.

c) Existe mucha más literatura sobre los riesgos físicos que sobre los psíquicos. Entre ellos se destacan el síndrome de Burn-Out y la adicción al ejercicio. Cuando los esfuerzos repetidos y extremos debidos a las exigencias personales o competitivas no se corresponden con respuestas eficaces, pueden dar lugar a un cuadro psicofísico de agotamiento (síndrome de *burn-out*) y cuyas características se describen en la tabla 2.4.

Tabla 2.4.- Características del agotamiento (Síndrome de burn-out) (Basado en Blasco, 1994 y Boone, 1994).

- Práctica deportiva compulsiva que no se corresponde con mejoras en el resultado o con disminuciones en la ejecución.
- Exenuación tanto física como emocional, en forma de pérdida de interés, energía y confianza.
- Respuesta negativa hacia los demás, a los que se ve impersonal e insensiblemente.
- Sensaciones de baja realización personal, baja autoestima, fracaso y depresión.
- Disminución de la productividad laboral.
- Estrés crónico.

Otro riesgo psicológico relacionado con la práctica física es el de la adicción al ejercicio, que se define como una dependencia psicológica y/o fisiológica de un régimen regular de ejercicios caracterizada por un síndrome de abstinencia una vez transcurridas 24-36 horas sin llevarlos a cabo (Sachs y Pargman, 1984). Weinberg y Gould (1996:429) distinguen entre *adicciones positivas y negativas*. Las primeras se vinculan con prácticas saludables, ya que se asocian con un incremento de la fuerza física y psicológica de la persona, potenciando por ello su estado de bienestar y su funcionamiento corporal. En las segundas, en cambio, el cuadro adictivo se agrava y se produce una creciente dependencia de la práctica física, produciéndose incluso un deterioro personal y social (ver tabla 2.5).

Tabla 2.5.- Criterios para clasificar una actividad como adicción (Fuente: Weinberg y Gould, 1996).

- 1.- La actividad no es competitiva y depende de nuestra exclusiva elección. Se dedica aproximadamente una hora al día de actividad.
- 2.- La actividad requiere bajo nivel de destrezas y esfuerzo mental.
- 3.- La actividad no depende de otros y normalmente se realiza en solitario.
- 4.- El que lleva a cabo la actividad cree que ésta tiene un gran valor.
- 5.- El que practica la actividad cree que el progreso de la misma depende de su perseverancia.
- 6.- La actividad se realiza sin autocrítica.

d) La mayoría de los riesgos se presentan relacionados con un modo *inadecuado* de realizar práctica física. Siempre se destaca que si la práctica física se realiza adecuada y correctamente, la posibilidad de efectos secundarios es muy reducida. Las lesiones suelen asociarse a la falta de medidas oportunas: no hacer calentamiento al principio o estiramientos al finalizar la práctica o no seguir normas de seguridad. Es decir, se da a entender que la actividad física, en las dosis y forma de administración correcta, no tiene riesgos en sí misma. Aunque en general no hay consenso total sobre qué y cuanta práctica física es saludable, se suele coincidir en calificarla de moderada en intensidad, frecuente en periodicidad, constante en la ejecución y duradera en el tiempo.

e) La mayoría de los estudios que han investigado los beneficios psicológicos de la práctica física para la salud son correlacionales. Es decir, no puede afirmarse de manera concluyente que el ejercicio motivó o produjo un cambio, sino más bien que está asociado a los cambios positivos en el estado psicológico (Weinberg y Gould, 1996).

En las principales revisiones sobre el tema de los efectos de la práctica física en la salud se destaca la acientificidad de la mayoría de los estudios, así como la ausencia de estudios longitudinales (Plasencia y Bolívar, 1989). Así lo afirma Sánchez Bañuelos (1996:70):

“Del conjunto de beneficios que se difunden a nivel general y sobre los que plantean hipótesis de investigación en el ámbito científico, solo algunos pocos, fundamentalmente relacionados con aspectos fisiológicos, encuentran apoyatura sólida científica. Por tanto se puede considerar que no tienen fundamento la mayoría de los estudios sobre los efectos de la práctica física, especialmente cuando éstos revisten un carácter excesivamente generalizador, es decir, sin ningún tipo de indicación sobre la especificidad del ejercicio requerido para que se obtengan los beneficios pretendidos.”

2.4.2 Beneficios, riesgos y cantidad de actividad física

En general se habla mucho más de los efectos beneficiosos de la práctica física que de las características de la práctica física que se considera beneficiosa. Durante mucho tiempo se ha sustentado la idea de que existía una relación directa entre cantidad de actividad física y beneficios para la salud. En otras palabras, cuanta más actividad física, mejor salud. Sin embargo esta equivalencia no se sostiene (Fox, 1991:131):

“Siguiendo el principio de que 100 aspirinas no son más efectivas que dos o tres para tratar un dolor de cabeza, asimismo no necesariamente debe seguirse el principio de que la reducción de los riesgos para la salud está linealmente relacionada con el incremento de la actividad física.”

Desde la medicina, hoy en día se cuestiona la relación entre beneficios para la salud e intensidad de la práctica física (Cantera, 1997). Así se observa en la evolución de las recomendaciones de ejercicio para la salud que hace la *Guía para la prescripción y evaluación del ejercicio* de la *Asociación Americana para el Corazón (A.H.A.)*, en las que se aprecia una evolución desde las recomendaciones de actividad física vigorosa y concentrada en sesiones de práctica intensa a otro patrón de práctica más moderada y dispersa²⁴. En sus primeras ediciones, a partir de 1972, se abogaba por programas estructurados de ejercicio para la mejora de la condición física cardiorrespiratoria,

²⁴ Guidelines for Exercise Testing and Prescription. American Heart Association. Estas orientaciones sirven para orientar las prescripciones de ejercicio de la mayoría de las publicaciones de carácter médico.

especificándose el tipo de actividad, la duración, intensidad y frecuencia. También se incluían unos umbrales mínimos de lo que se ha venido a llamar *actividad física apropiada para la salud*, cuyas características pueden apreciarse en la tabla 2.6. La idea subyacente en estas recomendaciones es que sólo una vez superados dichos umbrales se empezarán a notar los efectos beneficiosos del ejercicio sobre el organismo y, en consecuencia, sobre la salud.

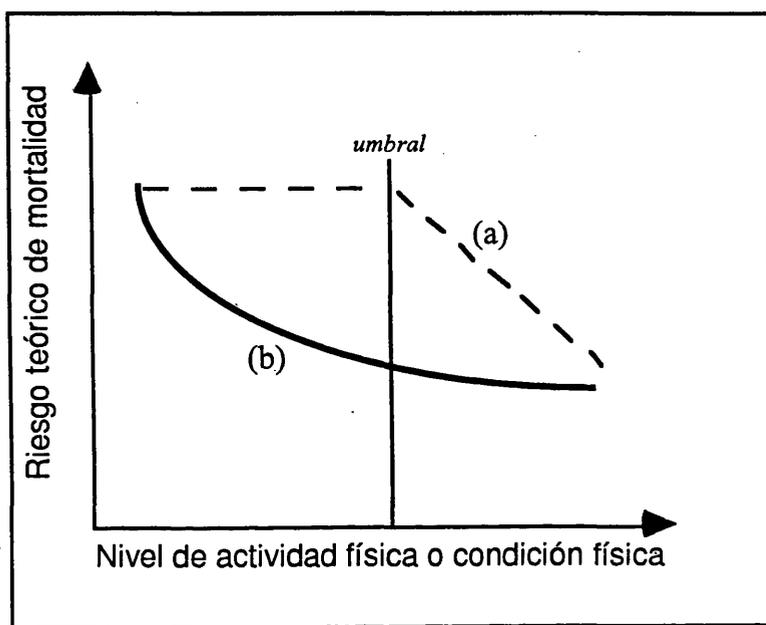
Tabla 2.6: Primeras características de la actividad física apropiada según las prescripciones de la A.H.A. (Fuente: Cantera, 1997).

Tipo de actividad	Actividad aeróbica moderada-vigorosa en las que intervengan grandes grupos musculares.
Duración	Entre 20 y 60 minutos.
Intensidad	Entre el 60% y el 90% de la frecuencia cardiaca máxima.
Frecuencia	Entre tres y cinco veces por semana.

Sin embargo a partir de 1991 se observa un cambio en las recomendaciones oficiales, que se orientan hacia un tipo de práctica menos intensa, menos duradera y más integrada en el estilo de vida. Este cambio parece motivado por la tendencia a creer que la magnitud y sentido excluyente de los umbrales recomendados podría desanimar a gran parte de la población inactiva a iniciarse en la práctica física. Esta nueva orientación queda perfectamente expresada por Blair et al. (1992) en el modelo que se presenta en la figura 2.11. Dichos autores reseñan estudios que indican que los niveles moderados de actividad física o condición física están asociados con un menor riesgo de mortalidad (curva continua -b-), lo cual cuestiona la teoría del umbral y la actividad física apropiada, según las cuales el riesgo empezaría a disminuir una vez alcanzados unos niveles prescritos de actividad física (línea discontinua -a-). De esta manera se sugiere que existe una relación entre la actividad física y los efectos funcionales en la salud desde el primer

momento (línea continua -b-), de tal forma que no es necesario alcanzar un umbral mínimo de actividad para alcanzar los efectos saludables.

Figura 2.11.-Relación entre los niveles de actividad y riesgo de mortalidad (Fuente: Blair et al., 1992).

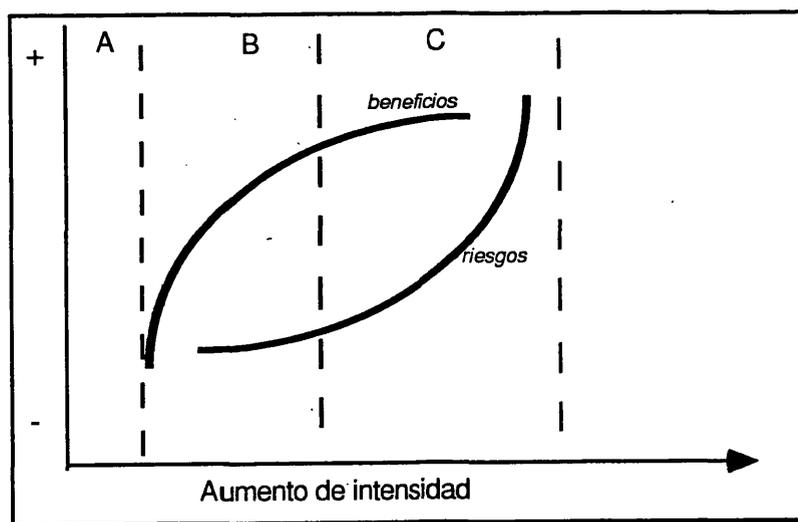


Según Cantera, (1997), la principal característica de esta evolución de los criterios es que en la actualidad no se le da importancia al tipo de actividad física (programa de acondicionamiento físico, deporte, tareas ocupacionales, domésticas, etc.); todas son beneficiosas tanto si se realizan de forma disciplinada, recreativa o rutinaria. En cuanto a la duración, no tiene porqué realizarse de forma continua sino que puede acumularse a largo de toda la jornada. Por último, la intensidad requerida también es menor; se pasa de moderada-intensa (60-90% del I.C.M.) a moderada-baja (a partir del 40%

del I.C.M.). El mensaje desde esta perspectiva sería que “hacer algo de actividad física es mejor que no hacer nada”.

Powell y Paffenbarguer (1985) proponen un modelo para explicar la relación entre la intensidad de la práctica y los beneficios para la salud (Figura 2.12). En este modelo teórico se podrían distinguir tres zonas. En la zona *A* la intensidad de el ejercicio es tan baja que no se producen beneficios para la salud. En la *B*, a partir de un cierto nivel de intensidad se produce un aumento exponencial de los beneficios sin prácticamente riesgos para la salud. La aparición de los riesgos se da a niveles de intensidad moderada-alta. A partir de un alto nivel de intensidad, zona *C*, los beneficios de la práctica física se estabilizan e incluso desaparecen. Los riesgos, en cambio, aumentan exponencialmente y superan incluso a los beneficios. Cuando la actividad física es muy intensa, el modelo refleja como sólo se producen riesgos para la salud.

Figura 2.12.- Relación entre la intensidad, beneficios y riesgos de la actividad física. (Basado en Powell y Paffenbarguer, 1985).



Aunque los modelos anteriores siguen concibiendo la actividad física desde una perspectiva fundamentalmente preventiva, expresan una clara relativización de la importancia de los aspectos cuantitativos de la práctica física para la salud. Parece demostrado que la intensidad, duración y frecuencia de la práctica física saludable no se corresponde en nada con una perspectiva de rendimiento, por lo que ésta debería ser abandonada definitivamente como referente de la práctica física saludable (Sánchez Bañuelos, 1996: 76):

“La importancia de la salud en el deporte de alto rendimiento está vinculada a la conveniencia de que el deportista de élite se mantenga sano, ya que de esto depende su propio resultado deportivo, es decir, la salud no se considera en este tipo de deporte como un fin en beneficio del individuo, sino como un medio para rentabilizar una inversión, ya que sin ella el rendimiento del deportista puede disminuir. En este sentido, en el proceso de entrenamiento deportivo se establece una pugna entre factores de rendimiento y salud. Por un lado el tipo de esfuerzo al que tienen que someterse los deportistas supone, en general, un gran estrés y en consecuencia un alto riesgo de lesión. Por otra parte, al situarse este tipo de entrenamiento en los límites de las posibilidades de adaptación fisiológica y resistencia psíquica del deportista, se puede producir una pérdida de la salud.”

2.4.3 Relaciones dialécticas entre riesgos y beneficios

La literatura médica sobre los beneficios y riesgos de la actividad física tiene una larguísima tradición. En un estudio bibliográfico sobre la literatura española relacionada con Educación Física y el deporte, Mestre (1996) encontró más de 218 documentos publicados con una orientación médica sólo en el periodo que va desde 1850 a 1936. De éstos, la mayoría hacen referencia a la gimnasia correctiva e higiénica, dando por sobreentendido que la salud *es* una consecuencia de la higiene

individual. Sin embargo, la preocupación por las implicaciones sociales del ejercicio tiene un origen mucho más reciente. En la década de los 70 los movimientos críticos de ideología marxista se preocupan por analizar la influencia sociopolítica del deporte como medio de control y alienación social (Partisans, 1982). Desde esta perspectiva se argumenta que ciertos beneficios físicos y psicológicos asociados a la "higiene mental" - especialmente aquellos que valoran la actividad física como medio para conseguir individuos *bienpensantes*, es decir, pasivos sexualmente y activos en la defensa del Estado- han sido reiteradamente utilizados como medio de control social por las ideologías totalizantes, sin distinción de orientación política (Brohm, 1993). Hoy día cuestiones como el dopaje, enfermedades degenerativas, trastornos psicológicos y conductas antisociales que rodean al mundo del deporte y los/las deportistas de élite, han despertado la preocupación social por el deporte y una mayor sensibilización hacia sus riesgos.

Como decíamos al principio de este apartado, el planteamiento de las relaciones entre beneficios y riesgos de la actividad física se basa en que existe una diferencia clara entre los unos y los otros. Obviamente, los primeros son deseables y opuestos a los otros. Esta visión dicotómica, que coincide estructuralmente con otras concepciones maniqueas sobre el cuerpo de las que ya hemos estado hablando, se apoya en la tendencia racional-positivista de distinguir entre lo bueno y lo malo, entre la causa y el efecto, con el fin de encontrar relaciones directas y claras que permitan adoptar medidas inapelablemente correctas. Sin embargo, la separación entre beneficios y riesgos no siempre es tan evidente. Algunas cuestiones que no se circunscriben al cuerpo o a la mente resultan mucho más difíciles de percibir como fuente de beneficios o riesgos para la salud. En términos de actividad física y salud, un excesivo énfasis en los beneficios puede servir como coartada al riesgo. La idea de que la salud se basa en el control corporal puede provocar angustia y sentimiento de culpa hacia al propio cuerpo; resulta paradójico

que hoy en día se sobrevaloren los beneficios de la práctica física precisamente en contextos socioculturales que cada vez precinden más de ella (Vicens, 1995).

Para entender mejor el papel que en la actualidad juega la actividad física como elemento de salud creemos conveniente empezar contextualizándola histórica y socialmente. La preocupación por la salud pública comenzó a finales del siglo pasado con los movimientos higienistas británicos y franceses. Éstos no estaban tan preocupados por las enfermedades hipocinéticas como por las de tipo infecto-contagioso asociadas a los hábitos higiénicos y a las condiciones de vida. La falta de salubridad de las ciudades, las largas jornadas laborales y el excesivo esfuerzo físico de los trabajadores y trabajadoras era el caldo de cultivo de dichas enfermedades y del envejecimiento prematuro²⁵. Para compensar estos efectos, los movimientos higienistas promovían diferentes medidas, como la organización de colonias en la naturaleza o la práctica de gimnasia sueca, en las que se destacaba el papel higiénico de la práctica física (Mestre, 1996).

Esta preocupación de finales del S. XIX y principios se S. XX coincide en el tiempo con los inicios del movimiento olímpico. Desde entonces, los deportistas han venido siendo considerados paradigmas tanto del rendimiento físico humano como de cuerpos saludables. Sus cuerpos sanos y triunfadores eran y son ensalzados como representación simbólica del Estado sano que los engendraba y mantenía (Brohm, 1993). Hay que tener en cuenta además que en esa época el deporte olímpico estaba sustentado por una clase social que disponía de tiempo libre y que podía dedicarlo a actividades no productivas (Munné, 1989; Devís 1996). El amateurismo altruista del deportista olímpico

²⁵ No hay que olvidar que a pesar del aumento actual de las enfermedades hipocinéticas, la esperanza de vida hoy día es 25 años superior a la de principios de siglo. Del mismo modo en los países occidentales, donde mayor es la morbilidad y mortalidad asociada a dichas enfermedades, la esperanza de vida también es mayor (Freund y McGuire, 1991).

descansaba en una concepción aristocrática y burguesa de la práctica física que nada tenía que ver con su carácter productivo en las clases mas bajas. Desde entonces, ciertos deportes se han conservado como distintivo de preeminencia social, un divertimento propio de clase alta.

El *boom* de la práctica popular de actividad física para la salud coincide con el declive del referente productivo de la condición física y la emergencia del referente de salud. En los estados desarrollados, diversos avances tecnológicos provocan que en la última mitad del S. XX el movimiento deje de ser una necesidad. Como consecuencia aumenta el sedentarismo y la aparición de enfermedades hipocinéticas, muchas de las cuales tienen un carácter crónico. Hay que considerar que, además del evidente quebranto para quien las padece, las enfermedades hipocinéticas suponen un tremendo gasto para el sistema sanitario, el cual se ve obligado a sufragar medicamentos con un efecto meramente paliativo que a menudo deben ser consumidos de por vida (Freund y McGuire, 1991). Según algunos autores, esta situación explica en parte el interés actual por las medidas preventivas de dicho tipo de dolencias, entre las que destacan la dieta y el ejercicio: se atribuye al ciudadano la responsabilidad y el gasto de cuidar de su propia salud (Illich, 1975; Vicens, 1995).

Por lo tanto, el énfasis actual en los beneficios de la actividad física para la salud se enmarca dentro del siguiente panorama: por una parte, el prestigio del deporte como medio higiénico y como símbolo de clase, que se une al progresivo descenso de la jornada laboral y el consiguiente aumento del tiempo libre disponible. Por otro, el incremento de ciertas enfermedades vinculadas a los estilos de vida sedentarios producto del desarrollo tecnológico e industrial, y la emergente conciencia de que cada uno/a es responsable de hacer lo posible por mantenerse sano. A esto hay que añadir el auge de los medios de comunicación en la difusión de ciertos estereotipos de apariencia corporal etiquetados de saludables, los cuales

contribuyen indirectamente a asentar la idea de que la obesidad es causa de todos los males.

Este es el contexto en el que se desarrolla la actual preocupación por los estilos de vida activos, que a veces parecen presentarse como una especie de bálsamo de Fierabrás, como un curalotodo que nos hace la vida más larga y (por consiguiente) mejor. Su promoción ha contribuido a difundir la idea de que hay que aprovechar el tiempo de ocio para dedicarse al cuidado corporal. Bajo diferentes denominaciones (“*el deporte es para todos*”, “*mueve las piernas*”, “*contamos contigo*”, “*no et robellis*”) desde los años 80 han proliferado todo tipo de campañas que conminan al individuo a realizar actividad física. Aunque prácticamente sin hacer referencia a aspectos concretos referidos a la práctica, en todas ellas se destacan los beneficios físicos de la actividad física y los riesgos del sedentarismo. Las escasísimas referencias a los riesgos de la práctica física se limitan a cuestiones referidas a las posibles lesiones derivadas de su mal uso y a las medidas profilácticas para evitarlas²⁶.

En las dos últimas décadas se ha despertado el interés por el estudio de *otros* riesgos de la actividad física, como la dependencia del ejercicio y la práctica compulsiva. Morgan (1979) define el siguiente cuadro como sintomático de la *dependencia del ejercicio*: insistencia en practicar ejercicio como sin en ello fuera la vida; experimentación del síndrome de abstinencia con síntomas como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando se imposibilita el ejercicio y mantenimiento

²⁶ Sin embargo, la mayoría de estas campañas fracasaron, como demuestra que en la actualidad sólo un 11% de los/las españoles/as, además en grupos de edad y de ingresos muy determinados, afirme practicar actividad física regularmente en su tiempo libre (Blasco, 1994). Este fracaso, que coincide con el de otras campañas similares en otros países, es atribuido fundamentalmente a dos factores (García Ferrando, 1990). En primer lugar, el excesivo hincapié en un determinado tipo de práctica física, muy relacionada con actividades repetitivas y de alta intensidad. Y en segundo lugar, dichas campañas se centraban únicamente en la voluntad individual como elemento determinante de la práctica física, y no iban a acompañadas eficazmente por otro tipo de medidas políticas, como la creación de infraestructuras accesibles o el apoyo del asociacionismo.

del ejercicio a pesar de estar contraindicado por motivos médicos. Yates (1991) acuñó el término de *corredores compulsivos* para denominar a las personas que han hecho del deporte el eje central de sus vidas, de modo que la práctica física pasa por encima de cualquier otra obligación o devoción. Considera que estos casos deben ser estudiados y atendidos como comportamientos obsesivos. Para muchas personas devotas del ejercicio, las cuales además suelen ser quienes pregonan con mayor entusiasmo sus beneficios para la salud, la actividad física constituye uno de los principales elementos vertebradores de su vida, sin el cual ésta no tendría sentido, o al menos su sentido actual. La actividad física se convierte en el eje alrededor del cual se articula la vida. La siguiente cita en la que un médico relata cómo el ejercicio empezó a controlar su vida, muestra la extraña mezcla entre placer, miedo, devoción y repulsa que caracteriza a los comportamientos adictivos (Sheehan, 1979:49):

“El mundo esperará. El trabajo, la familia, los amigos esperarán. De hecho, todos han de esperar el resultado... ¿Puede haber algo que tenga prioridad sobre correr? Correr me define, da sentido a mi vida, me convierte en un todo. Tengo trabajo, familia y amigos que pueden dar fe de ello.”

La sutil distinción entre adicción positiva y negativa que veíamos anteriormente (Weinberg y Gould, 1996) muestra hasta qué punto el ejercicio, incluso en sus manifestaciones más extremas, es un comportamiento tolerado, aceptado e incluso valorado socialmente; una *cierta* adicción por el ejercicio es considerada más como un beneficio para la salud que como un factor de riesgo de la práctica compulsiva. Sin embargo, ¿dónde está y quién traza la línea divisoria? A pesar de su alto reconocimiento social (recuérdese la sentencia “el deporte es la mejor droga”), cuando el deporte se convierte en adicción entraña consecuencias tan indeseables como las de cualquier otra. En cualquier caso no parece muy razonable justificar la adicción con el placer que produce al/la adicto/a. Sin embargo, mientras que en el caso de sustancias estupefacientes las

características y las consecuencias psicofísicas y sociales están claramente identificadas, en el caso del deporte la cuestión parece mucho más difusa. Comparemos, por ejemplo, el concepto de *tolerancia* y el de *aumento progresivo de la cargas*. Se entiende por tolerancia la necesidad de aumentar la dosis de droga para producir los mismos efectos psicofísicos. Esto crea un círculo vicioso entre efectos de la droga y aumento del consumo (Escámez et al., 1993). El aumento progresivo de las cargas es un principio del entrenamiento según el cuál para que se produzcan adaptaciones orgánicas la cantidad de estímulo físico debe superar un cierto umbral. Este umbral aumenta con el entrenamiento, lo cual conlleva a su vez un aumento de las cargas. Ambas cuestiones descansan sobre la misma fundamentación biofísica, el Síndrome General de Adaptación (Alvarez del Villar, 1988). La diferencia está en que el incremento progresivo de los esfuerzos se plantea como principio del entrenamiento deportivo, mientras que la tolerancia se utiliza para ilustrar los riesgos del consumo de drogas para la salud.

Por otra parte, la práctica física no sólo sirve para prevenir alguna de las denominadas *enfermedades modernas*; también favorece la aparición de otras, en concreto las relacionadas con las distorsiones de la imagen corporal y los trastornos alimentarios. Toro(1996:206-212) al tratar las relaciones entre actividad física, dieta, apariencia y trastorno alimentario, se refiere así a la *anorexia inducida por el ejercicio*:

“El exceso de actividad física, la hiperactividad de la mayoría de los pacientes anoréxicos es un hecho proverbial. Tradicionalmente se ha considerado que esta actividad física más o menos desmedida de anoréxicos y bulímicos era una consecuencia de un trastorno alimentario, de su preocupación por la silueta y por el peso. Sin embargo, algunas voces han apuntado que en algunos -¿muchos?- casos, las relaciones de causa efecto bien podrían invertirse, o adoptar modalidades impensadas hace muy poco tiempo (...). Numerosos estudios demuestran o apoyan

abiertamente la hipótesis de que la participación asidua e intensiva en deportes y ejercicio físico puede desempeñar un papel patógeno en el inicio y mantenimiento de trastornos alimentarios (...). Es interesante destacar que un cierto número de pacientes deportistas inician su trastorno alimentario tras haber interrumpido su actividad deportiva a causa de lesiones o exigencias académicas.”

La medicina y sus profesionales han contribuido significativamente a extender el descrédito social de la obesidad, y de su pariente el sobrepeso, remarcando su papel patógeno. A menudo los beneficios de la práctica física para la salud se relacionan con la regulación de la masa corporal, en concreto con la reducción de los depósitos de grasa. En relación con la acumulación de grasa existe una extendida confusión entre obesidad y gordura, que aparece incluso en libros y artículos sobre dietética de prestigiosos nutricionistas (Covián, 1988). La razón hay que buscarla en el concepto de *peso ideal*, que relaciona los parámetros de peso y altura por medio de la siguiente ecuación (Tinajas y Tinajas, 1992):

$$\text{Índice de peso ideal} = \frac{\text{Altura en centímetros}}{\text{peso en Kilogramos}}$$

Si el resultado de dicha ecuación es de 2,5, se entiende que el sujeto tiene un peso ideal. Si se encuentra entre 1,5 y 3,5, se le considerará con sobrepeso o infrapeso respectivamente. Por debajo del 1,5 se entiende que el sujeto es obeso, y si rebasa el 1,2, la obesidad será mórbida. Por consiguiente, sólo se puede afirmar que una persona es obesa a partir de un cierto índice. La aparente solución de continuidad entre obesidad y sobrepeso, que parece sugerir que ésta es un factor desencadenante de aquella, carece de fundamento.

Debajo de todas estas cuestiones subyace la idea simplista de que acumular grasa es malo y que hacer ejercicio es bueno porque ayuda a evitarlo. En relación con la primera cuestión, las

evidencias científicas parecen contradecir la tradicional persecución de la gordura. Citando estudios epidemiológicos recientes, Toro (1996: 171-172) afirma incluso que un sobrepeso moderado no sólo no se asocia con riesgos especiales para la salud, sino que incluso debiera ser considerado como un factor de protección:

“Por ejemplo, un cierto sobrepeso está asociado con una menor incidencia de cáncer, ciertas enfermedades respiratorias, muchas enfermedades infecciosas, osteoporosis, algunos trastornos cardiovasculares, ciertos problemas obstétricos y ginecológicos, anemia, diabetes tipo I, úlcera péptica, escoliosis y suicidio (...). Es más, revisando 40 estudios de otros investigadores y de muy diversos países, las conclusiones apuntaban a una idéntica dirección: se ha infravalorado el peso deseable relativo a una mayor longevidad. Así pues las personas con un sobrepeso significativo, (pero no obesas), tienen mayor probabilidad de llegar a la ancianidad que las persona con infrapeso.”

A esto se añade que en el caso de las mujeres, incluso los casos de obesidad mórbida cuentan con esperanza de vida mayor que las mujeres excesivamente delgadas. El motivo es que tras la menopausia, que las mujeres delgadas inician mucho antes, existe una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. Esta afirmación, que en ciertos ámbitos podría considerarse casi una herejía, confirma que las causas de la actual estigmatización de la gordura debe buscarse principalmente en argumentos socioculturales, y que su erradicación a *cualquier precio* no puede justificarse con argumentos científicos.

En relación con el papel que juega la actividad física en el adelgazamiento también existe más polémica de la que a primera vista podría parecer. Según Toro (1996:185), “en condiciones normales y con disponibilidad suficiente de alimentos, el cuerpo tiende a mantener un peso corporal estable”. La privación de alimentos o la práctica física puede producir una pérdida significativa de peso, pero éste se recupera rápidamente cuando

la ingesta calórica o el nivel de actividad aumenta o disminuye respectivamente. Parece que la explicación de este fenómeno reside en el denominado Nivel de Regulación Ponderal o teoría del *set-point* (N.R.P.). El N.R.P. es un mecanismo biológico que permite a los seres vivos en general, y al ser humano en particular, mantener un peso estable. Aunque no se conocen con exactitud sus mecanismos fisiológicos, parece que el N.R.P. se relaciona con las hormonas que regulan el funcionamiento del metabolismo basal y la capacidad de sintetizar reservas de energía en forma de grasa.

Numerosos estudios demuestran que existen diferencias interindividuales en el N.R.P., aunque no aclaran si estas diferencias son debidas a factores genéticos o ambientales (Toro, 1996:186):

“Las diferencias entre los individuos existen. Unos tendrán un peso normal (en términos estadísticos), otros ostentarán sobrepeso y otros, incluso, obesidad. Dadas estas circunstancias, nada más absurdo que aspirar todo el mundo a un mismo cuerpo y por tanto a un mismo peso relativo.”

Aunque las investigaciones muestran que el N.R.P. puede variarse, parece que su cambio depende mucho más de alteraciones en la dieta o del uso de ciertos agentes tóxicos que del aumento del gasto energético. Dicho de otro modo, la actividad física adelgaza mucho menos de lo que la gente se piensa: el consumo energético adelgazante se relaciona mucho más con el aumento del metabolismo basal o del nivel de cotidiano de actividad física que con prácticas intensas, y su efecto sobre el N.R.P. parece ser a muy largo plazo. En ocasiones incluso la actividad física intensa puede producir aumento del peso debido al incremento del porcentaje de masa muscular o al efecto yo-yo sobre el N.R.P.. En cualquier caso, según Toro (1996:187), la cuestión del adelgazamiento no debería relacionarse tanto con la búsqueda de los métodos más efectivos

para perder peso, sino con la asociación artificial y engañosa entre el adelgazamiento y el bienestar:

“¿Cabe luchar contra el N.R.P. con eficacia? ¿Cabe intentar modificarlo sin consecuencias indeseables? De momento tomen nota de que los cambios en el peso no tienden a producir bienestar. Un estudio realizado con 3.747 mujeres de menos de 50 años de edad ha demostrado que los aumentos de peso son experimentados con malestar por todas las mujeres, tengan sobrepeso o carezcan de él. Pero las pérdidas de peso también se acompañan de un empeoramiento subjetivo del estado de bienestar, especialmente en las mujeres sin sobrepeso. Este último hecho merece ser muy tenido en cuenta puesto que las cosas suceden como si la satisfacción de conseguir el tan anhelado adelgazamiento no pudiera compensar los efectos psicobiológicos negativos del cambio de peso.”

Parece demostrado que no se justifica el considerar un moderado sobrepeso como un riesgo para la salud, y mucho menos *el* riesgo para la salud por excelencia. Tampoco es razonable considerar el sobrepeso un riesgo mayor para la salud que el infrapeso, especialmente cuando el culto a la delgadez está provocando muchos más casos de enfermedad, incluso de muerte, en la población juvenil que el exceso de grasa. La justificación de la batalla contra el sobrepeso parece descansar más en cuestiones referidas a la concepción del cuerpo como objeto estético que en argumentos preventivos. Tampoco conviene olvidar que la relación simplista entre la actividad física y la regulación del peso o la masa corporal de la que hemos venido hablando sea, quizá, una de las mayores y más lucrativas distorsiones sobre el tema de sus beneficios para la salud. Basta con asomarse a cualquier televisión, revista, o medio de comunicación en general para percatarse del floreciente y variadísimo mercado de artilugios y actividades cuya utilización comporta el logro de una apariencia corporal atractiva y, además, la salud (Toro, 1996:237-238):

“Una importante proporción de los mensajes promotores del adelgazamiento no son sólo reflejo de

los valores estéticos dominantes referidos al cuerpo, sino que afloran a la luz pública porque así lo han decidido agentes muy interesados por el tema. Se trata de publicidad directa o indirecta al servicio de potentísimos grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir disminuciones de peso o supuestas remodelaciones de la silueta corporal (...) Algunos datos pueden ilustrar significativamente esta situación. Al iniciarse los ochenta, se calculaba que los norteamericanos gastaban unos 10.000 millones de dólares en servicios y productos destinados a perder peso. Más adelante, en sólo un año, concretamente en 1988, gastaron 74.000 millones de dólares en alimentos dietéticos, lo que supone una cuarta parte del gasto total en alimentación."

Más arriba vimos que los riesgos para la salud no se asocian únicamente a la ausencia de práctica física. En la actualidad el sedentarismo convive con el exceso de actividad física. Este último a veces está inducido por un énfasis en determinados aspectos asociados a la prevención de aquel. Boone (1994) señala que el ejercicio se puede convertir en una obsesión cuando la persona pone en riesgo su salud conscientemente en aras de la superación o la victoria. Lo curioso es que la superación del sedentarismo o la victoria sobre la enfermedad hipocinética también son argumentos que habitualmente se utilizan para promocionar la actividad física relacionada con la salud. No es necesario acudir a la élite o al profesionalismo para encontrar personas cuya actitud ante la práctica de la actividad física podría considerarse obsesiva. Las personas que hacen deporte se consideran a sí mismas, y son consideradas por los demás, más sanas que las que no lo hacen (Ruíz Olabuénaga, 1995). Y cuanto más deportista se es, más sano. De esta manera, el ejercicio físico se convierte en una especie de ascesis socialmente amparada por la salud, que ejerce de concepto amortiguador para dar sentido a tanto esfuerzo, preocupación y sacrificio. Cada gramo perdido, cada centímetro reducido o cada músculo agrandado representan una victoria y una afirmación del propio yo. La salud o, mejor dicho, la ausencia de enfermedades hipocinéticas, se convierte en una especie de

trofeo: el premio al autocontrol individual, el triunfo sobre la propia voluntad.

Quizá sea demasiado reciente el estudio de patologías comportamentales asociadas al ejercicio (como la adicción al ejercicio o la anorexia inducida por el ejercicio) como para determinar en profundidad cómo se pueden minimizar los riesgos e incrementar los beneficios de la actividad física para la salud. Los mismos conceptos de beneficio y riesgo no parecen muy adecuados para plantear globalmente las consecuencias de la actividad física. En cualquier caso no parece razonable reducir los estudios sobre estas relaciones únicamente a la influencia de variables objetivas y cuantificables; los significados sociales y culturales de la práctica física y la salud tienen un peso determinante en la definición de dichas relaciones

Puede que el problema esté en el modo de abordar el problema. Resulta un contrasentido intentar objetivar el tipo de práctica saludable. Dicho de otro modo, no existe *la* práctica saludable. Las orientaciones sobre los riesgos y beneficios deben servir de marco para que las personas tomen sus decisiones en función de sus intereses, capacidades, posibilidades, gustos y necesidades. Éstos en ocasiones se acercarán más a lo que se considera objetivamente saludable y otras menos; dependerá de un conjunto muy amplio de factores, entre los que destaca la predisposición cognitivo-afectiva del sujeto hacia la práctica física, es decir, su actitud. Del mismo modo que el sedentarismo se considera perjudicial para la salud porque puede favorecer la aparición de ciertas enfermedades, quizá el culto al cuerpo, la internalización del autocontrol y la actividad física obsesiva debieran considerarse como factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de trastornos *sociosomáticos*, como la anorexia, la bulimia o la adicción al ejercicio. Los agentes relacionados con la educación para la salud debieran plantearse cuáles son sus propias actitudes hacia la práctica física y qué papel juegan en relación con dichas actitudes.

Podemos concluir que, en general, los acercamientos teóricos y prácticos a la práctica física y la salud tienden a minimizar los riesgos y a destacar los beneficios. Basándose en una perspectiva eminentemente biologicista, la práctica física se plantea como una actividad prácticamente inocua, que en caso de ser suministrada o consumida en dosis correctas resulta intrínsecamente saludable e inexcusable. En un reciente y completo estudio sobre las relaciones entre actividad física y salud, Weinberg y Gould (1996) se refieren a las *razones* para hacer ejercicio y a las *excusas* para no hacerlo. ¿Qué ocurriría si invirtiéramos los términos? Este *lapsus linguae* parece sugerir que no hay motivos que justifiquen la falta de adhesión a la práctica física.

Podríamos volver al principio, y argumentar que todas estas posibles consecuencias negativas del ejercicio, ya sean físicas, psicofísicas, psicológicas, sociales, sociosomáticas o psicosociológicas, no se dan si el ejercicio se realiza correcta y adecuadamente. El problema es que las implicaciones de la práctica física y la salud son tantas, tan variadas y, en ocasiones, tan sutiles y contradictorias que resulta imposible aislarse del contexto sociocultural para delimitar qué es lo correcto y adecuado *siempre*, aunque, evidentemente, las opiniones de las personas que dispongan de más y mejor información deberán gozar de más crédito. Pero aún suponiendo que su parecer estuviera exento de intereses que fueran más allá de la promoción del bienestar ¿puede el/la practicante del ejercicio gozar de un sistema de asesoramiento permanente que le indique qué es o qué no es correcto? ¿Debe basarse la promoción de la práctica física y la salud en un esquema de relación entre practicante y asesorador/a similar al del deportista-entrenador/a? ¿No tendría esto como consecuencia el afianzamiento de una clientela fiel, devota y dependiente de un juicio externo?

2.5 Relaciones entre actividad física y salud

2.5.1 Actividad física centrada en la condición física

Como ya vimos al hablar de las implicaciones que tenían para la actividad física las diferentes concepciones de salud, cuando ésta se entiende únicamente como un resultado de aquella la preocupación por la práctica se centra en aspectos relacionados, sobre todo, con la eficacia y la eficiencia con la que se producen determinadas adaptaciones orgánicas. Esto sugiere que la práctica física debe estructurarse según una planificación cuyo resultado sea la mejora o, como mínimo, el mantenimiento de la salud en función de criterios cuantificables y valorables objetivamente, como son la frecuencia, duración, intensidad y tipo de actividad (variables F.I.T.T.). La principal diferencia de este proceso planificado de mejora de la salud a través de la práctica física con el entrenamiento deportivo radica en la naturaleza de los componentes de la condición física asociados a la salud y en su grado de mejora. Sin embargo, la enorme influencia del discurso biomédico, unido al auge del deporte como fenómenos de masas, ha contribuido a construir y a asentar en la conciencia colectiva la siguiente analogía: la salud es a la actividad física lo que la victoria al entrenamiento. Dicho de otro modo, desde el modelo de actividad física centrada en la condición física la salud podría considerarse como un premio al sacrificio que supone cuidarse.

No es de extrañar, por tanto, que los/las deportistas de élite o personas, que realizan actividad física muy intensa, aparezcan o sean mostrados como ejemplos de salud. Sin embargo se olvida que, en muchos casos, estas prácticas implican conductas muy alejadas de lo que puede considerarse saludable,

incluso desde una concepción estática de salud. Lesiones crónicas y degenerativas, trastornos hormonales, descompensaciones musculares, ansiedad, estrés, etc., son patologías frecuentes entre deportistas. El frecuente consumo de suplementos energéticos u hormonales, más o menos legales o inocuos, en ningún caso está relacionado con la prevención o curación de ninguna enfermedad, sino con el aumento del rendimiento²⁷. Paradójicamente, personas que llevan sus cuerpos al límite en pruebas muy específicas, son habitualmente utilizados para promocionar prácticas saludables, que implican diversidad en su naturaleza y moderación en su intensidad.

Otra característica del modelo de actividad física centrada en la condición física es la tendencia a contemplar únicamente los beneficios, y no tanto los posibles riesgos de la práctica. En la literatura médica y psicológica son frecuentes los listados en los que se enumeran los efectos psicofísicos beneficiosos que directa o indirectamente produce la práctica de actividad física en la salud. Sin embargo, todo lo que se dice acerca de cómo debe ser dicha práctica hace referencia exclusivamente a su duración, intensidad y a la forma de ejecución de una serie de ejercicios estándar. La preocupación parece centrarse de nuevo en una consecución eficaz de los beneficios evitando los hipotéticos y comparativamente escasos (en relación con los beneficios) riesgos de la práctica física. Desde este punto de vista, parece sugerirse que la función del experto/a (profesorado, entrenadores/as, médicos/as), debe ser tomar decisiones que permitan un incremento planificado, progresivo, seguro y eficiente de la mejora de la condición física asociada a la salud.

²⁷ Aunque debido a su complejidad y alcance deliberadamente hemos intentado evitar tratar el tema del doping, sí quisiéramos llamar la atención sobre su actual expansión. Por ejemplo, el uso de esteroides anabolizantes para el aumento de la masa muscular ya resulta una preocupación que ha traspasado el ámbito del deporte competitivo, para recalcar en otros dónde el rendimiento no se asocia con la competición, sino con la apariencia. En los últimos años, su consumo se extiende progresivamente en niveles de rendimiento cada vez más bajo, hasta convertirse en Estados Unidos en un serio problema de salud pública (Weinberg y Gould, 1996).

Aún cabe otra lectura más del modelo de la actividad física centrada en la condición física. La aspiración de *estar en forma*, además de búsqueda del rendimiento óptimo de la máquina corporal mediante la puesta a punto de sus diferentes componentes, puede entenderse en relación con la preocupación por adecuar la apariencia a una serie de cánones estéticos determinados. En efecto, a veces parece confundirse el estar en forma con el estar *formado* (o con-formado). La figura parece traslucir simbólicamente al exterior la mejora interna que se produce en el organismo. A falta de mejores o más fáciles detectores, la apariencia se convierte en la forma fácil y reconocible por excelencia del estado interno de nuestro organismo, lo que supone legitimar indirectamente aquellas prácticas que contribuyen a su *mejora* (¿de la apariencia? ¿de la salud?), entre las que destacan la dieta y el ejercicio. Estas simbiosis asoman con fuerza en la imaginería construida en torno al cuerpo, el ejercicio y la salud. Por ejemplo, en la publicidad de los productos dietéticos con frecuencia se observa la vinculación entre: a) una determinada apariencia externa; la práctica de actividad física y la salud; y b) el consumo de un determinado producto, cuyos efectos suelen orientarse a la modelización corporal. En cierta manera estos mensajes incitan a pensar algo así como que *"si usted consume X estará sano/a porque obtendrá una apariencia fantástica. Y ni siquiera deberá someterse a la tortura de hacer ejercicio o dieta, cosa que sí debería hacer si no consumiera X."*

En resumen, el modelo de actividad física centrada en la condición física, a partir de una concepción dualista del cuerpo y estática de la salud, plantea la actividad física fundamentalmente como un medio para conseguir la mejora de la condición física relacionada con la salud. Desde este punto de partida resulta muy complicado plantear propuestas de actividad física que vayan más allá de consideraciones instrumentales y utilitarias.

2.5.2 Actividad física orientada hacia la práctica

Como vimos al hablar de las concepciones dinámicas, la salud, además de un estado psicofísico objetivable, puede ser considerada como un proceso de interacción entre factores muy diversos, que contribuyen al bienestar del individuo y la sociedad. Entendiendo la salud desde un punto dinámico, resulta mucho más complicado objetivar qué propuestas de actividad física pueden ser consideradas saludables. Existen tantos y tan diversos condicionantes personales y sociales (personalidades, intereses, capacidades, gustos, posibilidades, estados de ánimo, contextos socioeconómicos, culturales, etc.) que inferir una composición y dosis de ejercicio ideal se antoja una tarea imposible.

Hay que subrayar que el enfoque orientado hacia la práctica o actividad física no desprecia en absoluto los beneficios que la mejora de la condición física puede suponer para la prevención y curación de enfermedades. Al contrario, se pretende promocionar ese tipo de práctica, pero haciéndola significativa, es decir, partiendo de que dichos efectos se darán sí y sólo sí la persona disfruta placentera y conscientemente de su actividad. De otra manera, acabará sometiéndose resignadamente a programas diversos de acondicionamiento físico, o simplemente, abandonará la práctica.

En este contexto, la labor tradicionalmente prescriptiva de los expertos y las expertas en actividad física debe ser reconsiderada. Se hace necesario buscar un papel *orientativo* que sirva para aproximar la práctica a la persona (y no al contrario), de forma que contribuya positivamente a mejorar su calidad de vida. En este punto, se hace necesario formular una serie de criterios de actividad física y salud orientada a la práctica, que cumplirán una doble función: ayudar a las personas a conocer más acerca de su propia práctica y permitirles un

amplio margen de opción para tomar sus decisiones personales. Los criterios que proponemos para la actividad física orientada hacia la práctica física son: gratificación, continuidad, adecuación, autonomía, seguridad y crítica (ver tabla 2.7.).

Tabla 2.7- Criterios de actividad física y salud orientada hacia la práctica .

CRITERIO	CONCEPTOS ASOCIADOS
- Gratificación	Participación, diversión, <i>flow</i> , valoración subjetiva, actitud lúdica, alegría.
- Continuidad	Planificación, frecuencia, factores contextuales.
- Adecuación	Capacidad, gustos, personalidad, medio ambiente, tipo de actividad, dificultad técnica.
- Autonomía	Autoconocimiento, conocimiento práctico, indicadores objetivos, indicadores subjetivos.
- Seguridad	Ejercicios no contraindicados, realización correcta y efectiva, equilibrio beneficios-riesgos.
- Crítica	Salutismo, culto al cuerpo, mitos y creencias sobre actividad física y salud, salutismo, medicalización.

2.5.3 Criterios de actividad física y salud orientada hacia la práctica

2.5.3.1 Gratificación

La actividad física no debería ser calificada de saludable si no produce placer a quien la practica. Hay que recalcar que cada vez más se considera que los verdaderos beneficios de la actividad física para la salud se obtienen *haciendo* actividad física (Devís, 1998; Devís y Peiró, 1992a). Reducir dichos beneficios a las potenciales adaptaciones orgánicas producto de la práctica implica despreciar el enorme y variado potencial de sensaciones gratificantes que puede producir el movimiento, así como su importante papel socializador.

Evidentemente, entender la gratificación o el placer como criterio de salud entraña problemas muy diferentes de los que, por ejemplo, implica definir los componentes de la condición física para la salud. No resulta extraño que los acercamientos conceptuales a los aspectos vivenciales relacionados con la actividad física y la salud sean prácticamente nulas. Sí está documentada, sobre todo desde una perspectiva psicológica, la descripción de ciertos estados de placer asociados con la práctica física. Weinberg y Gould (1996:425) definen el síndrome de la *quinta velocidad del corredor* como “una sensación de euforia, normalmente inesperada, experimentada por ciertos corredores, que sienten un aumento del bienestar, un incremento en la percepción de la naturaleza y una trascendencia del tiempo y el espacio, e incluso, en algunas ocasiones, una experiencia espiritual”. Black (1979:79) recoge de un propio corredor la descripción de ese estado:

“La primera hora es pura agonía: dolor corporal exagerado y crisis psicológica. Pasan treinta minutos y algo se eleva. Los brazos y las piernas de vuelven rítmicos. Desaparece la fatiga y empiezas a tener una sensación de potencia. “Creo que voy a correr 25 millas”. (...) En algún momento de la segunda hora llega un tiempo como fantasmal. Los colores son hermosos y brillantes, el agua centellea, las nubes respiran, y mi cuerpo, nadando, se separa de la tierra. Un contento amoroso invade los sótanos de mi mente, los pensamientos borbotan sin dejar estela alguna. Estaba buscando un lugar para vivir y lo he encontrado.”

Entre las hipótesis que se barajan para explicar este fenómeno destacan las de corte psicobiológico, como la de liberación de endorfinas, que asocia los cambios en el estado de ánimo a la liberación por el cerebro y la hipófisis de una serie de hormonas que reducen la sensación de dolor y producen un efecto de euforia durante el ejercicio (Lillefors, 1978). Como hemos visto en el ejemplo anterior, la quinta marcha del corredor suele asociarse con momentos de máximo goce de la

realidad, o, en palabras de Maslow (1989:125) *experiencias cumbre*:

“Una experiencia cumbre es la toma de conciencia de que lo que debería ser *es*, de una forma que no requiere anhelos ni evoca tensión para que así sea. Dice a los hombres algo acerca de sí mismos y acerca del mundo que es la misma verdad, y que se convierte en el eje valor y principio ordenador para la jerarquía de significados. Es la fusión entre el sujeto y el objeto, que no implica pérdida de la subjetividad, sino que más bien parece su extensión infinita.”

Pero el placer y la actividad física no tienen porque asociarse necesariamente desde esa perspectiva. Que la práctica física sea gratificante porque proporciona experiencias cumbre no quiere decir que para que la práctica física sea gratificante deba proporcionar experiencias cumbre. ¿Puede, quiere o necesita todo el mundo llegar a esos estados de cuasi-transustanciación para gozar de la práctica física? La actividad física saludable no tiene porque ser ni el eje en torno al que gire la existencia ni el motivo de las experiencias personales más satisfactorias. Además, las prácticas a las que se alude al hablar de la quinta marcha del corredor entrañan riesgos diversos. La sensación de euforia que produce el ejercicio extremo es una de las explicaciones de la actitud obsesiva y la adicción al ejercicio de la que hablábamos en el capítulo anterior (Sachs y Pargman, 1984).

Cabe plantearse si desde un punto de vista del bienestar la gratificación debe asociarse a estados eufóricos o alterados. Quizá sea más adecuado referirse a estados positivos de ánimo que redunden a su vez en una percepción positiva de la salud, lo que en inglés se denomina *wellness* o *well-being* (Blasco, 1994). Para abordar el tema de la gratificación en la práctica física relacionada con la salud quizá haya que abandonar la idea de experiencia cumbre y, más comedidamente, plantearla desde lo que Ernts (1990:178) denomina experiencias *flow*:

“Una buena comida, una charla con amigos, un paseo por un lugar significativo, son ejemplos de experiencias “flow”, es decir que pasan en un suspiro dejando una sonrisa en tu boca, y que recuerdas con alegría, pensando cuándo será la próxima vez que ocurrirá.”

Desde esta perspectiva *flow*, que podríamos traducir como fluida, fácil, asequible, llevadera o placentera, la actividad física saludable no tiene que resultar ni una experiencia cuasi-mística ni, por supuesto, un castigo, una tortura o un tormento al que se debe someter al cuerpo para mejorar la salud, sino una práctica divertida, agradable y atractiva que cautive y atraiga. La persona es quien debe encontrar el tipo de actividad y la forma de realización que le proporcione ese disfrute. El abanico de posibilidades es tan amplio que no debería resultar difícil encontrar alternativas que se amoldasen a las necesidades, capacidades, posibilidades y expectativas de cada persona. Por otro lado, ¿por qué el estudio de las sensaciones gratificantes suele centrarse en las que nacen de actividades que implican gasto energético, e incluso *mucho* gasto energético? ¿Acaso no son saludables también las sensaciones somáticas asociadas a ciertas propuestas de in-actividad física, como la relajación, el masaje, los estiramientos, o las gimnasias suaves? ¿No será esto una forma indirecta de vincular las sensaciones saludables a las actividades que implican esfuerzo y sacrificio?

Muchas personas relacionan automáticamente la práctica física y la salud con actividades aburridas y repetitivas, como la carrera continua o la ejecución monótona de ejercicios de fuerza (Devís y Peiró, 1992a). Sin embargo existen innumerables formas de práctica que pueden servir como alternativa jugada a este tipo de propuestas. Entendemos por *jugar* una predisposición positiva al disfrute inherente a la acción motriz, lo que Gibbons y Bressan (1991) denominan *actitud lúdica*. Jugar implica involucrarse con alegría en actividades que a su vez provocan alegría. La importancia de la actitud lúdica es inversamente

proporcional al protagonismo del resultado de la acción (victoria sobre un contrario, dificultad de la ejecución, distancia, peso, tiempo o mejora de la condición física) y la recompensa obtenida por ello; jugar no tiene más premio que seguir jugando. Hablar de actitud lúdica no significa necesariamente hablar de juego. Cualquier práctica física puede llevarse a cabo con una actitud lúdica, es decir, prestando atención al placer y la alegría de su desarrollo. La propia carrera continua puede realizarse de forma jugada cuando el tiempo o la distancia pasan a un segundo plano frente al disfrute del entorno, de las propias sensaciones y de la interacción con otras personas.

Precisamente otro aspecto fundamental al tratar el tema de la gratificación es el papel socializador de la práctica física. Una de las motivaciones principales de hacer actividad física para muchas personas es "estar con otras personas" o "hacer amigos" (García Ferrando, 1990). La adhesión al ejercicio y la continuidad en la práctica correlaciona positivamente con el establecimiento de vínculos afectivos (Weinberg y Gould, 1996). A menudo la gente empieza un programa de ejercicio ante la perspectiva de un enriquecimiento en su vida social. Sin embargo, cuando se abandona el entorno escolar, las oportunidades para establecer contacto interpersonal a través de la práctica física se ven drásticamente reducidas. En la actualidad la oferta real de actividad física para la población adulta se limita, en la práctica, a la carrera continua (no siempre practicada de forma lúdica), la participación en las escasas actividades comunitarias o la oferta de centros privados (gimnasios). Estas actividades no siempre se adecuan a los intereses o gustos de las personas que las practican, con lo que a menudo llegan a convertirse en una especie de *obligación soportable* asociada al mantenimiento o la mejora de la salud, pero no en una auténtica fuente de placer.

2.5.3.2 Continuidad

Para que la actividad física sea saludable conviene que no se produzca de forma aislada y dispersa, sino que se integre en el estilo de vida.

Como vimos al hablar del referente deportivo de la condición física, la correcta planificación del entrenamiento resulta fundamental para la mejora de el rendimiento. Zintl (1991) define el entrenamiento deportivo como el proceso planificado que pretende un cambio (mejora, estabilización o reducción) de la capacidad de rendimiento deportivo. Este proceso implica una finalidad concreta, que viene marcada por la exigencia específica de la práctica deportiva y por los mecanismos de adaptación fisiológica al esfuerzo.

Sin embargo, la práctica física orientada a la salud guarda diferencias significativas con este modelo de planificación. La principal es que la naturaleza de la mejora de la condición física para la salud es general y moderada, frente a la del deporte, que es específica y máxima. Es decir, no se trata de mejorar algunas cualidades físicas al máximo en un periodo concreto, sino desarrollar algo las básicas durante toda la vida. Además, la relación entre la mejora de la condición física y la salud no puede establecerse de forma tan directa como en el caso del rendimiento deportivo, y mucho menos referirla a un periodo determinado de un calendario competitivo inexistente. Si entendemos la calidad de vida como un objetivo básico en la promoción de salud, la importancia de la mejora de la condición física, y por tanto de su planificación, se relativiza.

Por tanto, aceptando que la práctica continua y planificada de actividad física es un factor importante a tener en cuenta desde una orientación de salud, esta planificación no se puede definir por los mismos criterios que la deportiva, porque se trata de realidades distintas. En el caso de la educación formal Almond

(1992) propone que para desarrollar el fundamental papel de la escuela en la promoción de estilos de vida activos, los alumnos y alumnas deben aprender a establecerse metas personales y realistas, así como adecuar el tipo de práctica a sus posibilidades y preferencias. De este planteamiento se deduce que la preocupación por la continuidad debe ir más allá de los aspectos cuantitativos de aumento de la carga; debe alcanzar también a aspectos cualitativos relacionados con el proceso de práctica. Por ejemplo, para mantener el interés y proporcionar una estructura que fomente la implicación personal, la actividad física no debería reducirse a la sesión de Educación Física, planteándose propuestas que pudiesen llevarse a cabo fuera del horario lectivo, incluso fuera del ámbito escolar. También se deberían proponer estrategias que favorecieran el encuentro entre personas con gustos, capacidades y posibilidades similares que posibilitara una práctica grupal a partir de intereses mutuos. O distintos, siendo conscientes del conflicto y el respeto que la diversidad supone.

En el caso de las personas jóvenes, intentar motivarles a realizar actividad física sobre el argumento de que si la realizan con continuidad pueden prevenir potenciales enfermedades que no saben si van a desarrollar, además de un simplismo, parece como mínimo una torpeza pedagógica. Demasiado a menudo incurrimos en el error de pensar que las clases con un estilo activo provocan estilos de vida activos. También es importante garantizar las condiciones para que se puedan desarrollar y mantener estos estilos. Por ejemplo, por muy bien que una persona monte en bicicleta y sepa de los beneficios que su uso como medio habitual de transporte puede reportar para la salud, difícilmente se planteará su utilización en una ciudad si ello pone en riesgo su propia integridad física. La continuidad, por tanto, también depende de cuestiones que traspasan la voluntad individual, para adentrarse en el terreno de lo político y lo social (Colquhoun, 1992a).

2.5.3.3 Adecuación

La naturaleza, cantidad e intensidad de la actividad física debe ajustarse a las capacidades, intereses, conocimientos y posibilidades de los practicantes. Al hablar de salud, la naturaleza, intensidad y la duración de la actividad física debe adecuarse a las capacidades físicas de las personas y no al contrario. Devís y Peiró (1992a) en su modelo de planificación personal de la condición física y la salud proponen que el alumnado es el que debe establecerse metas personales a corto, medio y largo plazo. Este modelo de práctica implica una autoevaluación anterior (para fijar las metas) durante (para readaptarlas) y posterior (para conocer los resultados) a la ejecución del programa. Es decir, se favorece el autoconocimiento y se aprende a tomar decisiones sobre la propia práctica. Hay que tener en cuenta también que las posibilidades reales de práctica pasa en ocasiones por el conocimiento técnico de una cierta habilidad. Pero existen propuestas sencillas que no requieren un aprendizaje tan largo y costoso. Muchas personas que se deciden a practicar un deporte, desisten al cabo de un tiempo ante la ausencia o lentitud en la progresión de su práctica.

Al hablar de adecuación, no nos referimos tan sólo a la condición física o el conocimiento práctico, sino también a la relación de la práctica con el entorno. Muchas propuestas motrices asociadas con la salud requieren instalaciones o equipamientos caros, de difícil acceso o de uso muy específico y restringido. Aunque se pudiera demostrar que la equitación o el golf son excelentes para la salud, seguirían requiriendo de una serie de medios a los que mucha gente no tiene acceso. Lo mismo podríamos decir de otros factores que trascienden la planificación de la práctica, como el horario o el tipo de actividad. Acercar la práctica a las facilidades disponibles en el medio cercano y accesible, resulta una estrategia que fomenta la práctica regular de la actividad física. En este sentido, cabe

preguntarse si algo puede hacer más por la promoción de la actividad física y la salud que una zona verde en condiciones. O qué tipo de prácticas favorece la estructura física de las instalaciones de los centros educativos. En una idea global de salud, se deben tener en cuenta además el impacto medioambiental de la practica física y de las instalaciones y equipamientos donde se lleva a cabo. Sigue siendo muy poco frecuente el acondicionamiento del entorno cercano para la práctica de actividad física, mientras que proliferan espacios creados ex-profeso para la práctica física, los cuales en ocasiones provocan un deterioro significativo del medio ambiente.

Otra cuestión que se plantea habitualmente es el tipo de práctica más aconsejable para la salud. Seguramente quien haya llegado hasta aquí ya sabrá que no podemos ofrecer una respuesta única; la actividad más saludable dependerá de los gustos, posibilidades, capacidades e intereses del practicante. Lo que sí se pueden dar son unas orientaciones para que la persona reflexione acerca de cuales son los suyos, y qué prácticas se adecúan mejor con ellos. Por ejemplo, la American College of Sport Medicine (Pate et al., 1991) plantea una clasificación de actividades en relación con el grado de intensidad y de variabilidad intersubjetiva (ver tabla 2.8.).

Tabla 2.8.- Clasificación actividades según Intensidad y variabilidad intersubjetiva (Fuente: Pate et al., 1991).

	Tipo de actividades	Mantenimiento de la intensidad	Variabilidad intensidad entre personas
Grupo 1	pasear ir en bicicleta carrera suave, etc.	constante	poca
Grupo 2	nadar esquí de fondo, etc.	constante para experimentados	depende de la habilidad
Grupo 3	bailar baloncesto frontón, etc.	variable por naturaleza	Mucha Intensidad en función del desarrollo de la actividad

El grupo 1 corresponde a actividades con un nivel de esfuerzo constante, que implican ejecuciones cíclicas y repetitivas, y cuya realización exige un nivel de destreza técnica bajo o nulo. Son las ideales para personas con muy distintos niveles de condición física que quieran realizar la práctica juntas, teniendo en cuenta que aquellas con una mejor preparación física deberán amoldarse a las demás disminuyendo su ritmo, y no al contrario. Las de los Grupos 2 y 3, en las que resulta más difícil controlar la intensidad, pueden ser muy aconsejables para la salud, ya que el juego y el baile, por ejemplo, son actividades altamente motivantes. Sólo hay que tener en cuenta algunas adaptaciones de las actividades, de forma que se garantice la participación y se reduzcan los riesgos. Es importante destacar que estas orientaciones no tratan de determinar qué actividades son mejores o peores para la salud, sino qué aspectos diferencian las unas y las otras, de forma que cada persona pueda optar con conocimiento de causa sobre la práctica que más se adecúe a sus posibilidades, gustos, intereses y capacidades.

2.5.3.4. Autonomía

Muchas personas piensan que para hacer ejercicio físico es necesaria la supervisión de una persona experta o técnica en la materia, llámese médico/a, entrenador/a, monitor/a, o profesional de la Educación Física. Alegan que carecen de conocimientos suficientes para decidir acerca de su propia práctica, y rehusan materializar iniciativas personales, prefiriendo que otras personas decidan por ellos y ellas.

Al hablar de actividad física y salud, el papel prescriptivo del experto/a tendría sentido cuando la persona sufriera alguna enfermedad que exigiera supervisión médica, es decir, en el caso en que fuera indicada su práctica como terapia. Sin embargo, las personas que quieren incluir la práctica física en su estilo de

vida deben poder sentirse capaces de decidir sobre aspectos como la intensidad o duración de su propia práctica. En este sentido, pueden resultar útiles instrumentos que les permitieran conocerse mejor y tomar sus propias decisiones de forma autónoma. Por ejemplo, conociendo la *zona de actividad* cada persona puede controlar la intensidad de las actividades cardiorrespiratorias (Devís y Peiró, 1992a)²⁸.

Además de indicadores somáticos cuantificables como las pulsaciones o la frecuencia respiratoria, existen también otros *indicadores subjetivos* que se relacionan con la vivencia personal de la práctica de actividad física, y que nos dan información acerca de lo que, de forma genérica, se denomina *sensación*. Cada persona puede entender o experimentar la actividad física de forma diferente. También una misma persona, en distintas circunstancias, puede experimentar sensaciones diferentes ante la misma práctica. Dichos indicadores no son cuantificables ni normativos, pero eso no quiere decir que no deban tenerse en cuenta. Más bien al contrario, la naturaleza de las sensaciones asociadas al proceso la práctica son un factor decisivo para que la actividad física se incluya o no en el estilo de vida del individuo (Aarts et al., 1997).

Los indicadores subjetivos pueden ser muy diversos. Algunos tienen que ver con sensaciones somáticas individuales (fatiga, cansancio muscular, sensación de contracción muscular, de estiramiento o de relajación), con relaciones interpersonales (conocimiento de otras personas, diversión), con la naturaleza de la actividad (sensación de rutina, dificultad o esfuerzo que implica su ejecución, ritmo) o con las sensaciones producidas en relación con el medio (sensaciones provocadas en un entorno abierto, cerrado, por la música). Todas esas sensaciones son

²⁸ Se denomina actividades cardiorrespiratorias a aquellas de duración larga e intensidad moderada-baja y constante, que requieren principalmente de aporte energético por vía aeróbica. La zona de actividad estaría entre un 65% y un 80% del índice cardíaco máximo, que se obtiene restando a 220 la edad del sujeto.

percibidas de forma personal y valoradas subjetivamente. A menudo no nos apercibimos de ellas²⁹. La educación de las sensaciones pasa por dar la oportunidad de percibir las y valorarlas en función de su relación con la salud. Así, por ejemplo, hay que diferenciar entre la fatiga y el agotamiento, o entre la sensación de estiramiento y el dolor, y aclarar que las unas se vinculan con la salud mientras que las otras son señales de alarma. Incluso pueden buscarse analogías entre los indicadores subjetivos y objetivos. Por ejemplo, imaginemos dos personas que mientras corren juntas mantienen una conversación fluida. Para mantenerse dentro de la zona de actividad, la frecuencia respiratoria no puede ser demasiado elevada. Por tanto, el hecho de hablar indica que estarán realizando una actividad cardiorrespiratoria adecuada a su capacidad física. Comprobar si se ha hablado puede indicar de forma indirecta si se ha realizado una práctica aeróbica dentro de la Zona de Actividad. Lo mismo podemos decir de la percepción del entorno o de la sensación de que el tiempo pasa volando. Conocer las propias sensaciones y ser capaz de *leerlas* es probablemente la mejor forma de realizar actividad física de forma autónoma.

La capacidad de decidir sobre uno mismo implica aceptar las características personales y los propios límites e intereses como punto de partida. Desde un modelo orientado hacia la práctica no resulta más saludable obtener un resultado determinado, sino conocerse y adecuar la práctica a la propia realidad personal. La práctica debe redundar en la apreciación de las propias posibilidades de acción. Por lo que no tiene ningún sentido la valoración de los resultados personales en función de su comparación directa o indirecta con el de otras personas.

²⁹ Podemos recordar la metáfora del escalador con la que Sartre explicaba las diferentes formas de corporeidad (Ver punto 1.1.2.2.). Educar las sensaciones es una forma de profundizar en el conocimiento del cuerpo percibido por el ser.

Para desarrollar la autonomía los/las expertos/as deberían preocuparse por mediar entre el practicante y la práctica. De acuerdo con Delgado Fernández y Tercedor Sánchez (1998), para favorecer la creación de hábitos la labor del profesorado de Educación Física no debería quedar reducida al entorno escolar, sino que debería tener repercusión fuera de la escuela. Para ello se deben dar ciertas condiciones, como un conocimiento práctico básico así como el dominio de habilidades que capaciten a las personas a ser más activas (Almond, 1992). También es labor de la persona experta crear un clima motivacional adecuado, así como facilitar el logro a todas las personas, ya que esto les hará sentirse capaces y a hacer significativa su experiencia (Peiró, 1996). No es necesario valorar más aquellas actividades que impliquen una mayor dificultad objetiva, ni, por supuesto, discriminar a nadie por edad, sexo, nivel de condición física y/o dominio técnico. El/la experto/a no debería limitarse a proporcionar dosis de ejercicio, sino ayudar a que cada persona encuentre la actividad y el modo de realizarla, la cuál implique un grado óptimo de dificultad; ni tan fácil como para que se aburra ni tan difícil como para que se perciba incapaz.

2.5.3.5 Seguridad

Al hablar de seguridad no nos referimos únicamente a un determinado tipo de ejercicios sin riesgo de lesión. Para nosotros tiene que ver sobre todo con un conocimiento profundo de los fundamentos de las distintas prácticas y de sus posibles consecuencias, que permita a la persona calibrar con rigor la conveniencia o no de realizarlas. La seguridad no haría alusión solo al riesgo de lesión sino, en un sentido más amplio, a otros factores que trascienden la dimensión física de la salud.

Entre las recomendaciones para la realización correcta y efectiva de actividad física destacan las referidas a aspectos relacionados con la estructura de la sesión de práctica y la forma

de ejecución de los ejercicios (Devís, en prensa; McGeorge, 1992; Peiró, 1991). En relación con los primeros, la sesión de práctica debe plantearse con un aumento progresivo de la intensidad de forma que se permita una predisposición adecuada para el ejercicio (McGeorge, 1992). A esta primera parte de la sesión que permite el tránsito desde el estado de reposo o intensidad muy baja al de práctica más intensa, se le denomina *calentamiento*, y es especialmente importante cuando hay exigencia de intensidad alta. A nivel físico, un calentamiento adecuado debe permitir un aumento progresivo de las pulsaciones, el aumento de la temperatura corporal, la disminución de la viscosidad muscular y la capacidad contráctil (Zintl, 1991). Pero también debe servir para predisponer motivacionalmente, creando un clima favorable hacia la práctica. Por otra parte, al final de una práctica intensa, resulta fundamental una adecuada vuelta a la calma, en la que la práctica de ejercicios de estiramiento y relajación cobra especial importancia.

Si nos paramos a considerar aisladamente la idoneidad de los ejercicios observaremos que ha aumentado la preocupación respecto a la conveniencia o no de utilizar ciertos ejercicios que se han usado tradicionalmente, pero que pueden resultar contraindicados (McGeorge, 1992; Devís, en prensa). Lo serán si requieren que el cuerpo en general o partes del cuerpo se muevan de manera forzada, con el riesgo potencial de lesiones que esto conlleva. Su contraindicación puede deberse a la misma naturaleza del ejercicio, a una ejecución incorrecta o a su realización por personas con unas características físicas particulares.

Como principio básico para la seguridad y eficacia de los ejercicios puede aplicarse el que consigan el propósito para el que se realizan minimizando el riesgo de lesión (Peiró, 1991; McGeorge, 1992; Devís, en prensa). En el caso de los ejercicios de fuerza, la contracción de la musculatura agonista debería estar en consonancia con la estructura fisiológica del músculo. La

musculatura de la estática, cuya estructura fibrilar presenta un mayor porcentaje de tejido conectivo que el de la dinámica, posibilita una mayor eficacia en la contracción isométrica. Este es el caso de la musculatura profunda de la espalda (fenestrado, cuadrado lumbar, glúteo menor) y la de la pared abdominal (abdominal mayor, oblicuos) (Rasch y Burke, 1986). El desarrollo correcto de esta musculatura debería incluir principalmente contracciones isométricas, que prácticamente no se corresponden con un desplazamiento observable desde el exterior. En cuanto a los ejercicios de flexibilidad, el estiramiento debería localizarse en la elongación de la porción contráctil del músculo, y no tanto en su extremo tendinoso. Y mucho menos en las estructuras que garantizan la estabilidad articular, los ligamentos, cuya excesiva elongación pueden provocar inestabilidad articular (Anderson et al., 1995). Se ha comprobado además que algunos ejercicios que conllevan más riesgos que beneficios pueden sustituirse por otros alternativos igualmente efectivos (López Miñarro, 1998). Debemos recordar que la ausencia de dolor no es un criterio que excluya riesgos, ya que los daños pueden ser graduales y no manifestarse hasta después de algunos años. Los/las profesionales deberían saber los motivos por los que proponen sus prácticas y adoptar como un criterio de selección la reducción del riesgo.

Al hablar de seguridad se suele aludir a un tipo de práctica moderada y continua. El problema reside si hay que operativizar estas recomendaciones desde un punto objetivo o subjetivo. La intensidad se puede definir como la cantidad de esfuerzo que supone una actividad (Zintl, 1991). Si se entiende desde un punto de vista objetivo, se relacionará con el gasto energético necesario para soportar la carga. Pero si se enfoca la cuestión subjetivamente, se tendrá que tener en cuenta la cantidad de esfuerzo que le supone a cada persona, ya que el nivel de esfuerzo no siempre se corresponde con la intensidad objetiva. Así, aunque resulte más intenso objetivamente correr 1.000 metros en cuatro minutos que en cinco, para una persona

entrenada correrlos en cuatro puede suponer menos esfuerzo que para otra no entrenada correrlos en cinco. Por tanto desde un punto de vista subjetivo de la percepción de la intensidad resulta prácticamente imposible determinar en general cuanta práctica física es moderada.

De todas maneras, el verdadero reto probablemente resida en la relativización del valor de las actividades de alta intensidad para la salud. Resulta importante ser conscientes de que cualquier actividad física puede entrañar tanto beneficios como riesgos, y que ambos no se limitan a aspectos físicos. No resulta necesario descartar a priori ninguna alternativa, salvo aquellas que conscientemente se lleven a cabo a pesar del conocimiento de sus consecuencias negativas para la salud. Quizá deba ser la/el practicante quien, sobre la base de un conocimiento veraz y completo de las posibles consecuencias de la práctica, aprenda a relativizar los beneficios en función de los riesgos y opte por el tipo de actividad que más le convenga.

2.5.3.6 *Crítica*

La salud es un hecho social. Esta afirmación, que parece difícil de discutir, resulta casi invisible para muchas personas que se plantean qué es la práctica física saludable. Al hablar de las relaciones entre actividad física y salud también nos deberíamos ocupar de las cuestiones históricas, sociales, económicas, políticas y culturales que contribuyen a construir los significados de dichas relaciones. Concepción, perspectiva o visión crítica son denominaciones utilizadas en diferentes disciplinas cuando se quiere plantear una postura alternativa a una determinada ideología dominante o hegemónica. Vicens (1995:18) denomina *conciencia crítica* a una serie de corrientes sociales que basan sus acciones en un cambio de mentalidad, y que manifiestan una voluntad saludable de experiencia social no orientada en la dirección del lucro, el egoísmo o el dominio social.

Devís y Peiró (1992a) denominan *modelo sociocrítico* de Educación Física a aquel que se preocupa fundamentalmente por las desigualdades y la injusticia social existente en relación con al ejercicio físico y salud, y que incluye cuestiones relacionadas con el sexismo, el culto al cuerpo y los estilos de vida dentro de la cultura consumista (Barbero, 1996; Shilling, 1993; Varela y Alvarez-Uría, 1989; Toro, 1996).

Del panorama confuso de relaciones entre la actividad física y la salud nacen multitud de creencias de origen incierto, y casi siempre sin fundamento científico, las que a su vez generan mitos que arraigan en lo más profundo de la cultura popular (tabla 2.9). Estos mitos tienen una poderosa influencia sobre la elección del tipo de práctica y el modo de llevarla a cabo. No es de extrañar por tanto que en muchos casos sean aprovechados, o simplemente creados, para comercializar los más diversos productos.

Tabla 2.9.- Mitos en relación con la actividad física y la salud (Fuente: Stanford Alumni Association, 1987).

¿Por qué no hacemos ejercicio?	Si al final del día estás cansado físicamente, probablemente has realizado suficiente ejercicio. Debes ser un deportista para realizar ejercicio. El ejercicio es estresante y no conduce a la relajación. El ejercicio regular necesita muchas horas semanales. El ejercicio es un asunto arriesgado -Jim Fixx murió mientras corría. Si no sufres, no produces (Traducción de la expresión inglesa <i>No pain no gain</i>). Cuanto más ejercicio, mejor. Es mejor hacer ejercicio por la mañana. El ejercicio prolonga la vida. El ejercicio habitual ayuda al sistema inmunológico. El ejercicio reduce el colesterol. El ejercicio evita los infartos cardíacos. Las pulsaciones en reposo son un buen indicativo del nivel de salud. Es peligroso hacer ejercicio si estas demasiado gordo. Trabajo localizado: una persona puede reducir su grasa en partes concretas del cuerpo, con ejercicios tonificantes.
Ejercicio y peso	El ejercicio aumenta el apetito, y no es conveniente para perder peso. Mediante el ejercicio puedes perder la celulitis. Llevar ropas especiales (de plástico o lastradas) ayudan a perder peso. No es bueno aumentar el volumen muscular, porque se convertirá en grasa cuando deje de ejercitarse.

Ejercicio y mujer	Las mujeres no pueden estar tan en forma como los hombres. Las mujeres tienden a tener más lesiones que los hombres. Hacer pesas afea a las mujeres, debido a que las masculiniza.
Ejercicio y nutrición	La ingesta de carbohidratos garantiza una ventaja en competiciones de resistencia. Comer proteínas genera músculos. El ejercicio aumenta significativamente las necesidades de vitaminas y cereales. Es recomendable no tomar líquido durante el ejercicio.

De entre las ideologías que dominan las relaciones entre la actividad física y la salud en la actualidad cabe destacar la del *salutismo* (Colquhoun, 1989, 1990, 1992b; Tinning, 1990)³⁰. Nutbeam (1986) define el salutismo como el término que se utiliza para describir la creencia o el valor cultural de que la salud es más importante que todas las demás recompensas o satisfacciones, es decir, que disfrutar de la salud es el principal objetivo de la vida. Para Crawford (1980) el salutismo es la preocupación por la salud personal como un objetivo vital - normalmente *el* objetivo vital- y no un medio para alcanzar el bienestar. Colquhoun (1992b:391) añade que, al delegar en la conducta individual las soluciones a los problemas de salud pública, el salutismo contribuye indirectamente a legitimar las políticas neoliberales de salud:

“El salutismo funciona en la escuela y en la comunidad dando por hecho y haciendo parecer natural que los individuos son responsables de su propia salud, y por consiguiente contribuye a despolitizar la educación para la salud, de forma que perspectivas más globales son marginadas o ignoradas (...). Un segundo problema es el hecho de que asume que todos los individuos son libres para tomar sus decisiones y para cambiar sus comportamientos adoptando estilos de vida más saludables. Evidentemente para muchos esto resulta problemático (...). Y en tercer lugar, el salutismo tiene un efecto conservador del estatus quo de las desigualdades en materia de salud. Raramente se plantean cuestiones relacionadas con la política, economía, cultura y sociedad, aunque sabemos positivamente que se trata de importantes factores en la promoción de salud.”

³⁰ Utilizamos el neologismo salutismo como traducción del término inglés *healthism*.

El salutismo sirve también para delegar, veladamente, la responsabilidad de la promoción de la práctica física social en el individuo. Se da a entender que el cambio a un estilo de vida activo depende exclusivamente de una decisión individual, minusvalorando otros factores que trascienden el ámbito de la voluntad personal. La transmisión de información sobre los beneficios de la actividad física se considera entonces suficiente como para que cada persona, desde la consciencia de la responsabilidad que tiene hacia sí misma, adopte estilos de vida activos. Indirectamente también se da a entender que la enfermedad es el castigo de la falta de responsabilidad personal hacia el propio cuerpo. Esta idea de *culpabilización de la víctima*, además de a salud, también se aplica habitualmente a otros casos, como las violaciones, el acoso sexual o los malos tratos en el hogar (Ryan, 1971). En todos ellos se suele argumentar que la víctima ha hecho o ha dejado de hacer algo que le ha provocado su desgracia.

Otro último aspecto a tener en cuenta desde una visión crítica de la actividad física relacionada con la salud es la progresiva medicalización de la actividad física. Según Nutbeam (1986) la medicalización es una forma de tratar las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica. Esta forma de proceder ha hecho que, con frecuencia, amplios aspectos de la vida personal y social (por ejemplo las relaciones familiares, el desarrollo infantil o el comportamiento sexual) se hayan convertido en sujeto de la intervención y pericia médica. Se trata de un proceso de legitimación del control médico sobre determinadas áreas de la vida, normalmente valorando y estableciendo la primacía de la interpretación médica en dichas áreas (Freund y McGuire, 1991; Illich, 1975). Vicens (1995) afirma que en los países occidentales se está viviendo un auténtico proceso de medicalización de la vida. El monopolio médico extiende su acción a un número cada vez mayor de situaciones de la vida cotidiana. A ello contribuye

la ilusión de que las mejoras en la calidad de vida dependen sobre todo de los avances técnico-médicos. Varela y Alvarez-Uría (1989:63) señalan que con el desarrollo del Estado de Bienestar el estamento médico se ha atribuido la potestad de decidir sobre la administración de los cuerpos, la moralización de las almas y la gestión calculada de la vida³¹:

“Gracias en gran medida a la mediación de la medicina, se configura una biopolítica de la población, un biopoder que actúa sobre los cuerpos, la salud, la alimentación, la vivienda, las condiciones de vida, es decir, sobre toda la existencia.”

La actividad física es una de las prácticas sociales en las que mejor puede constatarse un proceso de medicalización. La opinión médica determina en la actualidad qué actividad física o qué características de la actividad física son saludables. En otras palabras, la medicina legitima la relación entre actividad física y salud. El resultado es que, a menudo, la práctica física es considerada como un *problema* de salud cuya solución depende fundamentalmente de la intervención médica. Los médicos/as y los profesionales que se amparan bajo el discurso biomédico aparecen entonces como las personas que pueden y deben autorizar, supervisar y, en último término, tomar decisiones acerca de los diversos aspectos de la actividad física relacionada con la salud, los cuáles, por otra parte, suelen quedar reducidos a variables cuantificables con repercusión en adaptaciones orgánicas (frecuencia, tipo de actividad, duración, intensidad). El individuo simplemente deberá someterse a ese dictado si quiere conservarse sano. Se establece así una dependencia del juicio

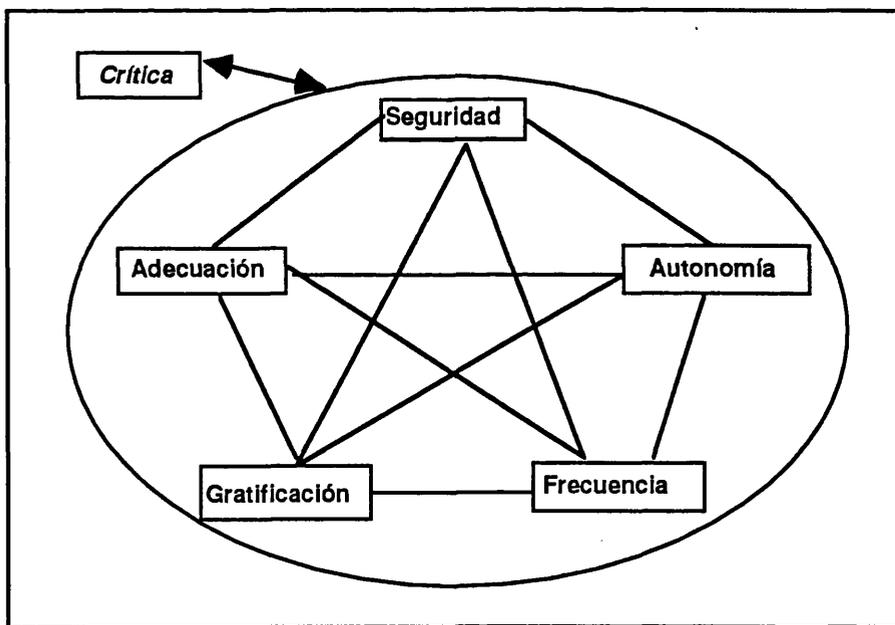
³¹ Según Illich (1975) hay muchas evidencias de que la medicalización está mucho más relacionada con los intereses profesionales de los médicos que con el interés por la salud de los pacientes. Y a su vez, los intereses de otros grupos también influyen en las ideas y las prácticas médicas. Por ejemplo, la industria del tabaco gasta enormes sumas de dinero en luchar contra cualquier opinión que no sea médica sobre el riesgo de fumar para la salud. La empresas que fabrican productos cuyo uso debe ser homologado también tienen considerables intereses puestos en los resultados de las investigaciones médicas sobre sus productos (Freund y McGuire, 1991).

experto rodeado, además, de la aparente aura de asepsia que envuelve al conocimiento científico sobre el cuerpo y la salud.

2.5.4 Relación entre los criterios

Los criterios que hemos presentado no deben leerse de forma aislada y puntual, sino global e inclusiva. La actividad física orientada hacia la práctica no implica concentrarse en algunos de estos criterios o compensar los unos con los otros, sino mantener un equilibrio entre todos. En otras palabras, la práctica física orientada a la salud no debe ser gratificante o continua o segura o autónoma o adecuada o crítica, sino gratificante y continua y segura y autónoma y crítica. Así lo hemos intentado expresar gráficamente en la figura 2.13.

Figura 2.13.- Interacción entre los criterios de actividad física orientada hacia la práctica.



La razón principal de enfatizar la vinculación entre estos criterios reside en que entre ellos se crean relaciones de interacción. Por ejemplo, la persona que disfrute con la actividad

física probablemente estará más motivada para llevarla a cabo con frecuencia, lo cual, entre otras cosas, provocará el mantenimiento o mejora de su condición física. Y para que la actividad física sea gratificante, lo mejor es que se adecue a los gustos y posibilidades de la persona, y que ésta posea conocimientos sobre sí misma y sobre la actividad que le hagan sentirse capaz de llevarla a cabo de forma autónoma. Del mismo modo, si la persona posee suficientes conocimientos podrá adecuar la práctica a sus propias capacidades, lo que sin duda la hará más segura. Sin olvidar que todos estos criterios y relaciones adquieren significados distintos en cada época y contexto socio-cultural, los cuáles a su vez contribuyen a configurar una conciencia hegemónica de lo que es la práctica física saludable.

De esta forma se establecen bucles que conducen de unos criterios a otros. Todos ellos dibujan una red de interacción sistémica, de forma que la modificación de aspectos relacionados con un criterio puede influir en los demás. En definitiva, este modelo viene a explicar lo siguiente: no existe un criterio central ni una relación lineal de causa-efecto entre ellos, aunque sí una interrelación mutua. Creemos que esta visión puede resultar útil tanto para explicar las relaciones entre actividad física y salud como para enmarcar el diseño y evaluación de propuestas concretas para promocionar la práctica física. Y en caso de no ser aceptados, estos criterios y su relación siempre pueden completarse o servir como punto de partida para la propuesta de otros alternativos.

CAPÍTULO 3

**ACTITUDES HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA
RELACIONADA CON LA SALUD**

La actitud es un concepto clave en la educación en general y en la Educación para la Salud en particular. Conocer cómo se forman y cambian las actitudes hacia las conductas que configuran los estilos de vida saludable, entre las que se encuentra la práctica física, resulta un aspecto de especial interés. Antes de encarar el estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud resulta importante entender qué son las actitudes, cómo pueden ser investigadas y, ya en concreto, cuáles son las concepciones de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud desde las principales teorías que contemplan su estudio.

Comenzaremos este capítulo tratando aspectos generales sobre las actitudes. Para ello, basándonos en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), intentaremos definir las actitudes, clarificar sus componentes, y estudiar cómo pueden ser medidas. Más adelante, al adentrarnos en el estudio de las actitudes hacia la actividad física y la salud, veremos que los estudios basados en la Teoría de la Acción Razonada tienen una importante limitación: la actitud es concebida como un constructo unidimensional, lo cual no permite distinguir entre actitudes referidas al proceso de práctica o a sus resultados. Entre los intentos de superar esta visión destacan las aportaciones de Chatzisarantis y Biddle (1996) y Bagozzi y Kimmel (1995). El primero relaciona la Teoría de la Acción Razonada con una teoría motivacional, la Teoría de la Autodeterminación. El segundo, desde la Teoría del Intento, plantea una conceptualización multidimensional de las actitudes, distinguiendo entre actitudes relacionadas con estados finales -actitudes hacia el éxito y el fracaso- y actitudes hacia el proceso. A partir de estas aportaciones propondremos dos formas de entender las actitudes hacia la actividad física y la salud: las actitudes hacia el proceso y las actitudes hacia el resultado. Finalmente, intentaremos justificar por qué consideramos que al hablar de cambio actitudinal resulta más adecuado desarrollar las primeras que las segundas.

3.1 Introducción al estudio de las actitudes

3.1.1 El concepto de actitud

El término *actitud* es utilizado en ámbitos muy diversos para referirse a fenómenos diferentes, por lo que goza de una gran amplitud semántica. Para acotar su significado partiremos del análisis de la definición clásica que proponen Fishbein y Ajzen (1975). Para estos autores la actitud es *una predisposición aprendida para responder de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado*.

En esta definición destaca, en primer lugar, que las actitudes son *aprendidas*. Es decir, las actitudes no son innatas, sino que se adquieren en el proceso de socialización y desarrollo del ser humano, pudiendo cambiar a lo largo de la vida³². En segundo lugar, las actitudes siempre implican una *predisposición para responder de un modo favorable o desfavorable hacia un determinado objeto social*. Por tanto las actitudes se dan hacia determinadas personas, objetos o situaciones, e implican un juicio valorativo sobre ellos. Downie, Fyfe y Tannahill (1990) plantean que pueden darse actitudes hacia todo, incluso hacia otra actitud, y que los objetos sociales hacia las que van dirigidas pueden ir desde lo más abstracto a lo más específico. En relación con la predisposición a actuar, las actitudes tienen tres propiedades: dirección, intensidad y fuerza. Se habla de *dirección*

³² La necesidad de buscar un término amplio para explicar cómo nos hacemos con las actitudes es el motivo por el que algunos autores plantean que quizá hablar de *adquisición* sea más adecuado que de *aprendizaje* cuando nos referimos a las actitudes (Downie, Fyfe y Tannahill 1990). En cualquier caso, lo que sí queda claro es que las actitudes no son innatas, sino que son adquiridas o aprendidas a lo largo de la vida.

para determinar si las actitudes son positivas, negativas o neutras. La *intensidad* se refiere a su alcance, es decir, al grado en que la actitud es positiva o negativa. Y por último la *fuerza* se considera como el grado de estabilidad o la resistencia al cambio de las actitudes. Según esta concepción, las actitudes se pueden ubicar en un *continuum* en cuyos extremos se encuentren las predisposiciones más negativas y más positivas a actuar, ocupando el centro las actitudes neutras o indefinidas.

La predisposición a actuar implica un juicio valorativo fruto de la combinación de aspectos afectivos y cognitivos. En la definición de Fishbein y Ajzen (1975) se contemplan precisamente los tres componentes de las actitudes: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Podemos considerar el componente cognitivo como la dimensión racional y consciente de las actitudes, mientras que la dimensión afectiva sería la parte irracional e inconsciente (Ribeaux y Poppleton, 1978). El *componente cognitivo* tiene que ver con las creencias individuales sobre el objeto de la actitud. Estas creencias pueden estar sesgadas o ser incompletas. Es decir, no tienen porque ser una representación verdadera o ajustarse a la realidad. Pero, en cualquier caso, representan la base sobre la que se realiza la evaluación intelectual del individuo acerca del objeto, sujeto o situación hacia la que se dirige la actitud. El *componente afectivo* está integrado por las sensaciones y emociones que inspira el objeto de la actitud, los cuáles influyen en cómo éste es percibido. La carga afectiva de la actitud no se deriva de una evaluación intelectual ni de los conocimientos del sujeto, sino que depende de los sentimientos agradables o desagradables que le provoca el objeto de la actitud. Además del cognitivo (las creencias) y el afectivo (los sentimientos), en las actitudes existe un *componente conductual*: todo tipo de respuesta o acción con que se manifiesta la actitud hacia un objeto, situación o persona en cuestión. Las disposiciones conductuales marcan un patrón de conducta, una tendencia más o menos estable a actuar (Tones, 1981).

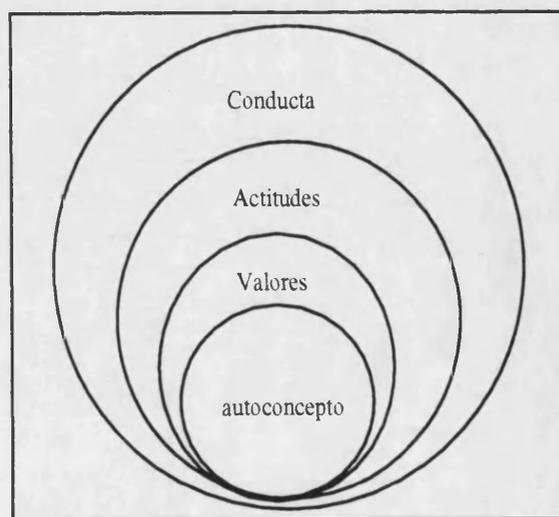
Estos tres componentes de las actitudes (cognitivo, afectivo y conductual) no se dan de forma aislada sino que interactúan afectando en conjunto a las valoraciones sobre el objeto de las actitudes. Por ejemplo, aunque un niño sepa positivamente que comer caramelos puede dañar los dientes, y que por tanto comerlos es malo para su salud, es posible que el placer que le suponga saborearlos le lleve a hacerlo. Puede incluso que esas sensaciones de placer le hagan cambiar su evaluación sobre los posibles efectos negativos, llevándole a pensar que comer caramelos, en realidad, no es tan malo para los dientes como se dice. Pero también puede ocurrir lo contrario: el conocimiento de los riesgos que supone el consumo de caramelos puede provocar en el niño la sensación de que los caramelos no saben tan bien, o que el placer que supone comerlos no compensa el dolor que puede causar en los dientes (Downie, Fyfe y Tannahill, 1990). Como vemos, determinar el tipo de relación que existe entre cognición, afecto y conducta entraña una enorme complejidad. A pesar de ello, algunas teorías explicativas de la conducta se basan en una relación causal, directa y lineal entre estos tres componentes³³.

De la definición de Fishbein y Ajzen (1975) también podemos extraer las características fundamentales que distinguen la actitud de otros conceptos similares o próximos. Como hemos explicado, las actitudes se diferencian claramente de los instintos porque aquellas son adquiridas mientras que estos son innatos (Downie, Fyfe y Tannahill 1990). Wheldall (1975) distingue también entre opinión y actitud: una opinión es una expresión pública de una actitud, pero la verdadera actitud sólo podrá saberse en situaciones de privacidad o confianza, es decir, en contextos que influyan en menor medida sobre la expresión de la predisposición a actuar. Las actitudes también se diferencian de las creencias porque éstas son asociaciones o

³³ Precisamente, en el punto siguiente veremos como desde la Teoría de la Acción Razonada se intenta superar esa visión simplista de dicha relación.

conexiones que las personas establecen entre un objeto y varios atributos, por lo que su dimensión esencial es cognitiva, mientras que la característica central de la actitud es evaluativo-afectiva (Eagly y Chaiken, 1993; Fishbein y Ajzen, 1975). Aunque Rokeach (1989) no diferencia entre creencia y actitud, atribuyendo a ambas componentes cognitivos y afectivos, sí hace una clara distinción con los valores, que son un tipo de creencias prescriptivas que ocupan un espacio central en la estructura de la personalidad (ver figura 3.1). Los valores se refieren a lo que uno/a debería o no debería hacer, o sobre la consecución o no de un modo de conducta o algún estado final de existencia que resulta deseable. Por tanto, se dice que en relación con la personalidad las actitudes actúan de la siguiente forma: nos ayudan a conocer y entender la realidad, presentando y organizando la información; nos permiten ajustarnos al entorno, maximizando las recompensas y evitando los castigos; nos ayudan a enfrentarnos a conflictos emocionales, protegiendo nuestro autoconcepto de amenazas internas y externas; y por último, las actitudes sirven para expresar nuestros valores, clarificándolos y reafirmandolos (Eagly y Chaiken, 1993; Rokeach, 1989)

Figura 3.1.- Representación del sistema de creencias de Rokeach (Fuente: Sweeting, 1990).



Por tanto, la importancia de la formación de las actitudes viene dada, por un lado, por su influencia en el desarrollo del autoconcepto y de los valores que le dan consistencia, y por otro porque las actitudes comprometen a todas las dimensiones de la personalidad, convirtiéndose en un mecanismo de filtrado entre nuestro autoconcepto y la realidad que nos rodea. La escuela es uno de los entornos más significativos en el proceso de adquisición de actitudes. Por una parte, resulta evidente que la enseñanza puede incidir en el componente cognitivo de las actitudes (Bolívar, 1995). Y, por otra parte, el entorno escolar proporciona la oportunidad de interacción tanto entre iguales, fundamental en el proceso de socialización, así como entre alumnado y profesorado (Sales Ciges, 1996). En ese sentido, las actitudes del profesorado pueden incidir en las del alumnado, bien a través de la selección y diseño curriculum, o bien mediante aprendizajes implícitos o encubiertos en forma de curriculum oculto (Kirk, 1990). Por tanto, la formación y cambio de actitudes en el profesorado puede contribuir directa o indirectamente en su desarrollo en la escuela.

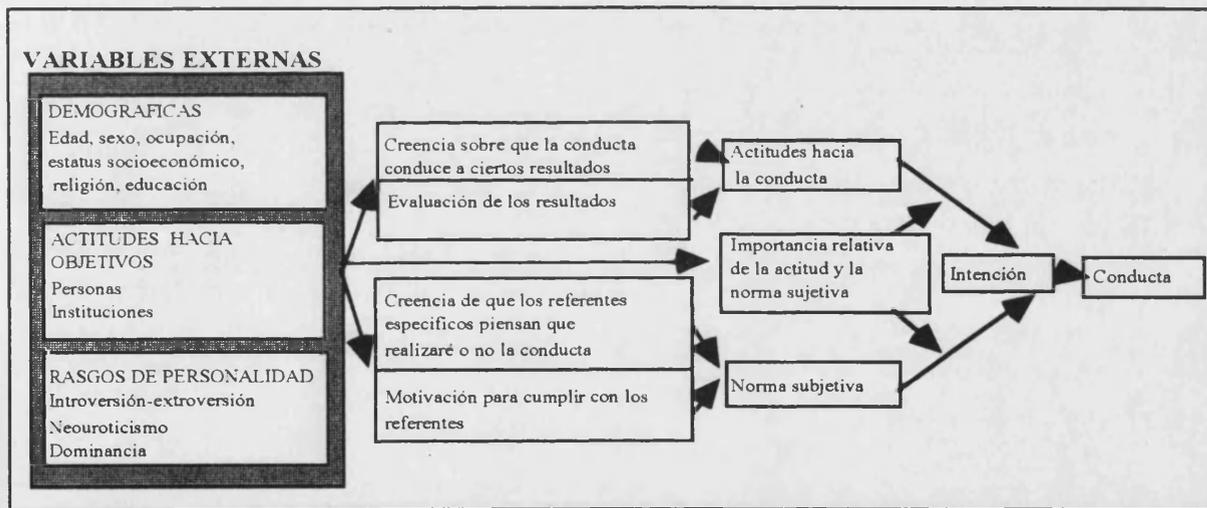
3.1.2 La actitud desde la Teoría de la Acción Razonada

Entre las teorías que tratan de explicar la relación entre actitud y conducta destaca la Teoría la Acción Razonada (T.R.A.) de Fishbein y Ajzen (1975). En ella se integran los aspectos cognitivos y afectivos de las actitudes en un modelo cuyo objetivo es explicar la intención, considerada como el componente predictivo más inmediato de la conducta.

En la figura 3.2 se representan gráficamente los diferentes componentes de la Teoría de la Acción Razonada y su relación. La T.R.A. se basa en la premisa de que la conducta de las

personas está determinada por la intención de llevar a cabo dicha conducta, intención que está influida a su vez por la *actitud* (evaluación positiva o negativa de los resultados de dicha conducta) y la *norma subjetiva* (presión social percibida por el sujeto para realizar o no la conducta). Actitudes y normas subjetivas se conforman a partir de las creencias que a su vez se constituyen a partir de lo que el modelo llama *variables externas*, es decir, de factores psicológicos y sociales: rasgos de personalidad, factores demográficos y socioculturales, variables todas ellas que influyen en la manera en que se selecciona y procesa la información de su entorno. Es, pues, un modelo que refleja la complejidad antropológica y contextual de los comportamientos humanos (Escámez, 1989).

Figura 3.2.- Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (Fuente: Escámez, 1989).



Las creencias son proposiciones que asocian un atributo a un objeto dado. El modelo de la Acción Razonada distingue dos tipos de creencias: las *creencias conductuales* son las ideas u opiniones que el sujeto mantiene sobre las consecuencias que tendrá para él o ella determinada conducta. Las *creencias normativas* son las percepciones del sujeto de las opiniones de otras personas que son referentes significativos sobre si debería o no realizar determinada conducta. Las creencias conductuales

dan lugar a la actitud hacia la conducta, como resultado de la evaluación cognitivo-afectiva que la persona hace de las consecuencias que cree que le reportará dicha conducta. Las creencias normativas determinan la norma subjetiva o creencia del sujeto acerca de si sus referentes significativos apoyarán o rechazarán la realización de la conducta, según la motivación que tenga la persona de cumplir las expectativas que tienen dichos referentes sobre ella (Eagly y Chaiken, 1993; Trafimov y Fishbein, 1994 y 1995).

La correlación entre las creencias y las actitudes se basa en un modelo de "expectativa-valor", según el cual las actitudes se constituyen en función de las creencias, entendidas como la suma de los valores que se esperan de los atributos asignados al objeto de la actitud. Es decir, las personas tienen actitudes positivas hacia aquellas cosas, personas, situaciones o conductas que creen que tiene atributos positivos y actitudes negativas hacia las que tienen atributos negativos (Eagly y Chaiken, 1993). Un ejemplo puede clarificar esta relación: una alumna puede tener la creencia conductual de que la actividad física es "cosa de chicos", ya que al hacerla aumenta la masa muscular, dando a las mujeres un aspecto masculino ("hacer actividad física da a las chicas un aspecto hombruno"). De lo cual, su evaluación hacia los resultados de la conducta es negativa y, por tanto, su actitud hacia la conducta será negativa ("no me gusta hacer actividad física porque tendré un aspecto hombruno"). Por otro lado, esa misma alumna cree que su profesor/a de Educación Física considera positivo que practique actividad física (creencia normativa: "mis profesores apoyan que haga actividad física") y, puesto que la opinión de su profesor/a es importante para ella, convierte su creencia en una norma que se siente obligada a cumplir (norma subjetiva: "mi profesor/a espera que yo haga actividad física").

Como vemos en este ejemplo, en ocasiones las creencias basadas en la evaluación de los resultados se contraponen a las

creencias sobre lo que los referentes significativos esperan que se haga. Es decir, actitud y norma subjetiva pueden actuar como dos fuerzas contrarias sobre la intención de realizar la conducta, por lo que es educativamente importante detectar cuál de ellas tiene más peso para predecir la dirección de la conducta ("estoy dispuesta a hacer actividad física"). En otros casos, actitud y norma subjetiva actúan en la misma dirección (positiva o negativa) como influencia sobre la intención, por ejemplo, si a un alumno le encantara hacer culturismo para mejorar su apariencia y sus profesores/as de Educación Física le pusieran más nota en el trabajo de fuerza, o si a una alumna se excediera en intensidad en la práctica aeróbica y fuera reprendida por ello por su profesor/a.

La intención o decisión de actuar de una determinada manera es el elemento que Fishbein y Ajzen introducen como mediador entre las actitudes, normas subjetivas y la conducta, y representa la motivación del esfuerzo consciente por llevar a cabo la conducta. El constructo *intención* representa los planes del individuo de llevar o no a cabo la conducta en cuestión (Fishbein y Ajzen, 1975). Que la intención se traduzca en conducta depende de las circunstancias en que se debe realizar la misma: qué tipo de acción, con qué objetivos, en qué contexto y qué lapso de tiempo se produce desde la expresión de la intención y la ejecución de la conducta. De este modo, la intención se convierte en el predictor inmediato de la conducta. Por ello el modelo se denomina Teoría de la Acción Razonada: porque estamos hablando siempre de conductas sobre las que los sujetos tienen un control volitivo.

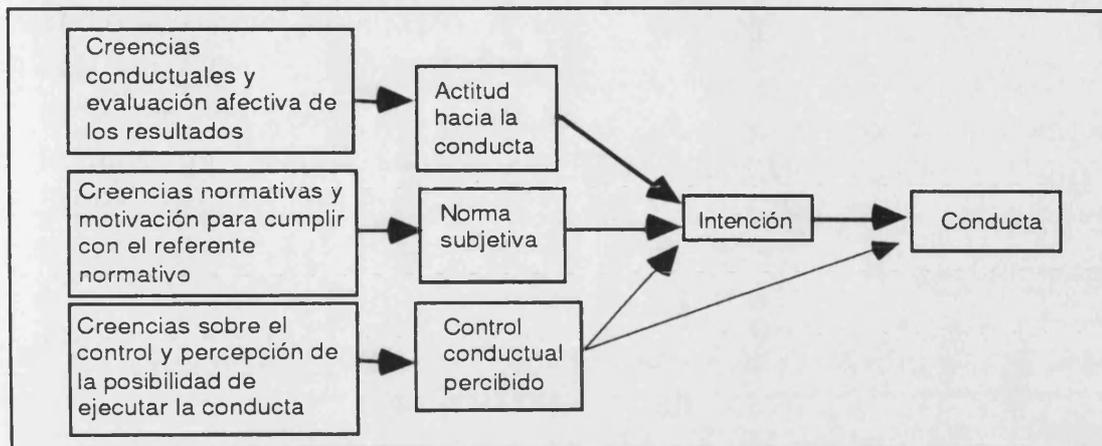
Debemos aclarar que el modelo de la T.R.A. no permite predecir una conducta específica a partir de una actitud concreta. Una conducta simple está en función de muchos más factores que la actitud únicamente, por lo que una conducta aislada no puede ser considerada como un indicador fiable de la actitud. Por esta razón los autores de este modelo insisten en que la

predictabilidad debe basarse en criterios de acción múltiple: se debe relacionar una actitud general con un índice conductual de esa actitud que sea fiable, o sea, construido por un conjunto de conductas relevantes para la actitud. Por ejemplo, la actitud general “actitud positiva hacia el proceso de actividad física gratificante”, es solo un débil predictor de una conducta específica relacionada con la frecuencia, por ejemplo “practicar actividad aeróbica tres veces por semana”. En cambio, sería un buen predictor de la tendencia a implicarse en conductas relevantes con el objeto de actitud lúdica, como por ejemplo “divertirse haciendo actividad física”.

Precisamente, la capacidad de las actitudes para predecir la intención de la conducta ha sido uno de los puntos más polémicos de la T.R.A. desde su primera formulación. Con todo, la relación entre actitud y conducta dentro del modelo ha sido ratificada por investigaciones empíricas sobre la predecibilidad de la conducta a partir de las actitudes, cuyo meta-análisis demostró que en muchos casos eran artefactos metodológicos de la propia investigación los que, en realidad, atenuaban esta relación (Kim y Hunter, 1993a, 1993b; Valois, Desharnai y Godin, 1988).

Desde el campo de la psicología, algunas de las más severas críticas a la T.R.A. se centraron precisamente en el hecho de que el modelo sólo afectaba a las conductas conscientes que estaban bajo un total control volitivo del sujeto. Ajzen (1985, 1991), probablemente influenciado por otras teorías en psicología social, como la de la autoeficacia de Bandura (1977), introdujo en su posterior *Teoría de la Conducta Planificada* (T.P.B.) un nuevo elemento para completar o matizar el papel de la intención en relación con la conducta (ver figura 3.3).

Figura 3.3. Teoría de la Conducta Planificada (Fuente: Ajzen, 1985).



El *control conductual percibido* representa la impresión que tiene el sujeto sobre lo fácil o lo difícil que es desarrollar la conducta. Este factor puede afectar al comportamiento indirectamente a través de las intenciones. Por ejemplo, resulta poco probable que las personas que consideran que no poseen ni capacidades ni oportunidades de hacer actividad física tengan la intención de practicarla, incluso si su actitud y su norma subjetiva son positivas. Pero también puede influir directamente sobre la conducta. Así cuantas menos capacidades u oportunidades de hacer práctica física tenga una persona, mayores trabas o dificultades anticipará, y menores posibilidad tendrá de materializar sus intenciones (Chatzisarantis y Biddle, 1996). De este modo la Teoría de la Conducta Planificada equipara el control percibido al control real sobre la conducta: la ejecución del comportamiento no solo depende de factores motivacionales (intención), sino de la capacidad real sobre el control del comportamiento. Ajzen (1991) sugiere que la Teoría de la Conducta Planificada es especialmente adecuada para el estudio de casos en los que el control sobre el comportamiento es débil o difícil de ejercer, como en los de adicción a drogas u otro tipo de comportamiento compulsivos. En cualquier caso, tanto la Teoría de la Acción Razonada como la Teoría de la Conducta Planificada coinciden en su definición de actitud y en el papel

funcional que le otorgan en relación con la conducta. Por otra parte, estudios comparativos sobre la eficacia de ambas teorías aplicadas al ámbito de la actividad física demuestran que las actitudes tienen un mayor efecto sobre la intención hacia la actividad física que la norma subjetiva y que el control conductual percibido (Chatzisarantis y Biddle, 1996; Fuchs, 1996; Hausenblas, Carron y Mack, 1997).

3.1.3 La medición de las actitudes

La medición de las actitudes resulta problemática por varios motivos. Una de las razones es que, como hemos visto, resulta difícil de definir y, por tanto, operativizar el término actitud. Esto obliga a formar desde la teoría una imagen inicial de la actitud que queremos medir. Antes de trasladar las ideas teóricas a la práctica, resulta necesario especificar sus dimensiones más relevantes para así concretar los indicadores que las representen. Además de haber sido contrastada empíricamente en numerosas ocasiones, una de las ventajas que ofrece la Teoría de la Acción Razonada es que describe operativamente todos sus elementos, incluida la actitud, lo cual posibilita tanto construir instrumentos de medida como derivar implicaciones y aplicaciones pedagógicas.

Cuando se elaboran o utilizan determinados instrumentos de medida debemos saber qué estamos midiendo concretamente. Puesto que las actitudes deben inferirse de las creencias, reacciones afectivas o conductas sociales, es fundamental encontrar variables adecuadas para medir las actitudes y asegurarse de que el instrumento está midiendo aquello que queremos medir y no otra variable o actitud distinta. De hecho la medida de las actitudes tiene que estar presidida por dos condiciones ineludibles en el proceso general para conseguir unidades de medida en ciencias sociales: la primera es que la medida sea *válida*, es decir, que sea capaz de hacer predicciones

relacionando las puntuaciones con algún criterio predictor establecido por el investigador. Para ello la medida debe garantizarnos que las respuestas están relacionadas con la actitud que tratamos de medir y no otra (validez de contenido), así como que el constructo "actitud" sea operativo y pueda ser medido (validez de constructo). La segunda condición de la medida debe ser la *fiabilidad* tanto en el tiempo (fiabilidad test-retest) como en la coherencia entre los ítems para que estos midan un constructo unitario (consistencia interna) (Lemon, 1973).

Hablando de validez y fiabilidad, no sólo es importante medir las actitudes, sino explicar el cambio de actitudes y su relación con la conducta. El prolongado debate sobre la capacidad predictora de las actitudes hacia la conducta nos alerta sobre la relación entre las creencias y las actitudes, puesto que la mayoría de los instrumentos de medida se crean a partir de afirmaciones con las que los sujetos deben mostrar acuerdo. Así manifiestan sus creencias conductuales, de las que se infieren sus actitudes y, de éstas, la intención hacia la conducta y la propia conducta predicha. Por consiguiente, a la hora de elegir o elaborar el instrumento de medida debemos tener claro el tipo de relación directa o indirecta entre actitud y conducta.

Los llamados métodos directos de medida son cuestionarios o escalas que preguntan directamente por las actitudes que pretenden medir. Tienen el inconveniente de que el sujeto, al reconocer abiertamente el objeto de su actitud, elija la respuesta en función de lo que cree socialmente deseable y no en función de su propia actitud (Kiesler et al., 1969). Para evitar el posible sesgo provocado por la deseabilidad social de ciertas actitudes frente a otras, se utilizan frecuentemente métodos indirectos para medir las actitudes. Estos métodos intentan inferir las actitudes hacia un objeto social dado a partir de preguntas sobre otros temas, lo que puede minimizar el efecto del factor de deseabilidad social, pero también puede incluir otros factores

extraños que distorsionen la medida al introducir atributos que no tienen que ver con las actitudes que se pretenden medir (Aboud, 1994; Triandis, 1971).

Desde la Teoría de la Acción Razonada los cuestionarios-escala son los instrumentos de medida con más tradición para contrastar empíricamente la medida de las actitudes. En particular la escala de tipo Likert es la más utilizada en los ámbitos de la psicología social y la educación. No queremos decir con esto que sea el único modo ni el mejor de medir actitudes, pero sí el que más se adecúa al modelo teórico de Fishbein y Ajzen del que partimos para operativizarlas.

Likert (1967) trató de desarrollar un modo simple y rápido para crear escalas que fuera igual de fiable y válido que el de intervalos iguales. Se asume que cada opinión usada en la escala es una función lineal en la misma dimensión actitudinal. Así, la puntuación final se obtiene de la suma de puntuaciones, por lo que los ítems deben estar altamente correlacionados con un atributo común y entre sí, aunque no se asume que haya intervalos iguales entre los valores de la escala. Por ejemplo, entre "muy en desacuerdo" y "en desacuerdo" puede haber mayor distancia que entre "de acuerdo" y "muy de acuerdo". Esto significa que la escala Likert provee información acerca del orden de las actitudes en el continuo, pero es incapaz de indicar lo cerca o lo lejos que pueden estar diferentes actitudes (Escámez, 1989).

Para construir la escala, Likert (1967) comienza recogiendo un conjunto de opiniones que son elegidas intuitivamente por su relevancia para el objeto de actitud. Aunque la mayoría de afirmaciones utilizadas son de creencias, también pueden usarse afirmaciones sobre conductas o reacciones afectivas hacia el objeto (Himmelfarb, 1993). Cada ítem es presentado en forma de elección múltiple en una escala de 5 puntos, aunque muchas investigaciones prefieren ampliarla a 7. El método es de rango o

puntuaciones sumadas, porque los puntos de cada ítem son sumados para obtener la puntuación total del sujeto en la escala de actitud.

Para seleccionar los ítems, Likert (1967) recomienda que:

- Las afirmaciones sean expresiones de conductas deseadas y no afirmaciones sobre hechos, pues personas con actitudes opuestas podrían estar de acuerdo con el mismo hecho, pero por distintos motivos que no podríamos discriminar.
- Los ítems deben ser claros, concisos, sin dobles negativas o frases con dos partes, para evitar cualquier tipo de ambigüedad.
- Seleccionar ítems que vayan de un extremo a otro del contínuum de la dimensión evaluativa de la actitud.
- Evitar el error o la tendencia a una respuesta estereotipada.
- Si se utilizan afirmaciones de elección múltiple, las diferentes alternativas deberían implicar sólo una variable actitudinal y no varias.

En el método Likert el *análisis del ítem* es fundamental, puesto que este tipo de escala no tiene mecanismos internos para conocer el nivel exacto de medida de las puntuaciones resultantes. El análisis de los ítems se realiza eliminando del conjunto inicial de ítems aquellos que son ambiguos y no discriminantes, mediante la búsqueda de un coeficiente de correlación entre los ítems. Altas correlaciones indican mejores ítems. Baja o nula correlación indica que debe descartarse el ítem, porque quizá está midiendo una actitud distinta al resto, el ítem es indiferenciador. Aunque el investigador tenga razones a priori para poner el ítem en la escala, si éste una vez probado en una muestra no mide lo que los demás, no hay justificación para

mantenerlo en la escala. De esta manera, la escala Likert final estará compuesta por aquellos ítems que mejor diferencien entre muestras de sujetos con la puntuación más alta y más baja.

3.2 El estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud

3.2.1 Actitudes hacia la actividad física y la salud desde la Teoría de la Acción Razonada

Desde su aparición, la Teoría de la Acción Razonada ha servido para enmarcar el estudio de las actitudes hacia la actividad física. En concreto se ha intentado explicar el papel que juegan las actitudes en relación con la intención de practicar actividad física y su capacidad de predecir la conducta. La T.R.A. ha sido utilizada principalmente para estudiar la participación deportiva (Martindale, Devlin y Vyse, 1990; Theodorakis, 1992b y 1993), la adhesión a programas de ejercicio y la adopción de estilos de vida activos por grupos poblacionales diversos (Dzwaltwski, 1989; Godin y Sephard, 1986; Moode y Finkenber, 1994; Theodorakis et al., 1991; Wankel, et al., 1994), las actitudes hacia la actividad física de jóvenes y adolescentes (Hagger, Cale y Almond, 1995; Olson y Zanna, 1982; Riddle, 1980) y sus diferencias por sexos (Biddle y Bailey, 1985; Theodorakis, 1992a).

El estudio de las actitudes hacia la actividad física desde la T.R.A. es deudor de un modelo descriptivo propuesto por Kenyon (1968a y 1968b), el cuál dio origen a un instrumento de medida: el *Attitudes Towards Physical Activity inventory* (A.T.P.A.). El A.T.P.A. distingue entre seis magnitudes actitudinales:

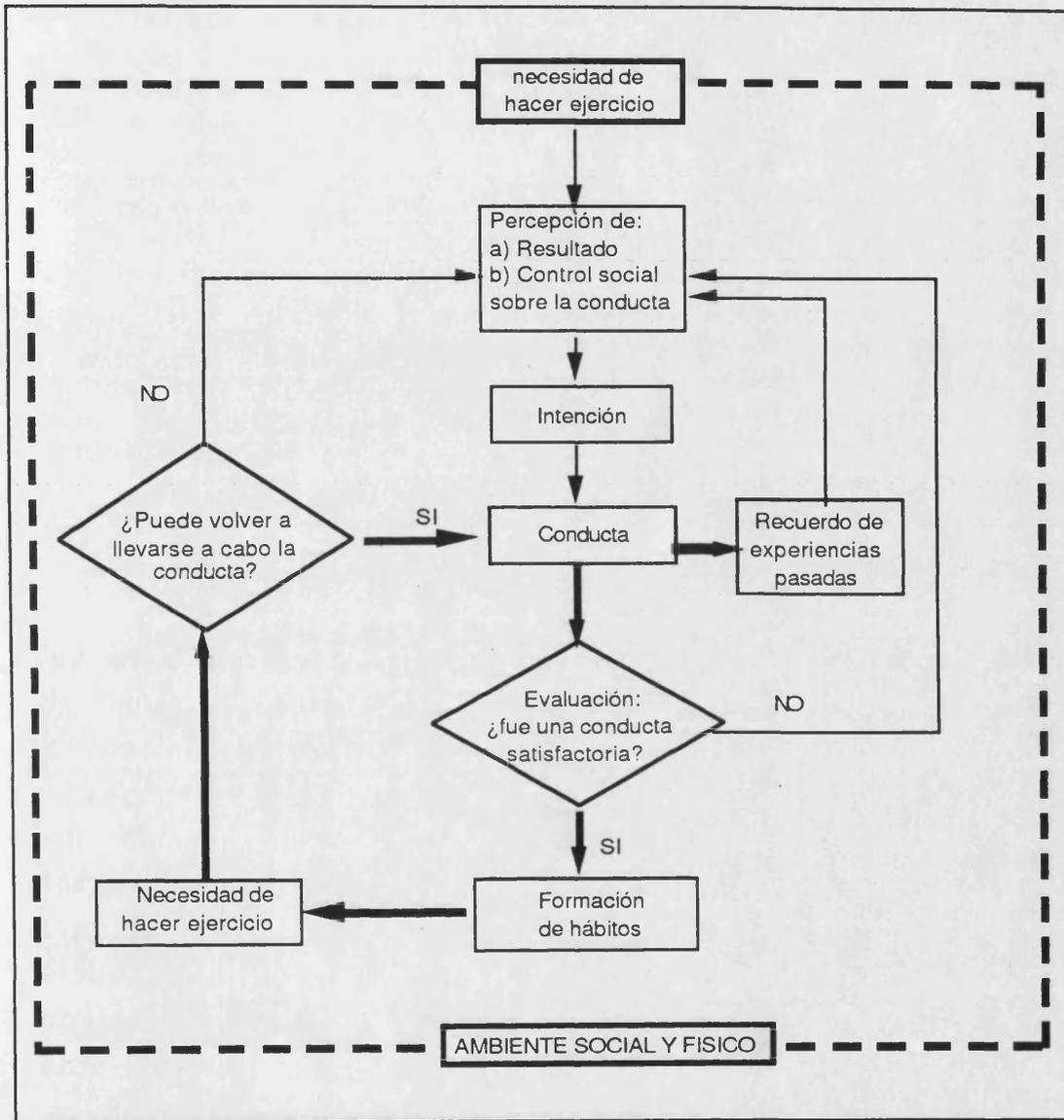
experiencia social, búsqueda de la emoción de riesgo, experiencia estética, catarsis y experiencia ascética (esfuerzo), y condición física y salud. Posteriormente fue adaptado por Simon y Smoll, (1976) para dar origen a un instrumento de medida adaptado para su utilización con niños, el *Children's Attitudes Towards Physical Activity inventory* (C.A.T.P.A.). Tanto el A.T.P.A. como el C.A.T.P.A. fueron mejorados y adaptados a diferentes contextos en sucesivas investigaciones, por lo que siguen siendo muy utilizados para el estudio de las actitudes hacia la actividad física (Hagger, Cale y Almond 1995; Martindale, Devlin y Vesey, 1990; Mathes y Battista, 1985; Shultz, Smoll, Care y Mosher, 1985; Shultz, Smoll y Wood, 1981). Es de destacar que estos instrumentos miden la salud y la mejora de la condición física como núcleos actitudinales unidos y diferenciados del resto (*health and fitness*), lo cuál, a nuestro parecer, tiene dos importantes implicaciones. Por una parte, a través de las actitudes se da a entender que existe un único tipo de relaciones entre actividad física y salud: la que se da a través de la mejora de la condición física. Por otra, esta concepción unidimensional tiende a diferenciar el componente salud de otros como la experiencia social, la búsqueda de la emoción o la experiencia estética. La profusa utilización del A.T.P.A. y el C.A.T.P.A. revela cómo, en general, el estudio de las actitudes, asume y refuerza el carácter utilitario de la actividad física en relación con la salud.

En un meta-análisis Smith y Biddle (1992) plantean que la principal aportación de los estudios basados en la T.R.A. es la constatación de la influencia relativa de las actitudes y la norma subjetiva sobre la intención hacia la actividad física. Sostienen que ha quedado suficientemente demostrado que las actitudes, aunque no predicen la conducta, influyen en la intención de practicar actividad física. De acuerdo con la T.R.A., la intención se considera como una condición necesaria aunque no suficiente para predecir la práctica de actividad física. Por consiguiente, se considera que las actitudes positivas hacia la actividad física implican una mayor probabilidad de que las personas lleven a

cabo la práctica. En cuanto a la utilidad relativa de la T.R.A. y la T.P.B., Hausenblas, Carron y Mack (1997) sostienen que, aunque la T.P.B. tiene mayor poder predictivo, en cuanto al estudio de las actitudes hacia la actividad física ambas teorías tienen una capacidad explicativa similar. Plantean además que de los tres componentes de la T.P.B. (actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido), la actitud es la variable que más peso tiene en la explicación de la intención de la conducta.

Entre las críticas al estudio de las actitudes hacia la actividad física desde la T.R.A., algunos autores coinciden en la escasa atención que se suele prestar a la influencia de las experiencias previas en la consolidación de estilos de vida activos (Aarts et al., 1997; Bagozzi y Kimmel, 1995; Smith y Biddle, 1992). Wankel (1997) plantea que en el estudio de los estilos de vida activos, la práctica física no debería ser considerada exclusivamente como una conducta que deba ser razonada, sino también como un hábito que implique un mínimo esfuerzo cognitivo. Para superar esta cuestión, Aarts et al. (1997) plantean un modelo teórico que intenta conjugar la relación entre la intención razonada y la formación de hábitos de práctica (Ver figura 3.4). En la parte superior de la figura, inspirada en la T.R.A., se plantea la relación entre los elementos que intervienen en determinar la intención hacia la práctica. En la parte inferior, con flechas en negrita, se plantean los factores que contribuyen a que esta práctica intencional se convierta o no en un hábito, los cuáles tienen que ver con el recuerdo de experiencias pasadas y la satisfacción que produce la conducta.

Figura 3.4.- Modelo de ejercicio físico y formación de hábitos (Fuente, Aarts et al. 1997).



Según estos autores la iniciación hacia el ejercicio depende en gran medida de una decisión deliberada, en la que intervienen las actitudes y la norma social. Sin embargo, conforme la práctica se repite, el proceso decisional cambia hacia formas más automáticas, por lo que cuando un hábito está formado ya no necesita estar guiado por consideraciones razonadas. Para que la práctica física se convierta en un hábito

plantean que se deben dar las siguientes circunstancias (Aarts et al, 1997: 370)³⁴:

- 1.- Poseer suficiente y adecuada información sobre el tipo de actividad física que tiene relación con la salud.
- 2.- Acentuar las ventajas a corto plazo para aumentar la probabilidad de experiencias que produzcan satisfacción inmediata.
- 3.- Recomendar a las personas que elijan el tipo de actividad física que se vean dispuestos a realizar y hacer hincapié en objetivos que resulten atractivos y que se puedan alcanzar a corto plazo, más que en los que resulten distantes.
- 4.- Proporcionar recursos y oportunidades para que sea posible llevar a cabo la práctica que quieran en el tiempo y lugar que deseen.

Tal y como hemos apuntado más arriba, más allá de su capacidad predictiva o explicativa, en relación con la salud el estudio de las actitudes hacia la actividad física basado en la T.R.A. tiene una importante limitación. Las actitudes son tratadas como un factor mediador entre el sujeto y la intención de práctica desde una perspectiva unidimensional. Sin embargo, tal y como sugiere Wankel (1997), a pesar de la importante aportación e influencia de la T.R.A., el tema de las actitudes hacia la actividad física y la salud no está en absoluto cerrado conceptualmente, sino que debería abordarse desde una definición más amplia de sus componentes comportamentales, cognitivos y afectivos. Aunque el estilo de vida activo implica realizar actividad física de forma regular, el tipo, intensidad, duración y contexto de la actividad pueden ser muy distintos entre los individuos, o en un mismo individuo pueden cambiar a

³⁴ Para entender la cuestión de si la actividad física debe o no ser considerada como un hábito, quizá sea interesante la distinción que plantea Escámez (1984) entre los hábitos y las rutinas, o la adquisición de hábitos con los procesos de habituación. Los hábitos no tienen porqué ser entendidos como conductas mecánicas, en los que las personas -al igual que los animales- responden simplemente y de forma automática a estímulos determinados, sino que pueden nacer de procesos cognitivos y de decisiones razonadas. El autor plantea que los hábitos, para ser considerados tareas perfectivas, deben nacer de decisiones razonadas y éticamente fundamentadas.

lo largo del tiempo. Esto obliga a estudiar con mayor profundidad las creencias acerca de qué se considera ser activo y cómo puede integrarse la práctica física como un componente más de la propia vida. Y desde un punto de vista afectivo, deberían conocerse las valoraciones afectivas y sensaciones que se asocian a ser activo.

En los estudios basados en la T.R.A. este tipo de reflexiones no son frecuentes, sino que más bien predomina, de forma implícita, una visión exclusivamente terapéutico-preventiva de la actividad física y la salud; podríamos decir que las actitudes son contempladas como un instrumento para la promoción del gasto energético. En cambio, la dimensión subjetiva y experiencial de la salud queda muy marginada. Parece darse por hecho que ser activo es igual a ser sano (y viceversa), y que dicha ecuación está exenta de cualquier otro tipo de valoraciones. Resultan comparativamente mucho más escasos y recientes los trabajos que se refieren a las actitudes hacia la actividad física y su relación con posibles consecuencias negativas de la actividad física para la salud, como la adicción al ejercicio o las distorsiones de la imagen corporal (Cash, 1994; Davis, 1990; Huddy y Cash, 1997; Rodin, 1992; Thompson y Pasmal, 1991; Yates, 1991). Por tanto, para superar esa visión unidimensional se hace necesario combinar las aportaciones de la T.R.A. con las de otras teorías que ayuden a completar la comprensión de las actitudes hacia la actividad física y la salud.

3.2.2 Hacia una concepción multidimensional de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud

Entre los intentos de superar esta visión de las actitudes hacia la actividad física destacan las aportaciones hechas por Chatzisarantis y Biddle (1996) en torno a la relación entre la T.R.A. y la T.P.B. con la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), y las de Bagozzi y Kimmel (1995) con su concepción multidimensional de las actitudes propuesta desde la Teoría del Intento. Nos detendremos en analizar sus aportaciones al estudio de las actitudes hacia la actividad física para, posteriormente, plantear una distinción entre dos tipos de actitudes hacia la actividad física y la salud: las centradas en el resultado y las orientadas al proceso.

3.2.2.1 *Actitudes y regulación comportamental*

Chatzisarantis y Biddle (1996) plantean un estudio de la estabilidad de las intenciones hacia la actividad física en el tiempo de ocio, entendiendo que la intención está sujeta a motivaciones intrínsecas y extrínsecas. Para estudiar las relaciones entre intención y motivación hacia la práctica física parten de la combinación de los modelos de la T.R.A. (Fishbein y Ajzen, 1975), la T.P.B. (Ajzen, 1985 y 1991) y de la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985; Ryan, 1993).

De acuerdo con la Teoría de la Autodeterminación existen dos tipos de motivación en los procesos que implican comportamientos intencionales. Por un lado, la *motivación extrínseca* está vinculada a recompensas externas, y se refiere a comportamientos que están asociados con presión, tensión y disminución del disfrute. Los comportamientos extrínsecamente motivados -o intencionalmente controlados- se realizan para

alcanzar algún tipo de resultado extrínseco, como una recompensa o el elogio de los demás. Por otra parte, la *motivación intrínseca* se refiere a comportamientos vinculados al interés por experimentar la actividad en sí misma, y están asociados con una experiencia afectiva positiva y ausencia de presión. Los comportamientos intrínsecamente motivados -o intencionalmente autónomos- se realizan por disfrutar de los aspectos interesantes de la actividad en sí misma.

Los hechos que contribuyen a desarrollar motivaciones intrínsecas o extrínsecas pueden tener naturaleza situacional o interpersonal, pero el impacto de un hecho sobre la motivación no está determinado por sus características objetivas, sino por su significado psicológico. Deci y Ryan (1985) denominan al significado psicológico de un hecho la *significación funcional* del mismo. Plantean que cualquier hecho puede tener tres tipos de significación funcional. La significación funcional *informativa* (informational functional significance) facilita el comportamiento intencional autónomo y mantiene o refuerza el disfrute. La significación de *control* (controlling functional significance) provoca presión y tensión, menoscaba el disfrute y facilita el dominio sobre comportamientos. Finalmente los hechos son *desmotivantes* (amotivated functioning) cuando sacan a relucir la propia incompetencia, propiciando un tipo de comportamiento no intencional.

Ryan (1993) plantea que la regulación funcional de los significados psicológicos se relaciona con la motivación mediante la denominada *regulación comportamental*. Las regulaciones comportamentales son descripciones de los procesos motivacionales que difieren en el grado en que son experimentados como autónomos o controlados. Plantea que cuando la regulación comportamental es de control, la acción está dirigida por los hechos que tiene significación funcional de control. En estos casos, los procesos motivacionales no se experimentan como algo gratificante, sino como algo ajeno al ser

y, por tanto, opresivo. En contraste, cuando la regulación comportamental es autónoma, la acción esta dirigida por los hechos informativos, y el sujeto disfruta de los procesos motivacionales.

Deci y Ryan (1985) plantean que existen cuatro grados de regulación comportamental: (1) *Regulación Externa*: se refiere a un comportamiento totalmente regulado por la expectativa de obtener una recompensa o alabanza por parte de los demás. En el caso de la actividad física, sería alguien que hace actividad física solo para ganar o recibir el aplauso de su entrenador/a o profesor/a. (2) *Regulación Introyectiva*: también representa una categoría de control, pero en este caso el comportamiento está dirigido por estructuras internas que son experimentadas como coactivas, como el miedo al castigo o el evitar sentimientos de vergüenza o culpa. Podría ponerse como ejemplo a un persona que busca hacer ejercicio porque se siente culpable por haber comido en exceso. (3) *Regulación Identificativa*: aunque este tipo de comportamiento también pertenece a la categoría de control, la identificación no es experimentada por el individuo como una forma de control comportamental como en el caso de la regulación externa y la introyectiva. En este caso el comportamiento está dirigido por metas y/o resultados que resultan importantes y significativos para el individuo y, en este sentido, se considera que los comportamientos tienen una regulación funcional informacional. Con todo, no existe una total ausencia de la sensación de control, ya que el comportamiento choca con otras responsabilidades y roles que el individuo debe llevar a cabo en su vida. Como ejemplo podría servir el de una persona que se somete a un estricto programa de entrenamiento con un objetivo concreto, como participar en un carrera popular, pero por cuya consecución no va a recibir premio o recompensa alguna salvo su satisfacción personal, por lo que experimenta el proceso de preparación más como un reto personal que como una presión externa. (4) *Motivación intrínseca*: se refiere a un comportamiento dirigido por sentimientos espontáneos que son

experimentados durante la realización de la actividad. En este caso no existe ningún tipo de conflicto ni de sensación de presión. Los resultados de este tipo de acciones se denominan experienciales o intrínsecos y se relacionan con sensaciones de alegría, diversión y emoción. Se trataría del caso de una persona que hace actividad física no tanto preocupada por factores de control, como el consumo calórico, el tiempo, la distancia, o las repeticiones sino por disfrutar del placer de realizarla.

El punto clave que queremos destacar es el siguiente: Chatzisarantis y Biddle (1996:308) plantean que posiblemente existe relación entre la regulación comportamental y las actitudes hacia la actividad física y la salud, en el sentido de que un excesivo hincapié en los riesgos del sedentarismo pueden jugar un papel de regulación comportamental externa:

“Quizá una excesiva preocupación de los profesionales de la salud pública en cambiar el comportamiento individual hacia estilos de vida saludables puede convertirse en una estructura ambiental que promueva un tipo de regulación comportamental hacia el control. Si esto es cierto, entonces las regulaciones comportamentales que incluyan la preocupación por los resultados saludables de la práctica física pueden convertirse en formas de control comportamental externo (...). Hacer ejercicio por prescripción médica o por una preocupación por el estado de salud pueden representar regulaciones comportamentales basadas en el control en el sentido de que implican una relación negativa con formas intrínsecas de control comportamental.”

Por otro lado, de su estudio se deduce que la culpabilización por la apariencia corporal puede constituir también una poderosa forma de control a través de una regulación comportamental introyectiva (Chatzisarantis y Biddle, 1996:320):

“Un factor que no ha sido valorado en el presente estudio, pero que puede ser merecedor de ser investigado en el futuro, es la preocupación por la apariencia corporal, la cuál puede tener una mayor

influencia en el control comportamental que la preocupación por la salud.”

Sin embargo, a pesar de este importante matiz en relación con la regulación comportamental, en su estudio Chatzisarantis y Biddle (1996) comprueban que las actitudes, concebidas de acuerdo a la T.R.A. y la T.P.B., se relacionan con la intención independientemente del tipo de regulación comportamental. Es decir, las actitudes hacia la actividad física afectan por igual a los comportamientos con regulación de control o autónoma. Este hecho, a su juicio, se deriva de que ni la T.R.A. ni la T.P.B. distinguen entre actitudes hacia la actividad física adquiridas sobre la base de experiencias asociadas a resultados intrínsecos o extrínsecos (Chatzisarantis y Biddle, 1996:318):

“Desde las T.R.A. y la T.P.B. las actitudes son valoraciones globales y unidimensionales. Sin embargo, el grado en que los individuos obtienen satisfacción y por tanto evalúan como útil y gratificante el comportamiento en función de resultados intrínsecos o extrínsecos, resulta importante para entender la intención y la formación de actitudes desde los procesos motivaciones autónomos o centrados en el control.”

En definitiva, las aportaciones de Chatzisarantis y Biddle (1996) inducen a pensar que la explicación de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud solo está parcialmente elaborada. El estudio de su significado funcional desde T.R.A. y la T.P.B. y Teoría de la Autodeterminación sugiere que no existe una diferenciación suficientemente clara entre las actitudes hacia la actividad física que impliquen comportamientos intencionalmente controlados (los regulados por las prescripciones de expertos y el culto al cuerpo) de las que impliquen comportamientos intencionalmente autónomos (los que tienen que ver con el disfrutar de la actividad). Por ello plantean que para el estudio de la práctica física sería

conveniente modificar aquellos componentes de la T.R.A. y la T.P.B. que, como las actitudes, no tienen en cuenta la distinción entre control comportamental autónomo o de control. Sugieren que dicha modificación se puede obtener integrando la T.R.A. y T.P.B. y otras teorías sobre las actitudes que tengan en cuenta esa distinción.

3.2.2.2 Actitudes desde la Teoría del Intento (Trying Theory)

Partiendo de la T.R.A. y la T.P.B., Bagozzi y Warshaw (1990) desarrollaron la Teoría del Intento (Theory of Trying) con el fin de explicar los esfuerzos para llevar a cabo un comportamiento o alcanzar un objetivo. Argumentaban que las actitudes hacia el objeto eran diferentes según las personas entendieran que alcanzar el resultado era más o menos problemático. Por tanto, en muchos casos las personas se involucran en el proceso intencional de toma de decisiones de manera distinta según consideren la posibilidad de que pueden alcanzar el objetivo comportamental.

En lo referente a las actitudes, la Teoría del Intento (T.T.) plantea dos diferencias fundamentales con las T.R.A./T.P.B. La primera tiene que ver precisamente con su concepción. Como hemos visto, desde la T.R.A. y la T.P.B. la actitud es concebida como un componente singular en un proceso intencional hacia la conducta. Sin embargo, según Bagozzi y Warshaw (1990) cuando alguien intenta conseguir un objetivo difícil o algo que considera problemático lograr, tres preocupaciones resultan significativas: intentarlo y tener éxito, intentarlo y fracasar, y preocuparse por el proceso de conseguirlo. Éxito y fracaso son claramente valoraciones referidas a resultados (end-states), mientras que el proceso se refiere a las consecuencias que se producen mientras se intenta alcanzar el resultado deseado. En un estudio sobre la práctica de dietas, Bagozzi y Warshaw (1990) demostraron que

las personas tenían distintas actitudes hacia el éxito, el fracaso y el proceso de intentar perder peso. Así mismo planteaban que cada uno de esos componentes puede tener una diferente relación con las intenciones, por lo que sugieren estudiar sus efectos de forma independiente. Posteriormente, Bagozzi y Kimmel (1995) realizaron un estudio comparativo utilizando la T.R.A., la T.P.B. y la T.T. para explicar la práctica de ejercicio, concluyendo que esta última demostraba tener una mayor capacidad explicativa y descriptiva de las actitudes hacia la actividad física. En definitiva, la T.T. sugiere que las actitudes deben ser consideradas en función del tipo de consecuencias de la conducta, pero también en relación con el proceso que se sigue para alcanzarla. Y que esta diferenciación es pertinente en el caso del estudio de las actitudes hacia la actividad física.

En ese sentido, Chatzisarantis y Biddle (1996) sugieren que existe una posible relación entre las actitudes hacia el éxito, el fracaso y el proceso y la regulación comportamental. Las actitudes hacia el fracaso y el éxito tienen que ver con valoraciones afectivo-cognitivas sobre las consecuencias de un proceso, lo cual, de acuerdo con la Teoría de la Autodeterminación, las hacen susceptibles de tener una significación funcional de control y, en consecuencia, pueden ocasionar también regulación comportamental de control. En cambio, las actitudes hacia el proceso, al no remitir sus valoraciones a las consecuencias finales sino a la actividad en sí, pueden tener una mayor significación funcional informacional, lo que hace más probable una regulación comportamental de tipo autónoma.

Una última consecuencia sobre las relaciones entre actitudes y motivación puede extraerse de la combinación entre la Teoría de la Autorregulación (Deci y Ryan, 1990) y la Teoría del Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990; Bagozzi y Kimmel, 1995). Las actitudes hacia el éxito y el fracaso representan valoraciones que nacen del deseo o la expectativa de alcanzar resultados

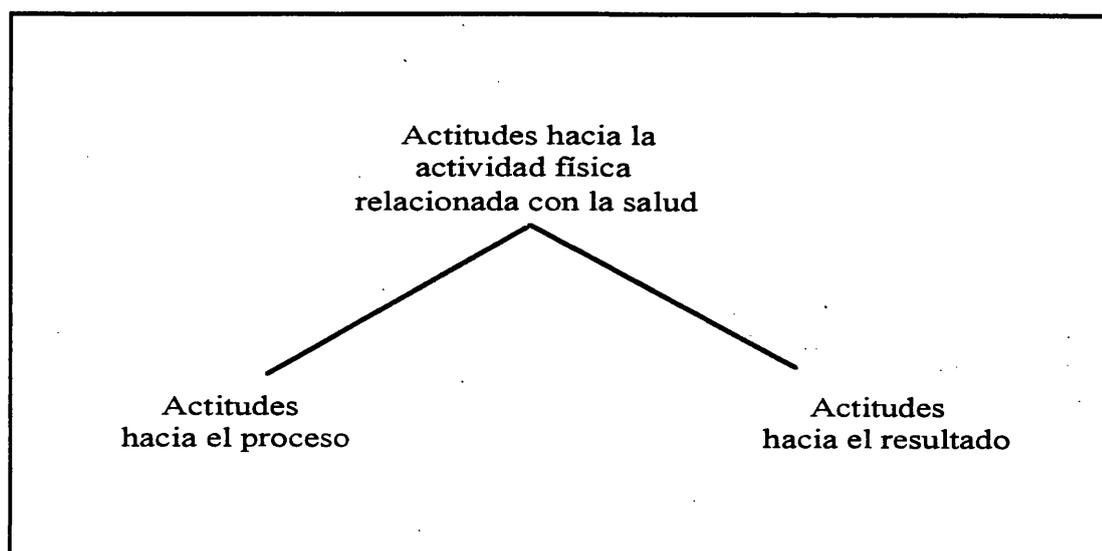
extrínsecos, lo cuál, tal y como explica Ryan (1993), implica siempre en mayor o menor medida una regulación comportamental de control. Si con la consecución de dichos resultados no se plantean otros nuevos, las actitudes pierden su valor motivacional, la fuerza de la intención disminuye y las personas pueden abandonar la práctica. En cambio, las actitudes hacia el proceso se relacionan con procesos motivacionales intrínsecos. Los aspectos relacionados con el proceso son consecuencia de experiencias que se dan durante la práctica. En consecuencia, puede que estos aspectos hagan que una persona se vincule a la tarea no tanto a través de metas o resultados más o menos alcanzables o alcanzados, sino mediante percepciones subjetivas y vivencias personales asociadas al proceso de práctica, lo cual tiene que ver más con un tipo de regulación comportamental autónoma.

3.2.3 Actitudes hacia el resultado y actitudes hacia el proceso

Los trabajos en torno a la relación entre la T.R.A./T.P.B. y la Teoría de la Autodeterminación (Chatzisarantis y Biddle, 1996) así como la concepción multidimensional de las actitudes propuesta por la Teoría del Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990; Bagozzi y Kimmel, 1995) sugieren una reflexión previa y, a nuestro juicio, fundamental: ¿implican las actitudes hacia la actividad física y la salud una valoración exclusiva de los resultados de la práctica? O, por el contrario, ¿son distintas las actitudes vinculadas con el resultado de las actitudes que se vinculan al proceso? En otras palabras, ¿difieren las actitudes hacia la actividad física y la salud en función de la valoración del proceso de práctica y en función del resultado?

Como hemos visto, el estudio de las actitudes desde la teoría del intento, (Bagozzi y Warshaw, 1990) plantea que existen tres tipos de actitudes: actitudes hacia el éxito, el fracaso y el proceso. Las dos primeras hacen referencia a los resultados, mientras que la última alude a hechos que se producen durante al proceso. Para el estudio de las actitudes hacia la actividad física y la salud nosotros hemos preferido diferenciar únicamente entre Actitudes hacia el Resultado y Actitudes hacia el Proceso, tal y como se representa en la figura 3.5.

Figura 3.5. Actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.



Muchas de las características de estas actitudes han sido expuestas en los capítulos anteriores, especialmente cuando nos referíamos a las relaciones entre actividad física y salud³⁵. Con todo, siguiendo las recomendaciones de Wankel (1997), para definir las con mayor claridad distinguiremos entre los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes hacia el resultado (A.R.) y las actitudes hacia el proceso (A.P.) En

³⁵ Ver punto 2.5.

la tabla 3.1 mostramos un resumen de sus principales características.

Tabla 3.1.- Características de las actitudes hacia el resultado y actitudes hacia el proceso.

ACTITUDES HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA SALUD		
Componentes actitudinales	ACTITUDES HACIA EL RESULTADO (A.R.)	ACTITUDES HACIA EL PROCESO (A.P.)
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción objetiva del cuerpo y estática de la salud. - Enfoque terapéutico-preventivo de la actividad física y la salud basado en aspectos biológicos normativos (variables F.I.T.T.). - Beneficios psicofísicos del estilo de vida activo y riesgos del sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción sociocultural y afectiva del cuerpo y dinámica de la salud. - Enfoque orientado hacia el bienestar basado en el autoconocimiento y el conocimiento de la actividad. - Relación dialéctica entre beneficios y riesgos.
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Sensaciones <i>tras</i> la práctica: identificación entre bienestar y ausencia de enfermedad. - Sentimientos de sacrificio, autosuperación y victoria. - Preocupación por la apariencia. - Potencial obsesión por el ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensaciones <i>durante</i> la práctica: percepciones subjetivas del bienestar. - Sentimientos y emociones gratificantes en relación con uno mismo, con los demás y el entorno. - Sentido lúdico de la actividad. - Sentimiento de dominio sobre la práctica.
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades que producen gasto energético. - Actividades medibles y controlables. - Actividades individualistas y aisladas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de actividades que implican escaso o nulo gasto energético. - Importancia de aspectos no cuantificables de la práctica.

Denominamos *actitudes hacia el resultado (A.R.)* a la predisposición a valorar la actividad física como medio para conseguir diversas consecuencias socialmente consideradas como

símbolo de salud, entre las que destacan el desarrollo de la condición física, la mejora de la apariencia, la autosuperación y la victoria. Estas actitudes están vinculadas con la concepción objetiva del cuerpo y estática de la salud, con una valoración afectiva de las sensaciones que implican mejora, y con un tipo de conductas que suponen medición y/o constatación de resultados.

El componente cognitivo de las A.R. estaría relacionado con el conocimiento de las características objetivables de la actividad física. Se hace especial hincapié en determinar el tipo, frecuencia, cantidad e intensidad de la actividad que ayuda a prevenir las enfermedades hipocinéticas. A partir de conocimientos de ciencias relacionadas con aspectos psicobiológicos del cuerpo humano, se pone el énfasis en los beneficios de la actividad física y en los riesgos del sedentarismo. La actividad física no se plantea como una cuestión problemática en relación con la salud. Más bien al contrario, se sugiere que la actividad física, en dosis adecuadas, es imprescindible para mantener un estilo de vida sano, y que su práctica depende fundamentalmente de la voluntad personal.

El componente afectivo de las A.R. estaría vinculado con las sensaciones que se producen tras la práctica. La salud es valorada como una meta que se alcanza a través del ejercicio, por lo que la forma en que se obtengan las adaptaciones orgánicas que permiten su mantenimiento o mejora pasa a un segundo término o, simplemente, carece de importancia. Por otra parte, las sensaciones positivas asociadas a la práctica saludable se asocian casi exclusivamente con sensaciones que implican (mucho) gasto energético. Esto coincide, en gran medida, con la imagen del deporte y de los deportistas, lo que provoca, a menudo inconscientemente, que la autosuperación física y/o la victoria se asocien con el hecho de estar sano. El hecho de que la apariencia corporal sea considerada un reflejo simbólico del estado de salud hace que la satisfacción por la construcción de un cuerpo acorde con los arquetipos de belleza pueda ser

considerado como otro aspecto afectivo de las A.R. Todo ello, desarrollado en un contexto sociocultural en el que priman la competitividad y el individualismo, puede tener como resultado que la búsqueda de la salud contribuya a justificar la concepción de que *más* es igual a *mejor*, lo cuál, llevado a un extremo, puede llegar a desembocar en conductas patógenas como la obsesión o la adicción al ejercicio.

Por último, conductualmente las A.R. implican actividades que sean claramente cuantificables, normativizables y objetivables. Las actividades que no se puedan medir, o los aspectos que no se puedan medir de la actividad -sus componentes subjetivos e *intangibles* -, no son tan tenidas en consideración como aquellas que implican resultados cuantificables. Al ser la mejora de la condición física su objetivo principal, las interacciones sociales que se dan durante el proceso no son tomadas en cuenta, lo que a menudo deriva en prácticas individualistas o aisladas, cuya naturaleza viene delimitada exclusivamente por magnitudes como el tiempo; la distancia o el número de repeticiones. Mantener o mejorar el rendimiento personal de estas magnitudes significa que la salud se está manteniendo o mejorando. En esencia, la actividad física se toma como un entrenamiento para la salud.

Las *actitudes hacia el proceso (A.P.)* se definen como la predisposición hacia la valoración intrínseca de la actividad física. La mejora de la condición física, la victoria o cualquier otro resultado de la actividad física se consideran como consecuencias más o menos importantes de la práctica, pero no le dan su sentido último. Éste, en cambio, viene proporcionado por la vivencia de la propia práctica. Las A.P. descansan sobre una concepción social y afectiva del cuerpo, dinámica de la salud y sistémica de las relaciones entre actividad física y salud. La actividad física se concibe como un elemento relacionado con el bienestar, y no sólo con la ausencia de enfermedad.

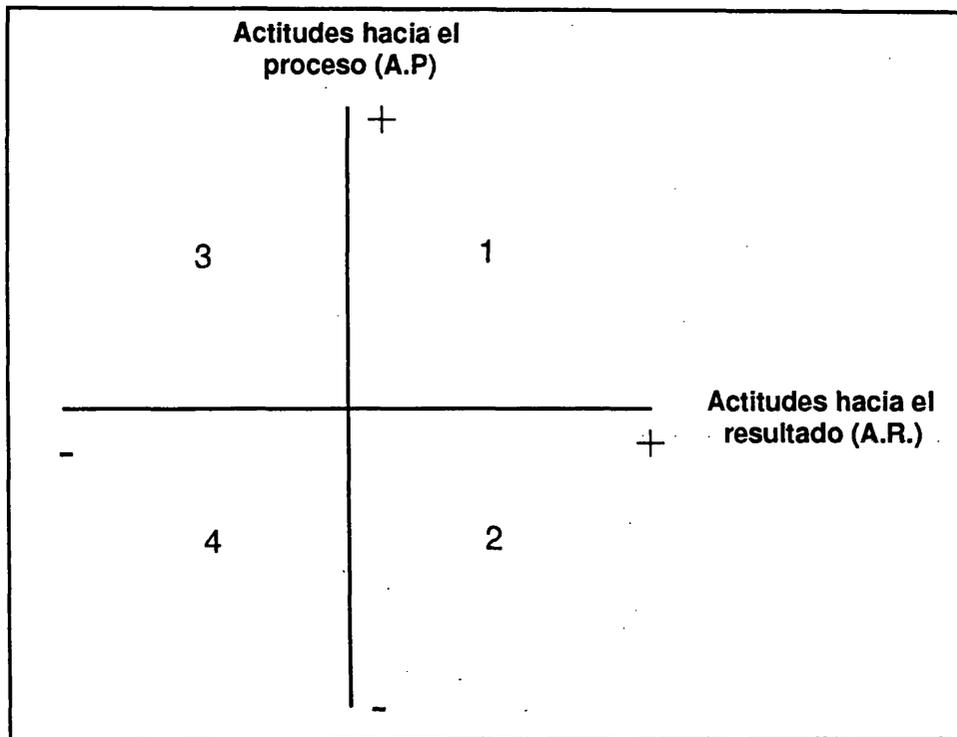
Las A.P. conciben la actividad física relacionada con la salud desde una perspectiva del bienestar. El componente cognitivo está relacionado con el autoconocimiento y el conocimiento de la práctica. El punto de partida para conocer las relaciones entre la actividad física y la salud no son sus características objetivas, sino los gustos, capacidades, posibilidades y preferencias de la(s) persona(s). En este sentido, que la actividad física sea (o no sea) saludable no depende exclusivamente de su capacidad para prevenir enfermedades hipocinéticas, ya que bienestar y ausencia de enfermedad no son sinónimos. Dicho de otro modo, el papel que la actividad física puede jugar para la mejora de la calidad de vida no tiene que estar intrínsecamente unido a su papel preventivo. Por otra parte, también resulta importante ser consciente de los riesgos - no sólo de tipo físico- que puede suponer su práctica. En ocasiones, informaciones sesgadas o simplemente interesadas, transmiten la idea de que la actividad física es intrínsecamente beneficiosa, con independencia de otras consideraciones.

El componente afectivo estaría relacionado con las sensaciones que se producen durante la práctica. La actividad física pasa a ser considerada no sólo como medio para aumentar el consumo energético, sino como una forma de relación intrapersonal, interpersonal y con el entorno. Para ello resulta necesario aprender a apreciar las propias sensaciones y valorarlas en función de sus consecuencias en relación con el bienestar. Al igual que los conocimientos, las sensaciones saludables también están distorsionadas por una visión excesivamente utilitarista. Una perspectiva de salud implica sensaciones que nacen de la práctica como una experiencia satisfactoria, una vivencia gratificante intrínsecamente ligada a la acción en sí misma. Las sensaciones personales, la comunicación con otras personas, el aprecio del medio, el humor, el espíritu lúdico, el reconocimiento y aceptación del propio cuerpo y el de los demás o el disfrute del medio ambiente serían algunos de los aspectos afectivos a destacar desde las A.P.

El componente conductual de las A.P. tiene que ver con actividades dirigidas al disfrute de una práctica física adecuada a las características, posibilidades y preferencias de las personas. Deberían plantearse alternativas que garantizaran una elección libre, es decir razonada, que no se basara únicamente en criterios cuantitativos. El resultado quizá no es tanto un nuevo tipo de actividades, sino un modo distinto de hacerlas, menos centrado en la medición y constatación de hipotéticas mejoras, y más preocupado por las vivencias propias del proceso. De este modo, podrían incluirse aquellas prácticas que producen bienestar, pero que mejoran poco o nada la condición física, no aumentan o disminuyen el tamaño del cuerpo, no implican victoria o derrota y, en definitiva, no tienen un resultado socialmente relacionado con la salud. O, en el caso de que sí lo tuvieran, este resultado sería valorado como una consecuencia más del proceso de práctica, no la única ni la más importante.

Si se nos pide definir en una frase las principales diferencias entre las A.R. y las A.P. diríamos que las primeras permiten entender y valorar afectivamente sobre todo los aspectos cuantitativos de la actividad física y la salud, mientras que las A.P. permiten entender y valorar fundamentalmente los cualitativos. La consecuencia de esta distinción es que la actividad física y la salud puede ser entendida, sentida y llevada a cabo de distintos modos, tal y como se refleja en la figura 3.6.

Figura 3.6.- Relación entre las A.R. y las A.P.



Al tratarse de constructos diferenciados es posible que una persona mantenga actitudes positivas y/o negativas hacia el resultado y/o la práctica. De esta forma aparecen cuatro marcos referenciales de actitudes hacia la actividad física y la salud. El primero correspondería a aquellas personas que tienen actitudes positivas tanto hacia el resultado como hacia el proceso. El segundo implicaría una valoración mayor del resultado, mientras que el tercero, por el contrario, se caracteriza por una predisposición más inclinada hacia el proceso. Y por último, el cuarto corresponde a personas con actitudes negativas hacia la actividad física relacionada con la salud en general. Por consiguiente, a la hora de describir las actitudes hacia la actividad física y la salud, resultaría conveniente enmarcar el perfil actitudinal de los sujetos en función de sus A.R. y sus A.P.

3.3 El desarrollo de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud

Como hemos visto en el punto anterior, entendemos que en relación con la actividad física y la salud se dan dos tipos de actitudes: las actitudes hacia el proceso (A.P.) y las centradas en el resultado (A.R.). Desde nuestro punto de vista, existen argumentos para defender que el desarrollo de actitudes positivas hacia la actividad física relacionada con la salud debería centrarse en el desarrollo de actitudes hacia el proceso (A.P.) y la disminución de las actitudes hacia el resultado (A.R.).

El primer argumento es de orden práctico. Como ya vimos, desde una perspectiva estática de salud la práctica de actividad física se plantea como medio para la prevención y/o curación de enfermedades a través de la mejora de la condición física. No obstante, desde las propias instancias médicas se está reduciendo progresivamente el énfasis en la cantidad de práctica física considerada saludable para ponerlo en el *hábito* de práctica (Pate et al., 1991). Aarts et al. (1997), en línea con las nuevas prescripciones de ejercicio, afirman que las actitudes hacia la actividad física pueden influir en la creación de hábitos siempre que la práctica redunde en una experiencia satisfactoria. A ello hay que añadir que cuando la práctica física nace de una excesiva presión hacia el rendimiento físico, la victoria o el control de la apariencia puede resultar nociva para la salud (Boone, 1994; Chatzisarantis y Biddle, 1996; Toro, 1996; Weinberg y Gould, 1996). Por tanto, desde una perspectiva terapéutico-preventiva, el desarrollo de actitudes hacia el proceso, que tiene en cuenta aspectos como la gratificación, la autonomía o la continuidad, parece más adecuado que el desarrollo de actitudes hacia el resultado para favorecer los estilos de vida activa.



El segundo argumento es más bien de orden filosófico o moral. Desde una perspectiva dinámica de la salud se entiende que la actividad física debe redundar en el bienestar personal. Esta concepción siempre deja un margen a la subjetividad, por lo que la objetivización del resultado no puede ser el único aspecto a tener en cuenta para definir las relaciones entre actividad física y salud. Por tanto, desde una perspectiva del bienestar, las actitudes hacia la actividad física y la salud deben tener en cuenta tanto los beneficios terapéutico-preventivos de la práctica física como los aspectos subjetivos vinculados con la vivencia de la propia práctica. El desarrollo de actitudes no debería culminar entonces en un tipo de práctica más o menos impuesta por el miedo (a la derrota, a la gordura, a la enfermedad, a la muerte), sino dispuesta como una forma de potenciar el autoconocimiento y la vivencia satisfactoria de sí mismo. Este punto conviene recordar que los hábitos, como procesos liberadores del esfuerzo cognitivo, no deben confundirse con rutinas mecánicas e irreflexivas (Escámez, 1984). La libertad humana es un acto de razón. El hábito, como conducta estable y fija, para ser liberador debe tener un fundamento ético. Es decir, debe basarse en la elección de la *mejor* posibilidad; de lo contrario (Escámez, 1984: 110) “son los hábitos quienes nos poseen a nosotros en lugar de nosotros a ellos”.

Quizá un simil ayude a explicar el sentido que creemos que debería tener el desarrollo de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. Los/las catadores/as beben intentando identificar mediante la vista, el olfato y el gusto todas las características del vino. Para ello, además de estudiar en la teoría las diferentes variedades del vino, acostumbran sus sentidos a percibir matices que pasan inadvertidos para los que no solemos degustarlo así. Siempre hay un vino, o unos vinos, preferidos al que la persona aficionada se mantiene fiel, pero esa elección nunca se defiende como indiscutible. Aunque algunos vinos sean desechados de antemano -debido a su excesiva acidez, falta de color o carencia de aroma- dentro de una gama de vinos

calificables como de *calidad*, no existe el que pueda ser elegido como el mejor. A pesar de que expertos/as más o menos neutrales se empeñen en convencernos de que un vino supera a otro, la decisión última depende del catador, y la validez de su juicio estará en función de la cantidad de criterios sobre los que apoya su cata así como del fundamento de éstos.

Conviene además distinguir entre un/a buen/a catador/a y un/a bebedor/a. El disfrute de aquel no se mide en la cantidad de vino ingerida, sino en su capacidad para apreciar sus matices. Entre los/las *buenos/as* aficionados/as al vino huelgan campañas para promocionar su consumo, pero también las dirigidas a prevenir el alcoholismo; basta con que una persona sensata goce con el vino como para que beba lo justo. De lo contrario, se pierde el gusto. Catar un vino exige también el cuidado de los detalles que conlleva el proceso de beber el vino: la copa, la temperatura, puede que incluso la compañía en la que se comparte. Por supuesto, cualquier persona está en su perfecto derecho de alegar que no le gusta el vino, o que no tiene porqué someterse a tanto ritual para, en definitiva, ponerse un poco *piripi*. Quizá podríamos convencerla argumentando que se está perdiendo un placer, o que beber vino con el único fin de usar o abusar del alcohol, además de un riesgo para la salud, es un uso demasiado escaso de algo que puede resultar mucho más placentero: un *menosprecio*. En cualquier caso, en nuestra argumentación no convendría olvidar que la capacidad de disfrutar del vino no pasa solo por beber más o menos, sino por hacerlo más racional y sensitivamente. Es decir, con más sentido(s).

Algo parecido podría decirse de las actitudes hacia actividad física relacionada con la salud. Su desarrollo no puede constituir un simple medio para conseguir un resultado. La cuestión debería centrarse quizá más en enseñar a apreciar, tanto en el sentido de percibir como de valorar, los variados matices de la práctica física. Y si la relación entre la actividad

física y la salud no se centra exclusivamente en el producto, el desarrollo de actitudes no deberían plantearse únicamente como un instrumento mediador entre el sujeto y la cantidad de práctica, sino entre el sujeto, la comprensión de la práctica y de sí mismo/a. De esa manera, abriendo el abanico de la consciencia y de la capacidad, aumentaría realmente la libertad de opción, que a menudo se confunde con la simple variedad de elección. Volviendo a la imagen anterior, desarrollar el gusto por el vino no implica tanto beber muchos vinos diferentes, sino aprender a apreciar (en el doble sentido de percibir y valorar) profundamente aquellos que se beben, sean muchos o unos pocos. En definitiva, la actividad física, como el vino, debería servir para que cada uno pudiera *disfrutarse* más a sí mismo.

SEGUNDA PARTE

LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el marco teórico hemos distinguido entre dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, identificando diferentes implicaciones cognitivas, afectivas y conductuales para cada una de esas actitudes. Las primeras, a las que denominamos *actitudes hacia el resultado* (A.R.), las definíamos como la predisposición a valorar la actividad física como medio para conseguir diversas consecuencias socialmente consideradas como símbolo de salud, entre las que destacan el desarrollo de la condición física, la mejora de la apariencia, la autosuperación y la victoria. En las segundas, las *actitudes hacia el proceso* (A.P.), la predisposición se decanta más hacia la valoración de la experiencia de actividad física en sí misma. La importancia de la actividad física se vincula a aspectos relativos al proceso de práctica como, por ejemplo, la interacción social o el disfrute de diversas las sensaciones corporales durante la práctica.

A partir de esta distinción nos planteamos el estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud del alumnado de magisterio especialista en Educación Física y su cambio. En este capítulo desarrollaremos las características generales de la metodología de la investigación. Comenzaremos exponiendo el problema que se pretende abordar, los objetivos e hipótesis del estudio y el diseño de la investigación. Posteriormente nos centraremos en el proceso de construcción y validación del instrumento de medida que nos permita distinguir entre A.R. y A.P, el Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física y la Salud (C.A.A.F.S.). Finalizaremos el capítulo con las características de la muestra y el resumen de los análisis estadísticos realizados.

4.1 Definición del problema

En diferentes ámbitos se ha demostrado que las actitudes del profesorado hacia un determinado objeto social tienen una potencial influencia sobre la práctica docente (Escámez, 1990; Sales Ciges, 1996). Los estudios universitarios de formación del profesorado proporcionan conocimientos y vivencias que pueden influir en el desarrollo de diversas actitudes en los/las futuros/as docentes. Por tanto, parecería lógico pensar que el conocimiento y cambio actitudinal de los estudiantes de magisterio fuera una cuestión de especial interés. Sin embargo, en el contexto español existen pocas investigaciones sobre este tema. De entre ellas destacamos la de Moreno Moreno (1994), que incluyó la elaboración de un cuestionario-escala y la realización de un programa para la formación y cambio de actitudes para la participación activa en el aula. En cuanto a las áreas concretas de la formación de profesorado, encontramos trabajos enfocados al estudio y desarrollo de actitudes hacia las ciencias sociales (González González, 1996), las matemáticas (Abraira Fernández, 1994) y la educación sanitaria (Fortuny Gras, 1985). En el ámbito de la formación del profesorado de Educación Física, Fernández García (1995) dedica un estudio a las actitudes hacia los estereotipos de género y hacia la Educación Física escolar.

En el caso de la formación de profesorado de Educación Física, la escasez en la investigación sobre las actitudes va unida al arraigo en la cultura profesional de ciertas ideologías sobre el cuerpo, la actividad física y la salud (culto al cuerpo, salutismo, motricismo), las cuáles perfilan una serie de preconcepciones acerca de su conceptualización y relaciones (Barbero, 1996; Devís, en prensa; Devís y Molina, 1998; Devís, Perdiguero, Silvestre y Peiró, 1994; Tinning, 1990). Esas formas de pensar y actuar del profesorado pueden llegar al alumnado, bien a través de la selección y diseño curriculum, o bien mediante

aprendizajes implícitos o encubiertos en forma de currículum oculto (Kirk, 1990). Por consiguiente, consideramos que la formación y cambio de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en el futuro profesorado de Educación Física puede contribuir directa o indirectamente en su posterior labor docente. Esta es la motivación principal desde la que nos planteamos su estudio.

Una propuesta de cambio de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud requiere que previamente se delimite un marco teórico en el que plantear la intervención. Desde la T.R.A. (Fishbein y Ajzen, 1975) se plantea que las actitudes se relacionan con la conducta de forma unidimensional a través de la intención. Sin embargo, desde la Teoría del Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990; Bagozzi y Kimmel, 1995) se distingue entre actitudes hacia el éxito, actitudes hacia el fracaso y actitudes hacia el proceso. Las dos primeras, (actitudes hacia el éxito y el fracaso) se vinculan con las consecuencias de la conducta. Las actitudes hacia el proceso, en cambio, tienen que ver con la experiencia misma, no con su resultado. A partir de esta distinción, nosotros hemos diferenciado dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: las actitudes hacia el proceso (A.P.) y las actitudes hacia el resultado (A.R.). El primer problema que aborda esta investigación es precisamente la demostración empírica de la existencia de estos dos tipos de actitudes.

El segundo problema que nos planteamos es el del cambio de actitudes. Consideramos que un cambio adecuado de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud debe intentar aumentar las actitudes hacia el proceso y disminuir las actitudes hacia el resultado. Nos planteamos si el desarrollo de un programa docente puede lograrlo en los estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física. Por otra parte, diferentes trabajos que estudian las actitudes hacia la actividad física desde la Teoría de la Acción Razonada plantean la

existencia de diferencias entre las actitudes hacia la actividad física en función del sexo (Biddle y Bailey, 1985; Hagger, Cale y Almond, 1995). Esto nos induce a considerar el sexo como una variable a tener en cuenta en el estudio del cambio actitudinal.

A partir de estos antecedentes, las preguntas a las que intentará responder este estudio son: ¿existe una diferenciación empíricamente fundamentada entre actitudes hacia el proceso (A.P.) y hacia el resultado (A.R.)? ¿Cómo son las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud del alumnado de magisterio especialista en Educación Física? ¿Se diferencian las actitudes de las alumnas de Educación Física de las de los alumnos? ¿Cambian las actitudes del alumnado de magisterio especialista en Educación Física tras la aplicación de un programa docente dirigido a desarrollar las actitudes hacia la práctica y disminuir las actitudes hacia el resultado?

4.2. Objetivos e hipótesis

En el marco teórico de este trabajo hemos profundizado en las diferentes perspectivas desde las que pueden ser abordadas las relaciones entre la actividad física y la salud. Con la explicación de la concepción dinámica de salud y los diferentes modelos de relación entre actividad física y salud hemos intentado mostrar que éstas no siempre se reducen a meras variables psicofísicas (Colquhoun, 1992a; Devís y Peiró, 1993; Cantera, 1997). Aspectos como la presión social hacia el cuerpo y su apariencia o la problemática relación entre deporte y salud obliga a definir con amplitud y rigor el vínculo que evidentemente existe entre salud y práctica física (Boone, 1994; Weinberg y Gould, 1996; Toro, 1996). Por otra parte, a pesar de

ser aún escasos los estudios que avalen la existencia de diferentes tipos de actitudes, la Teoría del Intento (Bagozzi y Kimmel, 1995; Bagozzi y Warshaw, 1990) y los trabajos sobre la relación entre la T.R.A./T.P.B. y la Teoría de la Autodeterminación (Chatzisarantis y Biddle, 1996) sugieren una revisión de la concepción unidimensional de las actitudes que representa la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975). A partir de estas aportaciones, en lo referente a la actividad física y la salud hemos distinguido entre actitudes hacia el resultado (A.R.) y actitudes hacia el proceso (A.P.).

4.2.1 Objetivos de la investigación

A partir de dichas consideraciones la investigación se plantea con los siguientes objetivos básicos:

- a) Elaborar un instrumento que permita medir las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en función de la diferenciación entre actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.).
- b) Determinar su validez de constructo y su consistencia interna de manera que permita diferenciar estadísticamente entre actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.).
- c) Realizar un pretest para describir las actitudes hacia el proceso (A.P.) y hacia el resultado (A.R.) del alumnado del tercer curso especialista en Educación Física de la Escuela Universitaria de profesorado *Edetania* y realizar un diagnóstico inicial sobre el que basar los objetivos de la intervención.

- d) Elaborar un programa docente que permita desarrollar actitudes hacia el proceso (A.P.) y disminuir las actitudes hacia el resultado (A.R.).
- e) Aplicar dicho programa docente y valorar los cambios producidos.

4.2.2 Formulación de las hipótesis

Las hipótesis en que se basa esta investigación están referidas a la demostración empírica de las A.P. y las A.R. y el estudio del cambio de actitudes como resultado de la aplicación de un programa docente.

Hipótesis 1

En las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud se distinguen actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.).

Hipótesis 2

La aplicación de un programa docente orientado al cambio de actitudes produce en el alumnado del grupo experimental una mejora estadísticamente significativa ($p < .05$) en sus actitudes hacia el proceso (A.P.), que diferirá y será superior a las puntuaciones obtenidas por el grupo control en estas actitudes.

Hipótesis 3

La aplicación de un programa docente orientado al cambio de actitudes produce en el alumnado del grupo experimental una disminución estadísticamente significativa ($p < .05$) en sus actitudes hacia el resultado (A.R.), que diferirá y será inferior a

las puntuaciones obtenidas por el grupo control en estas actitudes.

Hipótesis 4

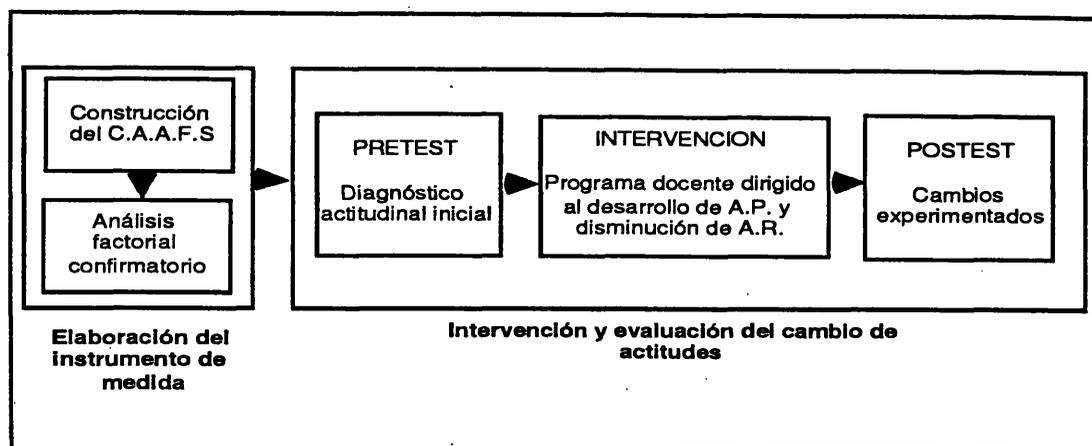
La aplicación de un programa docente orientado al cambio de actitudes produce una disminución de las actitudes hacia el resultado significativamente mayor ($p < .05$) en los alumnos del grupo experimental que en las alumnas del mismo grupo en estas actitudes.

4.3 Diseño de la investigación

Según Pérez Juste (1985) el diseño la investigación es el plan trazado para conseguir responder a las cuestiones que se plantean en la misma. El diseño afecta a la elección de la metodología y al procedimiento seguido en la investigación. De acuerdo con Cook y Reichardt (1986), los métodos cuantitativos resultan adecuados para valorar el impacto de una intervención educativa. Dado que nuestro estudio se centra en el análisis de la influencia de un programa docente en las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, la utilización de este tipo de metodología resulta pertinente.

En la figura 4.2 se muestra el diseño de nuestra investigación. En él pueden apreciarse dos partes: elaboración del instrumento de medida e intervención evaluación de la misma. A continuación pasamos a desarrollar sus características.

Figura 4.2.- Diseño de la investigación.



A) *Elaboración del instrumento de medida.*

La investigación que presentamos implica disponer de un instrumento de medida de las actitudes hacia la actividad física y la salud que distinga entre las A.P. y las A.R. Para ello, siguiendo las indicaciones de Escámez (1990) y Sales Ciges (1996) para la elaboración y validación de cuestionarios-escala, procederemos a la confección de una primera versión del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física y la Salud (C.A.A.F.S.) que recoja dimensiones actitudinales relacionadas con las A.R. y las A.P.

Para confirmar estadísticamente la existencia de las A.R. y las A.P. procederemos a un análisis factorial de esta primera versión del C.A.A.F.S. Según Bollen (1989), cuando se intentan examinar las características psicométricas de un instrumento multifactorial de medida (validez de constructo y consistencia interna) es importante distinguir entre análisis factorial exploratorio y confirmatorio. El primero sirve para detectar las relaciones interesantes entre los datos sin imponer un modelo explicatorio definido. El análisis factorial confirmatorio asume un modelo teórico que defina y explique los datos empíricos a partir

de una serie de parámetros. Ya que en la fundamentación teórica hemos propuesto la diferenciación entre A.R. y A.P., hemos creído conveniente aplicar las técnicas propias de análisis factorial confirmatorio. Por consiguiente, aplicaremos la primera versión del C.A.A.F.S. a una muestra de alumnos y alumnas de todas las especialidades de magisterio. Comprobaremos si existen dos factores con una baja correlación entre sí y, tras determinar su validez de constructo y su consistencia interna, determinaremos si engloban dimensiones actitudinales que se correspondan con las A.P. y las A.R. propuestas en la versión provisional. De esta forma podremos disponer de una versión definitiva del C.A.A.F.S. de la que quedarán excluidos aquellos ítems cuyo peso estadístico no sea suficiente como para que puedan ser considerados importantes.

B) Intervención y evaluación del cambio de actitudes hacia la actividad física y la salud del alumnado de magisterio especialista en Educación Física.

Una vez confirmada estadísticamente la existencia de las A.P. y las A.R., realizaremos un pretest aplicando el C.A.A.F.S. a los estudiantes de tercer curso de magisterio especialistas en Educación Física. A partir del diagnóstico actitudinal inicial, elaboraremos y aplicaremos un programa docente encaminado a aumentar las A.P. y disminuir las A.R. Para valorar su impacto, tras su desarrollo aplicaremos de nuevo el C.A.A.F.S. y comprobaremos los cambios experimentados dentro de cada grupo y entre ellos, atendiendo también a la variable sexo. Finalmente valoraremos dichos resultados a partir de las hipótesis desde las que se plantea este estudio.

Para ello emplearemos un diseño cuasiexperimental de Dos Grupos No Equivalentes con medidas pretest y postest para ambos, propio de las situaciones en las que la investigación se

realiza en contextos reales con grupos naturales (Arnau Gras, 1984; Pérez Juste, 1985) (ver figura 4.3).

Figura 4.3.- Diseño cuasi-experimental de Dos Grupos no Equivalentes.

	Pretest	Intervención	Postest
Grupo experimental	01	X	02
Grupo control	03		04

Participan en el estudio los alumnos y alumnas del tercer curso de magisterio de la especialidad de Educación Física que cursan sus estudio en la escuela universitaria de Magisterio *Edetania*. El grupo control lo forman el del turno de mañana y el experimental el del turno de tarde. El programa docente de la asignatura Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico será la variable independiente. Las A.P. y las A.R. serán las variables dependientes.

Este tipo de diseño, ampliamente utilizado en investigación educativa, permite trabajar con grupos que ya están constituidos y no pueden ser formados aleatoriamente, por lo que no son totalmente equivalentes. Este es el caso de los grupos que participan en nuestra investigación. La distribución de la muestra en dos grupos permite comparar la medida de la variable dependiente del grupo sometido a la variable independiente (grupo experimental) con la del grupo que no recibe los efectos del programa (grupo control). Este diseño pretest-postest permite estimar la equivalencia de ambos grupos en cuanto a la variable dependiente antes y después de la influencia de la variable independiente.

Según López-Barajas (1985) los diseños cuasi-experimentales de Dos Grupos No Equivalentes presentan una

serie de posibilidades y limitaciones en la investigación pedagógica. Señala este autor que cuanto más similares sean en su reclutamiento los grupos experimental y control más eficaz resultará el control de las variables externas. En este supuesto, el diseño controla variables relativas a la validez interna, como la historia, maduración, administración de tests, instrumentalización, selección y mortalidad. Como inconvenientes, la falta de control sobre la interacción de selección y maduración disminuye su posible validez externa.

4.4 Instrumento de medida: elaboración y validación del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud. (C.A.A.F.S.)

La medida de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud hace necesario contar con un instrumento que se ajuste a los requerimientos teóricos y metodológicos de nuestra investigación. Puesto que las actitudes pueden inferirse de las creencias, reacciones afectivas, conductas sociales y significados semánticos es fundamental encontrar descriptivos adecuados para asegurarse de que el instrumento está midiendo lo que queremos medir y no otra variable o actitud distinta. La ausencia de trabajos empíricos basados en la distinción entre A.P. y A.R., junto al hecho de que no se hayan combinado la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y la Teoría del Intento (Bagozzi y Kimmel, 1995; Bagozzi y Warshaw, 1990) para investigar las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, dificulta la disponibilidad de un instrumento de medida adecuado para nuestra investigación. Por consiguiente, en la primera parte del estudio hemos elaborado y validado el instrumento de medida que más tarde aplicaremos en la intervención.

4.4.1 Proceso de elaboración del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.)

A continuación, basándonos en los trabajos de Escámez (1990) y Sales Ciges (1996), presentamos el proceso de elaboración del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.). Posteriormente realizaremos un análisis factorial que nos permita confirmar la existencia de dos constructos actitudinales diferenciados: las Actitudes hacia el Proceso (A.P.) y las Actitudes hacia el Resultado (A.R.).

4.4.1.1 Elaboración de un sondeo

El primer paso para decidir el instrumento de medida a utilizar fue la elaboración de un sondeo con preguntas abiertas para conocer:

- a) Las percepciones generales sobre la práctica física del alumnado de magisterio de *Edetania*.
- b) El lenguaje que utilizaban en relación con el tema de la práctica de actividad física y la salud³⁶.

Este sondeo fue cumplimentado por 120 alumnos y alumnas de diferentes especialidades y cursos de *Edetania*. Hicimos un vaciado de las opiniones y actitudes expresadas por el alumnado, de donde extrajimos gran parte de la información necesaria para la elaboración de nuestro instrumento de medida³⁷.

³⁶ Ver anexo, documento 1.1

³⁷ Ver anexo, documento 1.2

Los rasgos obtenidos del vaciado de las respuestas del alumnado fueron evaluados por un grupo de jueces-expertos/as que discriminaron la adecuación de las respuestas a las cuestiones planteadas. El grupo de jueces-expertos/as estaba formado por miembros del Seminario de Ejercicio Físico y Salud (SEFS), adscrito al C.E.P. de Valencia³⁸. De los resultados del estudio de los jueces-expertos/as se hizo una selección de rasgos significativos, que posteriormente se agruparon en dimensiones actitudinales³⁹.

4.4.1.2 Elaboración y validación del cuestionario-escala para medir las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud

A partir de los rasgos seleccionados se realizó una versión inicial del instrumento de medida con 90 ítems, al que denominamos Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.-90). Dada la complejidad de los conceptos relacionados con las A.P. y las A.R., a partir de sus principales características agrupamos los ítems en una serie de *dimensiones actitudinales* que facilitasen operativizar el análisis del C.A.A.F.S.-90. Éste se dividía en dos subescalas: la subescala a) estaba compuesta por las dimensiones actitudinales referidas a las actitudes hacia el proceso (A.P.), mientras que la b) estaba compuesta por las dimensiones actitudinales relacionadas con las actitudes hacia el resultado (A.R.)⁴⁰. A continuación describimos las características de cada una de dichas dimensiones actitudinales.

³⁸ Ver anexo, documento 1.3

³⁹ Ver anexo, documento 1.3

⁴⁰ Ver anexo, documento 1.4

Dimensiones actitudinales recogidas en la subescala Actitudes hacia el Proceso (A.P.)

I: Gratificación

Items referidos a las sensaciones placenteras asociadas a la práctica de actividad física, y a la relación que establece el practicante consigo mismo y con los demás.

II: Continuidad

Items que tienen que ver con la frecuencia de práctica desde un enfoque de salud, como la planificación personal, la disponibilidad de tiempo y de lugares adecuados para la práctica física.

III: Adecuación

Items que hacen referencia a la relación entre las características de la actividad física con las capacidades y posibilidades de quien la practica.

IV: Autonomía

Items que se refieren al nivel de dependencia del juicio de expertos en la toma de decisiones sobre la propia práctica. Nos interesa determinar la percepción del grado de los propios conocimientos y capacidades.

V: Seguridad

Items que tienen que ver con el conocimiento de las consecuencias de la práctica, así como la adopción de medidas para reducir el riesgo de lesión. Pretendemos saber si los beneficios de la practica se relativizan en función de los riesgos.

VI: Crítica

Items que se relacionan con el conocimiento y la reflexión sobre aspectos socioculturales asociados a la práctica de actividad física y la salud, como la influencia del deporte, el culto al cuerpo o el mercado del *fitness*.

Dimensiones actitudinales recogidas en la subescala Actitudes hacia el Resultado (A.R.)

VII: Concepción terapéutico-preventiva

Items que, a partir de una concepción de salud como ausencia de enfermedad, vinculan el papel de la práctica física únicamente con la mejora de la condición física.

VIII: Mejora de la apariencia

Items en los que la práctica física se justifica fundamentalmente en relación con la mejora del aspecto físico.

IX: Victoria

Items que tienen que ver con la identificación de la actividad física con la competitividad, la superación de los demás y/o con las prácticas que impliquen enfrentamiento.

X: Aumento del rendimiento

Items que plantean la autosuperación y/o la mejora del rendimiento físico personal como el motivo primordial de hacer actividad física.

XI: Obsesión por el ejercicio

Items que tienen que ver con una preocupación exagerada por la práctica física, que puede inducir a un tipo de actividad física compulsiva.

El C.A.A.F.S. inicial (C.A.A.F.S.-90) se presentó a una muestra de 100 alumnos y alumnas de diferentes especialidades. Los resultados se sometieron a una prueba de fiabilidad interna, descartándose un total de 53 ítems⁴¹. Con los 37 ítems restantes confeccionamos una segunda versión del cuestionario (C.A.A.F.S.-37) que mantenía todas las dimensiones actitudinales de la versión anterior, y cuyo coeficiente α de Cronbach era de 0,84⁴².

⁴¹ Ver anexo, documento 1.5

⁴² Ver anexo, documento 1.6

4.4.2 Análisis factorial confirmatorio

Para confirmar empíricamente la existencia de las A.P. y las A.R. realizamos un análisis factorial que nos permitiera distinguir dos factores los cuáles, manteniendo una adecuada validez constructo y consistencia interna, se correspondieran con las dimensiones actitudinales que componían cada una de las subescalas de la versión provisional del C.A.A.F.S. (C.A.A.F.S.-37).

4.4.2.1 Procedimiento y muestra

Entre el 15 y el 30 de mayo de 1997 el C.A.A.F.S.-37 fue administrado al total de los alumnos y alumnas del primer curso de la Escuela Universitaria de Magisterio *Edetania*. Se eligió al alumnado de primer curso por entender que sus actitudes hacia la actividad física podían haber sido modificadas en menor medida por sus estudios que las de sus compañeros y compañeras de cursos superiores. El tamaño total de la muestra fue de 304 personas. Sus características en función de las especialidades y sexo se muestra en la tabla 4.1.

Tabla 4.1.- Características de la muestra del Análisis Factorial Confirmatorio

Especialidad	Sexo		
	Alumnos	Alumnas	
Educación física	90	38	128 (42%)
Otras especialidades	61	115	176 (58%)
	151 (49.7%)	153 (50.3%)	

Puede apreciarse que el alumnado de la especialidad de Educación Física (n=128) constituye el 42% del total. Aunque el número total de alumnos (49.7%) y de alumnas (50.3%) es muy similar, sin embargo por especialidades vemos que los alumnos en Educación Física (n=90) son más del doble que en el conjunto del resto de especialidades (n=38). En el caso de las alumnas, esta proporción se invierte, siendo mucho más numerosas en el resto de especialidades (n=115) que en la de Educación Física (n=61).

4.4.2.2 Comprobación de la validez de constructo del C.A.A.F.S.

Con el fin de determinar que cada una de las subescalas A.P. y A.R. medía un constructo diferente, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotaciones VARIMAX y OBLIMIN, que reveló la existencia de dos factores. La correlación entre los factores era muy baja ($r=-.05$), lo que muestra el alejamiento de los constructos que miden. Para que fuera considerado importante se estableció que cada factor debía presentar un peso mínimo de 0.4. Debido a la baja correlación entre los factores, en la tabla 4.2 presentamos únicamente los resultados procedentes del análisis factorial con rotación VARIMAX, que indica el peso específico de los ítems en cada factor. Como se puede apreciar, los dos factores en conjunto explican un 32.7 de la varianza, siendo el factor 1 el que explica un porcentaje de varianza mayor (21.1).

Tabla 4.2.- Análisis factorial con rotación VARIMAX del C.A.A.F.S provisional.

ITEMS	FACTOR 1	FACTOR 2
4	.83	.16
3	.77	.15
25	.67	.41
1	.67	-.17
27	.65	.43
2	.60	.05
10	.60	.01
5	.57	.41
6	-.53	.10
32	.53	.41
11	.51	.06
8	-.47	.03
12	-.46	.09
33	.46	.21
37	.43	.41
16	.40	.16
24	.31	.30
14	.16	-.13
13	.06	-.01
22	.05	.70
19	-.23	.65
20	-.18	.65
36	-.08	.62
31	-.06	.60
23	.14	.59
26	.32	.57
28	.12	.57
29	.21	.57
35	.24	.57
17	-.14	.50
18	.13	.49
30	.27	.48
7	.16	-.32
21	.13	.30
34	.17	.27
9	.12	.17
Autovalores	7.82	4.29
Porcentaje de Varianza	21.1	11.6

Para que un ítem fuera considerado importante se estableció que debía cumplir dos condiciones: presentar un peso mínimo de 0.4 y una diferencia mínima de peso en relación con el otro factor de 0.3. En la Tabla 4.2 aparecen destacados en negrita y cursiva aquellos ítems que cumplen con las dos condiciones. Un dato relevante es que alguno de los ítems con un peso significativo en factor 1 (ítems 25, 27, 5, 32, 33, 37 y 16) no

discriminan los suficiente en relación con el factor 2, por lo que no pueden ser considerados importantes.

Al remitirnos a los descriptivos comprobamos que todos los ítems que se aglutinan en torno al factor 1 (ítems 4, 3, 1, 2, 10, 6, 11, 8, 12) pertenecen a dimensiones actitudinales relacionadas de las A.P., mientras todos los que lo hacen en torno al factor 2 (ítems 22, 19, 20, 36, 31, 23, 26, 28, 29, 35, 17, 18, 30) pertenecen a las dimensiones actitudinales de las A.R. Estos ítems corresponden a todas las dimensiones actitudinales del C.A.A.F.S.-37, a excepción de las de *crítica y concepción terapéutico-preventiva*.

Por consiguiente, la diferenciación estadística de constructos que ofrece el análisis factorial confirma la propuesta en la teoría. En consecuencia, a partir de ahora podemos denominar *subescala A.P.* a los ítems considerados significativos pertenecientes al factor 1 y *subescala A.R.* a los pertenecientes al factor 2. En la tabla 4.3 puede observarse las medias, desviaciones típicas y el máximo y mínimo de las puntuaciones obtenidas.

Tabla 4.3.- Análisis estadístico de las puntuaciones del C.A.A.F.S.

	Media	Desviación típica	Máximo-Mínimo
Factor 1 (A.P.)	3.72	.64	5.00-1.08
Factor 2 (A.R.)	2.67	.47	4.11-1.66

De los resultados obtenidos podemos destacar que la puntuación media de la subescala A.P. (3.72) es mayor que la de la A.R. (2.67). La desviación típica indica que en las A.P. (.64) existe una mayor dispersión en las respuestas que en las A.R. (.47). El rango de la subescala A.P. se sitúa entre 5 y 1.08, mientras que el de la subescala A.R. está entre 4.11 y 1.66.

4.4.2.3 Análisis de la consistencia interna

Por último, para determinar la fiabilidad interna del cuestionario se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de cada una de las dos subescalas y se llevó a cabo un análisis estadístico de cada uno de los ítems de la subescala, calculando la media, la desviación típica y la correlación (R) de cada ítem con la puntuación total de la subescala, el índice de fiabilidad del ítem, la correlación total de la subescala menos el propio ítem y el coeficiente alfa de la subescala excluyendo el ítem.

La tabla 4.4 muestra el análisis estadístico de la consistencia interna de la subescala A.P. Su coeficiente alfa de Cronbach es de 0.74.

Tabla 4.4.- Análisis estadístico de la consistencia interna de la subescala A.P.

Orden	Ítem	Media	Desviación típica	R ítem-Total	Índice de fiabilidad	R ítem-Ítems	Índice Alfa sin el ítem
1	4	2.54	1.39	.61	.47	.46	.71
2	3	2.25	1.17	.53	.51	.31	.75
3	1	2.02	1.04	.66	.55	.50	.71
4	2	2.02	1.19	.62	.56	.44	.72
5	10	2.43	1.08	.74	.63	.56	.67
6	6	3.69	1.20	-.17	.12	.13	.83
7	11	2.81	1.08	.65	.53	.44	.71
8	8	3.29	1.19	-.01	.20	.22	.79
9	12	2.34	1.20	.63	.52	.47	.71

La media de los ítems varía entre 3.69 del ítem 6 y 2.02 de los ítems 1 y 2. La mayor dispersión (desviación típica) corresponde a las respuestas al ítem 4 y la mayor coincidencia se da en el ítem 1. Los ítems que presentan una media más alta, el 8 y el 6, son también los que presentan una menor correlación con el total (-0.17 y -0.01), de modo que cuando se excluyen de la correlación ésta desciende a 0.13 y 0.22, incrementándose el alfa total de la escala a 0.83 y 0.79 respectivamente. El ítem que correlaciona más con el total de la escala es el 10,

correlacionando con el resto de ítems 0.74 y descendiendo el alfa con su exclusión a 0.67. Los resultados indican una buena correlación entre ítems con el total de la escala, excepto en los ítems 8 y 6, lo cual indica que su contenido habrá de ser revisado en futuras aplicaciones de la escala.

La tabla 4.5 muestra el análisis estadístico de la consistencia interna de la subescala A.R. Su coeficiente alfa de Cronbach es de 0.83.

Tabla. 4.5.- Análisis estadístico de la consistencia interna de la subescala A.R.

Orden	Ítem	Media	Desviación típica	R ítem-Total	Índice de fiabilidad	R ítem-Ítems	Índice Alfa sin el ítem
1	17	3.28	0.98	.57	.47	.44	.84
2	18	3.18	1.09	.64	.60	.51	.83
3	19	4.00	1.05	.69	.51	.60	.82
4	20	3.74	1.08	.73	.53	.65	.81
5	22	3.89	1.06	.68	.33	.57	.82
6	23	3.77	1.18	.71	.56	.62	.82
7	28	3.79	1.66	.63	.45	.53	.83
8	29	3.64	1.07	.70	.60	.60	.82
9	30	3.71	1.04	.63	.51	.51	.83
10	31	3.99	1.10	.68	.60	.57	.83
11	35	3.59	1.02	.69	.58	.60	.83
12	36	4.02	1.03	.65	.53	.54	.82

La media de los ítems varía entre 4.02 del ítem 36 y 3.18 del ítem 18. La mayor dispersión (desviación típica) corresponde a las repuestas del ítem 28 (1.66) y la mayor coincidencia se da en el ítem 17 (0.98). El ítem 17 es el que presenta una menor correlación con el total (.57), de modo que cuando se excluye se incrementa el alfa total de la escala hasta .84. El ítem que correlaciona más con el total de la escala es el 20, correlacionando con el resto de ítems .65 y descendiendo el alfa con su exclusión a .82. Los resultados demuestran una buena correlación de los ítems con el total de la subescala, de modo que la exclusión de algún ítem no afectaría sustancialmente al índice alfa de correlación interna de la subescala A.R. del C.A.A.F.S.

4.4.2.4 Versión definitiva de Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.)

Tras el análisis factorial confirmatorio y el de consistencia interna quedó elaborada una versión definitiva del C.A.A.F.S. (C.A.A.F.S.-21), integrado por un total de 21 ítems divididos en dos subescalas. La primera, compuesta por 9 ítems y con un índice alfa de Cronbach de .74, medirá las actitudes hacia el proceso (A.P.). La segunda, con un total de 12 ítems y un índice alfa de Cronbach de .83, medirá las actitudes hacia el resultado (A.R.). En la tabla 4.6 se muestra en resumen las características de cada una de las dos subescalas y la enumeración definitiva de sus ítems. A continuación se muestran los descriptivos de la versión definitiva del C.A.A.F.S. (C.A.A.F.S.-21)⁴³.

Tabla 4.6.- Características del C.A.A.F.S.

	Ítems	Alfa de Cronbach	Dimensiones
Subescala A Actitudes hacia el proceso (A.P.)	1, 10, 3, 12, 20, 6, 8, 14, 17	.74	Gratificación; Continuidad; Adecuación; Autonomía; Seguridad.
Subescala B Actitudes hacia el resultado (A.R.)	9, 2, 18, 15, 4, 13, 19, 5, 21, 7, 16, 11.	.83	Mejora de la apariencia; Victoria; Rendimiento; Obsesión

- 1.- Cuando estoy haciendo actividad física, el tiempo se me pasa volando.
- 2.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente.
- 3.- Siempre que puedo practico actividad física.
- 4.- Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física.
- 5.- Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal.

⁴³ Los ítems 6, 10, 17 y 20 están formulados en dirección inversa a su sentido actitudinal real.
Para ver el cuestionario presentado en la investigación, ver anexo 1.7.
Para ver los ítems agrupados y en relación con las distintas dimensiones actitudinales, ver anexo 1.8.

- 6.- No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física.
- 7.- Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física .
- 8.- Antes de hacer actividad física, siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar a continuación.
- 9.- Hago actividad física fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia.
- 10.- No siento ningún placer haciendo actividad física.
- 11.- Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico.
- 12.- Practico actividad física de forma regular desde hace años.
- 13.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas.
- 14.- Después de una sesión de práctica física intensa, siempre realizo ejercicios de estiramiento.
- 15.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás.
- 16.- Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico.
- 17.- Después de realizar actividad física, suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares.
- 18.- Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.
- 19.- No hago actividad física por diversión, sino para superarme.
- 20.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.
- 21.- Lo único que me gusta es hacer ejercicio.

4.5 Selección de la muestra

Una vez elaborado y validado el instrumento de medida se procedió al estudio de la influencia de un programa docente en las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud de los estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física. Para ello se eligió como muestra al alumnado del tercer curso de los estudios de maestro/a especialista en Educación Física de la Escuela Universitaria de Profesorado *Edetania*. Elegimos esta muestra por dos motivos. En primer lugar, al ser su último año de carrera, durante los cursos anteriores el alumnado del tercer curso había adquirido conocimientos prácticos que le ayudarían a elaborar el Programa de Acondicionamiento Físico y Salud, uno

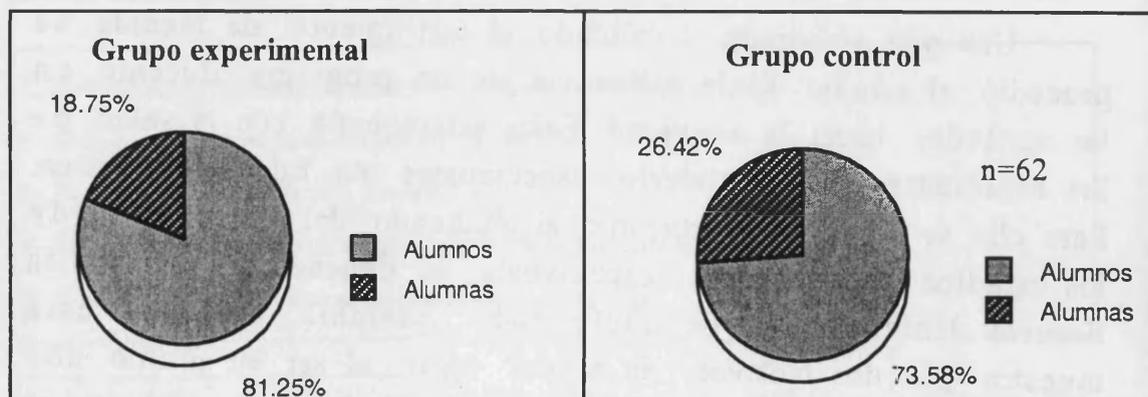
de los principales contenidos en el que se basa el programa⁴⁴. Y en segundo lugar, en ese curso se imparte dos asignaturas troncales directamente relacionadas con la condición física: la Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico. Esto nos permitiría intervenir en la formación de actitudes dentro del marco de asignaturas ya existentes, sin vernos obligados a aumentar un plan de estudios ya de por sí saturado.

El grupo experimental estará formado por el alumnado de tercer curso de magisterio de Educación Física que cursa sus estudios en el horario de tarde, mientras que el grupo control lo hace en horario de mañana. Las características cuantitativas de la muestra y su distribución por sexos se presentan en la tabla 4.7 y el gráfico 4.2.

Tabla 4.7.- Características de la muestra.

Grupo experimental	n	Grupo control	n	
alumnos	39	alumnos	37	76
alumnas	19	alumnas	25	43
Total	58	Total	62	

Gráfico 4.2.- Características de los grupos experimental y control. Distribución por sexo.



⁴⁴ Ver capítulo 6.

Los datos de la muestra revelan que el tamaño del grupo experimental ($n=58$) y el control ($n=62$) es similar. El número total de alumnos ($n=76$) es considerablemente mayor que el de alumnas ($n=43$). La proporción a favor de los varones es más acusada en el grupo experimental (81.3%) que en el grupo control (73.6%).

4.6 Análisis realizados

4.6.1 Análisis realizados en el pretest

Antes del desarrollo del programa docente (3 y 6 de octubre de 1997) se aplicó el C.A.A.F.S. al alumnado del tercer curso de magisterio especialista en Educación Física. Para analizar las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud de la muestra se realizaron las siguientes pruebas⁴⁵:

1.- Para determinar la equivalencia de las actitudes de los alumnos y alumnas en los grupos experimental y control realizamos un ANOVA multivariado tomando el sexo y el grupo como variables independientes y las medidas de las A.P. y las A.R. como variables dependientes.

2.- Para realizar un diagnóstico actitudinal inicial se analizó el porcentaje del alumnado que mostraba actitudes positivas hacia las dimensiones relacionadas con cada subescala. Entendemos por actitudes positivas aquellas en las que las respuestas muestran "acuerdo" con ítems que muestran actitudes positivas e "indiferencia" o "desacuerdo" con los que muestran actitudes

⁴⁵ Los resultados del pretest se muestran en el punto 5.1.

negativas. En función de lo expuesto en el marco teórico, consideramos que el programa docente debía basarse en el tratamiento de: *A)* aquellas dimensiones actitudinales de las A.P. hacia las que un menor porcentaje del alumnado mostrara actitudes positivas y *B)* aquellas dimensiones actitudinales de las A.R. hacia las que un mayor porcentaje del alumnado mostrara actitudes positivas.

4.6.2 Valoración del programa docente por parte del alumnado

Tras el desarrollo del programa docente, nos interesó conocer la valoración del alumnado sobre el mismo. Para ello al finalizar el programa presentamos al alumnado una hoja de evaluación de las asignaturas⁴⁶. Analizamos las respuestas combinando métodos de análisis cuantitativo y cualitativo. En primer lugar, contabilizamos el porcentaje de respuestas positivas y negativas de un cuestionario sobre la metodología, el contenido y la utilidad de las asignaturas. En segundo lugar, realizamos un análisis de contenido de las respuestas a dos preguntas abiertas acerca su valoración de las asignaturas de Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico⁴⁷.

El análisis de contenido es un proceso intermedio o de transición entre el análisis cuantitativo y cualitativo. Se trata de una técnica que permite estructurar la información de los textos, lo cual facilita su posterior interpretación que siempre tendrá un carácter cualitativo. El investigador accede a los textos tal como le vienen, pero los procesa mediante una codificación sistemática en relación con una serie de categorías semánticas. Estas categorías pueden obtenerse mediante un procedimiento deductivo (a partir de la literatura sobre el tema), inductivo (a partir de la lectura del propio texto) o mixto (adaptando las

⁴⁶ Ver anexo 5.

⁴⁷ Los resultados de ambos análisis se muestran en el punto 5.2.5.

categorías semánticas existentes a la lectura de los textos) (Ander-Egg, 1985). En nuestro caso optamos por la segunda opción, extrayendo categorías de análisis inferidas de la lectura de las respuestas.

De entre los numerosos métodos de investigación cualitativa, hemos elegido éste porque ha ido adquiriendo cada vez más aceptación dentro del ámbito educativo en general y de la formación del profesorado en particular (Medina, 1996; Delgado y del Villar, 1995). Para Ruíz Olabuénaga (1996) el análisis de contenido permite hallar y analizar significados ocultos o implícitos en el discurso. Esta concepción parte de la premisa de que la comunicación simbólica, propia del lenguaje, pretende decir más cosas de las que el propio autor/a es consciente. De esta manera, un análisis de contenido puede proporcionar patrones de significado que trasciendan incluso la intencionalidad del autor/a, llegando a explicar el contexto en el que el texto ha sido formulado.

4.6.3 Análisis realizados en el postest

Una vez desarrollado el programa docente, fue administrado de nuevo el C.A.A.F.S. para comprobar los cambios actitudinales en el grupo experimental y control⁴⁸. De acuerdo con las hipótesis de este estudio, se pretendía valorar en qué medida habían aumentado las A.P. y disminuido las A.R., y si el efecto del programa docente en las A.R. había sido mayor en los alumnos que en las alumnas. Para ello se realizaron los siguientes análisis en el postest:

a) Para analizar las diferencias experimentadas dentro de cada grupo realizamos pruebas T de Student comparando las

⁴⁸ Los resultados del postest se muestran en el capítulo 6.

mediciones pretest-postest de las A.R. y las A.P. en los grupos experimental y control.

b) Para comprobar las diferencias actitudinales en el postest realizamos un ANOVA multivariado tomando el sexo, el grupo y la interacción de ambos como variables independientes y las mediciones postest de las A.R. y las A.P. En caso de hallarse diferencias significativas buscamos su sentido mediante la comparación de medias.

CAPÍTULO 5

**EL PRETEST Y LA DESCRIPCIÓN Y
APLICACIÓN DEL PROGRAMA DOCENTE**

Siguiendo las características del diseño de la investigación, antes del desarrollo del programa docente para el cambio de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud se realizó una prueba pretest administrando el C.A.A.F.S. al total de la muestra. En el primer punto de este capítulo presentamos los resultados del pretest, cuyo análisis nos permitirá analizar la equivalencia actitudinal por grupo y sexo, así como realizar un diagnóstico previo para definir adecuadamente los objetivos del programa docente. A partir del diagnóstico actitudinal inicial se plantearon los objetivos, contenidos y metodología del programa docente para el cambio de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. En la segunda parte se describen y fundamentan sus características. Por último, al final del capítulo se exponen los resultados de la valoración del alumnado del programa docente.

5.1 El pretest

El Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.) fue administrado al grupo experimental y al grupo control el 14 de octubre de 1997. La totalidad del alumnado del grupo experimental (n=58) y grupo control (n=62) cumplimentó el cuestionario.

Los resultados del pretest serán expuestos en función de las dos medidas de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud que proporciona el C.A.A.F.S: actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.). En primer lugar presentaremos las medias y desviaciones típicas obtenidas en función de los grupos, el sexo y la interacción de

ambos, para posteriormente exponer independientemente los resultados del ANOVA multivariado según esas mismas variables. Para el diagnóstico previo distinguiremos entre los porcentajes del alumnado del grupo control y experimental con actitudes positivas hacia la A.P. y las A.R.

5.1.1 Análisis de las actitudes hacia el proceso (A.P.) en el pretest

5.1.1.1 A.P. en los grupos experimental y control

En la tabla 5.1 se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en el pretest por los grupos experimental y control en el total de la subescala A.P. y en cada uno de los ítems que la componen.

Tabla 5.1.- Medias y desviaciones típicas de las A.P. en el pretest por grupos.

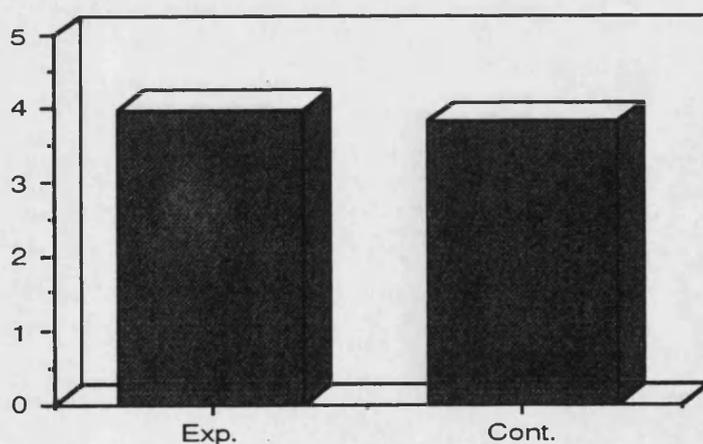
		Grupo experimental		Grupo control	
		Med.	D.T.	Med.	D.T.
A.P.		3.98	.75	3.80	.72
Ítems	1	4.35	.77	4.08	.93
	10	4.33	.81	4.28	.88
	3	4.25	1.03	4.00	1.01
	12	4.16	1.14	3.91	1.25
	20	3.96	1.29	3.71	1.41
	6	3.87	.84	3.70	.96
	8	3.91	.95	3.77	1
	14	3.61	1.07	3.51	1.13
	17	3.53	1.03	3.46	1.10

Como podemos apreciar en la tabla 5.1 la puntuación media total del grupo experimental (3.98) es superior a la del grupo

control (3.80) y la dispersión de la respuesta es muy similar (D.T. exp=.75; D.T. cont.=.72). En cuanto al análisis por ítems, en la tabla 4.8 podemos ver que las puntuaciones más altas se dan el ítem 1 (4.35) y 10 (4.33), los cuáles están relacionados con la dimensión gratificación (ítem 1: "Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando."; ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). Los ítems con medias más bajas, el 14 (3.61) y el 17 (3,53), están referidos a la dimensión seguridad (ítem 14: "Después de una sesión de práctica física siempre realizo ejercicios de estiramiento."; ítem 17: "Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias, como por ejemplo agujetas o dolores articulares."). La misma tendencia se observa en el grupo control. Las puntuaciones más altas se da en los ítems 10 (4.28) y 1 (4.02), mientras que las más bajas se dan en el 17 (3.46) y el 14 (3.51).

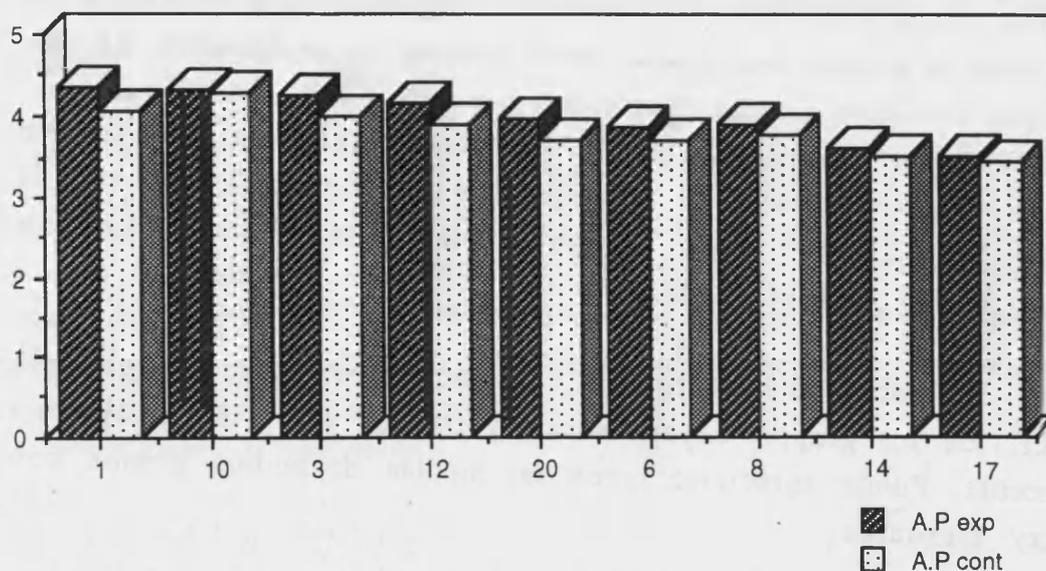
El gráfico 5.1 representa las actitudes hacia el proceso (A.P.) de los grupos experimental y control antes del programa docente. Puede apreciarse como las medias de ambos grupos son muy similares.

Gráfico 5.1 Media de las A.P. de los grupos experimental y control en el pretest.



En el gráfico 5.2 se muestra la comparación entre las medias del grupo experimental y control en cada una de los ítems que componen la subescala A.P. del C.A.A.F.S.

Gráfico 5.2.- Media de las A.P. de los grupos experimental y control en el pretest por ítems.



Puede apreciarse que la media de ambos grupos es muy similar en todos los ítems, concentrándose las puntuaciones más elevadas en los ítems 1, 10, 3 y 12, referidos a las dimensiones actitudinales *gratificación* y *continuidad*. Las medias son inferiores en los ítems 6, 8, 14 y 17, relacionados con las dimensiones actitudinales *autonomía* y *seguridad*.

Para analizar la equivalencia de las A.P. en los grupos experimental y control, mostramos el resultado del ANOVA multivariado tomando como variable independiente el grupo y como variable dependiente las A.P. En la tabla 5.2 se muestra el resultado total y en cada ítem.

Tabla 5.2.- ANOVA de las A.P. en función del grupo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.P.	.00	31.49	.00	.32	.01	no signific.
Ítems 1	2.09	102.64	2.09	1.03	2.02	no signific.
10	.07	109.91	.07	1.11	.06	no signific.
3	2.57	107.58	2.57	1.08	2.36	no signific.
12	1.60	153.95	1.60	1.45	1.10	no signific.
20	.97	195.40	.97	1.97	.49	no signific.
6	.81	112.07	.81	1.13	.72	no signific.
8	.51	114.01	.51	1.15	.44	no signific.
14	1.23	148.62	1.23	1.50	.82	no signific.
17	.01	136.84	.01	1.38	.01	no signific.

Los resultados del ANOVA muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control, por lo que podemos decir que las actitudes hacia el proceso de ambos grupos son totalmente equivalentes.

5.1.1.2 A.P. en función del sexo

En la tabla 5.3 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.P. del total de alumnos y alumnas de la muestra.

Tabla 5.3- Medias y desviaciones típicas de las A.P. en el pretest por sexo.

	ALUMNOS		ALUMNAS	
	Media	D.T.	Media	D.T.
A.P.	3.95	.81	3.81	.59
Ítems 1	4.15	1.13	4.34	.78
10	4.29	1.15	4.34	.81
3	4.18	1.11	4.05	.92
12	4.16	1.16	3.84	1.26
20	3.89	1.41	3.76	1.36
6	3.83	1.09	3.71	.98
8	3.95	1.05	3.65	1.09
14	3.64	1.25	3.50	1.15
17	3.43	1.13	3.15	1.22

La media de los alumnos (3.95) es superior a la de las alumnas (3.81), como también lo es la dispersión de las respuestas (D.T. alumnos=.81; D.T. alumnas=.59). En cuanto a los ítems, las puntuaciones más altas se dan en las alumnas en los ítems 1 y 10 (4.34), ambos referidos a la dimensión actitudinal *gratificación* (ítem 1: "Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando."; ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). La media más alta de los alumnos (4.29) se da también en el ítem 10. Las alumnas también son las que obtienen la media más baja (3.15) en el ítem 17 (ítem 17: "Después de hacer actividad física suelo sentir algún tipo de molestia física, como por ejemplo agujetas o dolores articulares."). La media más baja de los alumnos (3.43) también aparece en este ítem, aunque en su caso es más alta que la de las alumnas. La diferencia entre la media más alta y la más baja en las alumnas es de 1.19, mientras que en los alumnos es de 0.86.

Para analizar la equivalencia de las actitudes hacia el proceso en función del sexo, mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando como variable independiente el sexo y como variable dependiente las actitudes hacia el proceso (A.P.). Los resultados de cada uno de los ítems y totales se muestran en la tabla 5.4.

Tabla 5.4.- ANOVA de las A.P. en función del sexo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A. P.	.24	54.23	.24	.54	.43	no signific.
Items						
1	.84	115.01	.84	1.03	.87	no signific.
10	.05	109.99	.05	1.08	.04	no signific.
3	.41	111.67	.41	1.10	.37	no signific.
12	.56	146.10	.56	1.44	1.20	no signific.
20	.39	197.11	.39	1.95	.24	no signific.
6	.36	112.95	.36	1.19	.30	no signific.
8	2.10	115.41	2.10	1.14	1.88	no signific.
14	.51	150.36	.51	1.48	.34	no signific.
17	1.78	136.99	1.78	1.35	1.31	no signific.

Los resultados del ANOVA muestran la ausencia de diferencias significativas en cuanto al sexo en el pretest, por lo que puede decirse que existe equivalencia en las A.P. de los alumnos y las alumnas.

5.1.1.3 A.P. en función del grupo y el sexo

En la tabla 5.5 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.P. del total de alumnos y alumnas de los grupos experimental y control.

Tabla 5.5.- Medias y desviaciones típicas de las A.P. en el pretest por grupo y sexo.

	EXPERIMENTAL				CONTROL				
	Alumnos		Alumnas		Alumnos		Alumnas		
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
A.P	3.98	.86	3.99	.39	3.40	.73	3.69	.68	
Items	1	4.28	1.22	4.50	.63	3.96	.90	4.22	.86
	10	4.31	1.23	4.37	1.02	4.25	1.05	4.31	.64
	3	4.18	1.18	4.43	.51	4.18	1.09	3.77	1.06
	12	4.18	1.27	4.12	.88	4.14	1.02	3.63	1.46
	20	4.02	1.40	3.82	1.01	3.70	1.43	3.72	1.43
	6	3.86	1.14	3.87	1.14	3.77	1.05	3.59	.85
	8	3.92	1.19	3.87	1.02	4.00	.83	3.50	1.14
	14	3.65	1.36	3.75	1.12	3.62	1.11	3.31	1.17
	17	3.39	1.19	3.18	1.32	3.48	1.05	3.13	1.16

La media de las A.P. más alta corresponde a las alumnas del grupo experimental (3.99) mientras que la más baja se da en los alumnos del grupo control (3.40). En el grupo experimental

alumnos (3.98) y alumnas (3.99) presentan una media en las A.P. casi idéntica. En cuanto a la desviación típica, en este grupo se da una mayor concurrencia en las respuestas de las alumnas (D.T.=.39) que en las de los alumnos (D.T.=.86). En el grupo control, la media de las alumnas (3.69) supera a la de los alumnos (3.40). En cuanto a la desviación típica, en este grupo las alumnas (.68) muestran un mayor grado de coincidencia en sus respuestas que los alumnos (.73). Resulta destacable que en ambos grupos la media de las A.P. las alumnas sea igual o superior que la los alumnos.

En cuanto al análisis de los ítems, en el grupo experimental la media más alta aparece en las alumnas (4.50) en el ítem 1 (ítem 1: "Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando."), mientras que en los alumnos (4.31) se da en el ítem 10 (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). En ambos casos se trata de ítems referidos a la dimensión actitudinal *gratificación*. La puntuación más baja tanto en alumnos (3.39) como alumnas (3.18) se da en el ítem 17 (ítem 17: "Después de hacer actividad física suelo sentir algún tipo de molestia física, como por ejemplo agujetas o dolores articulares."). En el grupo experimental, la diferencia entre la media más alta (alumnas ítem 1) y la más baja (alumnas ítem 17) es de 1.32. Una tendencia semejante se observa en el grupo control. Las medias más altas tanto en las alumnas (4.31) como en los alumnos (4.25) se dan en el ítem 10 mientras que las más bajas aparecen en el ítem 17 (alumnos=3.48; alumnas=3.13). En el grupo control, la diferencia entre la media más alta (alumnas ítem 10) y más baja (alumnas ítem 17) es de 1.18.

Para analizar la equivalencia de las A.P. en los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control, mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando como dos variables independientes: sexo y grupo. Los resultados de cada uno de los ítems y totales se muestran en la tabla 5.6.

Tabla 5.6.- ANOVA de las A.P. en función del sexo y el grupo en el pretest.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.P.	.29	54.23	.29	.54	.53	no signific.
Items 1	.16	101.64	.16	1.03	.01	no signific.
10	.00	109.91	.00	1.11	.00	no signific.
3	2.58	107.58	2.58	1.08	2.38	no signific.
12	1.19	143.95	1.19	1.45	.82	no signific.
20	.32	195.40	.32	1.97	.16	no signific.
6	.21	112.01	.21	1.13	.19	no signific.
8	.95	148.62	.95	1.90	.63	no signific.
14	1.20	114.01	1.20	1.15	1.04	no signific.
17	.11	136.84	.11	1.38	.08	no signific.

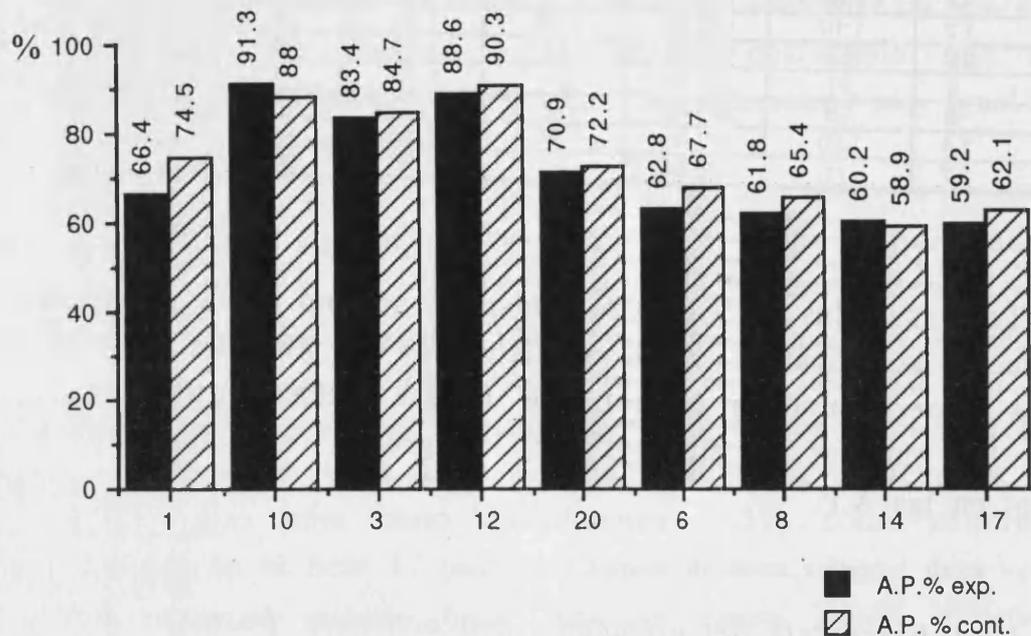
Los resultados del ANOVA muestran que no existe ninguna diferencia significativa entre los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control, por lo que existe equivalencia entre las alumnas y alumnos de los grupos experimental y control en las A.P.

5.1.1.4 Porcentaje del alumnado con actitudes positivas hacia las A.P.

Una vez establecida la equivalencia entre grupos y sexos, con el fin de realizar el diagnóstico actitudinal inicial sobre el que fundamentar las características del programa docente, analizamos el porcentaje del alumnado que mostraba actitudes positivas en cada una de las dos subescalas. Para ello comprobamos el porcentaje de respuestas que muestran "acuerdo" con ítems relacionados con actitudes positivas e "indiferencia" o "desacuerdo" con los que reflejan actitudes negativas. De acuerdo con lo expuesto en el marco teórico, en cuanto a las A.P. nos interesaba determinar las dimensiones actitudinales hacia las que un menor porcentaje del alumnado mostraba actitudes positivas. Los resultados de la acumulación

de porcentaje de alumnado con actitudes positivas hacia las A.P. se muestran en el gráfico 5.3.

Gráfico 5.3.- Porcentaje del alumnado con A.P. positivas.



El análisis de la acumulación de porcentajes muestra cómo la mayoría del alumnado de ambos grupos (>50%) presenta actitudes positivas en relación con todos los ítems de la subescala A.P. Esta tendencia es especialmente acusada en los ítems 10 y 3 que hacen referencia a la dimensión *gratificación* y en el 12, referido a la *continuidad*. En esos casos más de un 80% del alumnado muestra actitudes positivas. En cambio, en los ítems referidos a la *seguridad* y *autonomía* (ítems 6, 8, 14 y 17) el porcentaje del alumnado que presenta actitudes positivas desciende sensiblemente especialmente en el grupo experimental (<63%). Por tanto, el tratamiento de las A.P. debería orientarse sobre todo a aspectos relacionados con dichas dimensiones actitudinales.

5.1.2 Análisis de las actitudes hacia el resultado (A.R.) en el pretest

5.1.2.1 A.R. en los grupos experimental y control

Del mismo modo que procedimos con las actitudes hacia el proceso, en primer lugar presentamos las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por los grupos experimental y control en cada uno de los ítems que componen la subescala A.R en el pretest (ver tabla 5.7).

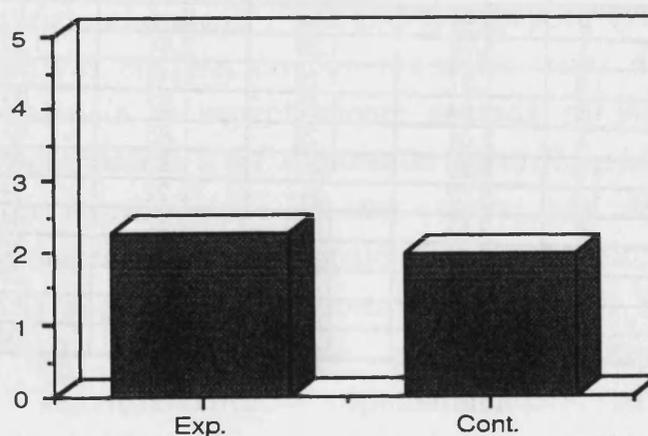
Tabla 5.7 - Medias y desviaciones típicas de las A.R. en el pretest por grupos.

		Grupo experimental		Grupo control	
		Med.	D.T.	Med.	D.T.
A.R.		2.26	1.58	1.99	1.11
Ítems	9	2.96	2.88	2.14	1.01
	2	3.25	1.29	2.61	1.22
	18	1.87	1.16	1.48	.79
	15	1.94	1.20	1.67	.92
	4	2.01	1.22	1.85	.93
	13	2.20	1.37	1.87	.85
	19	2.07	.98	2.22	.94
	5	2.62	1.24	2.22	.84
	21	2.25	1.06	1.97	.85
	7	1.94	1.29	1.79	.97
	16	2.31	1.16	2.06	.87
	11	1.70	1.02	1.97	.98

En la tabla 5.7 se observa que la media de las puntuaciones del grupo experimental (2.26) es superior a la del control (1.99). La dispersión de las respuestas (desviación típica) es de 1.58 en el grupo experimental y de 1.11 en el control. En cuanto al análisis por ítems, la puntuación más alta se da en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente.") tanto en el grupo experimental (3.25) como en el control (2.61). Las puntuaciones más bajas coinciden también en el ítem 18 (ítem 18: "Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.") en el que la media del grupo experimental (1.87) también supera al control (1.48). La mayor dispersión de las respuestas se da en el ítem 9 en el grupo experimental (2.88), mientras que en el control se da en el 2 (1.22)

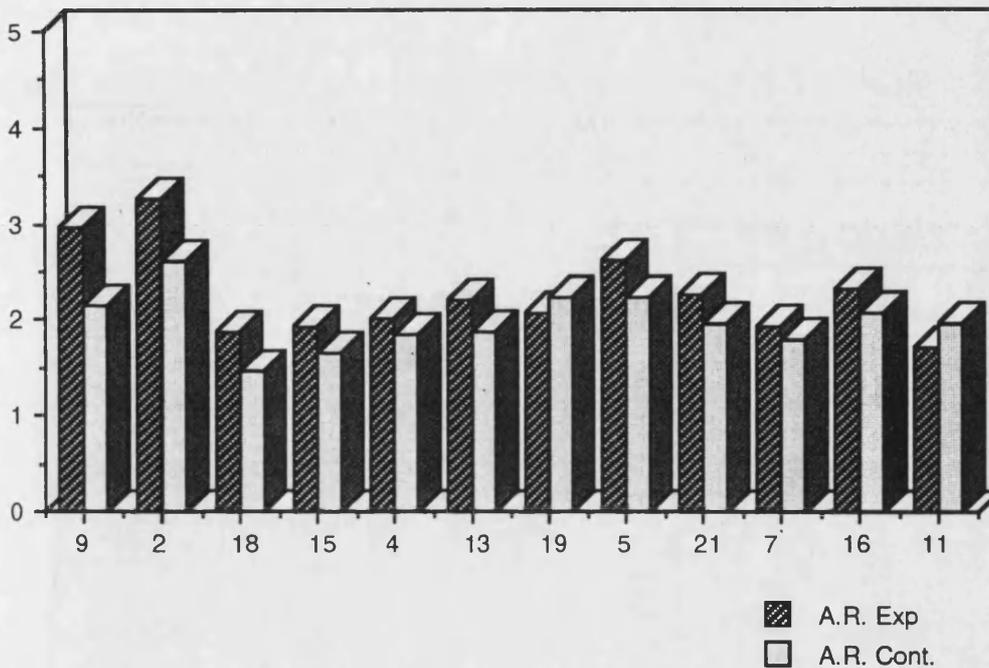
En el gráfico 5.4 representamos las actitudes hacia el resultado (A.R.) de los grupos experimental y control antes del programa docente. Se puede apreciar como la media de ambos grupos es similar. Resulta destacable además que sea inferior a la media obtenida en las A.P.

Gráfico 5.4.- Media de las A.R. en el pretest de los grupos experimental y control.



El gráfico 5.5 muestra las medias de los grupos experimental y control en cada ítem de los que componen la subescala A.R del C.A.A.F.S. en el pretest.

Gráfico 5.5.- Media de las A.R. de los grupos experimental y control en el pretest por ítems.



Podemos apreciar que en general las medias en todos los ítems muestran una tendencia similar en los grupos experimental y control. Las medias más altas en ambos grupos aparecen en los ítems 9 y 2, siendo especialmente elevadas en el grupo experimental, mientras que las más bajas se dan en los ítems 18, 15 y 11.

Para analizar la equivalencia de las A.R. en los grupos experimental y control, realizamos los resultados del ANOVA multivariado tomando como variable independiente el grupo y como variable dependiente las A.R. En la tabla 5.8 se muestran los resultados totales y por ítems.

Tabla 5.8- ANOVA de las A.R. en función del grupo.

		Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.R.		.24	54.23	.24	.54	.43	no signific.
Items	9	.01	122.84	.01	1.24	.01	no signific.
	2	5.86	149.23	5.86	1.50	3.21	no signific.
	18	3.19	99.25	3.19	1.00	3.18	no signific.
	15	1.14	113.31	1.14	1.14	.99	no signific.
	4	.12	114.19	.12	1.15	.01	no signific.
	13	.32	121.77	.32	1.23	.26	no signific.
	19	1.33	91.90	1.33	.92	1.43	no signific.
	5	3.39	116.92	3.39	1.18	2.87	no signific.
	21	1.28	94.66	1.28	.95	1.34	no signific.
	7	.31	134.21	.31	1.35	.23	no signific.
	16	1.41	108.33	1.41	1.09	1.29	no signific.
	11	1.36	101.94	1.36	1.02	1.32	no signific.

Los resultados del ANOVA muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control, por lo que podemos decir que las actitudes hacia el resultado de ambos grupos son equivalentes.

5.1.2.2 A.R. en función del sexo

En la tabla 5.9 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.R. del total de alumnos y alumnas de la muestra

Tabla. 5.9.- Medias y desviaciones típicas de las A.R. en el pretest por sexo.

		ALUMNOS		ALUMNAS	
		Media	D.T.	Media	D.T.
A.R.		2.22	.68	1.99	.53
Ítems	9	2.49	1.14	2.71	3.4
	2	3.21	1.29	2.50	1.18
	18	1.83	1.14	1.44	.72
	15	1.98	1.21	1.52	.72
	4	2.12	1.17	1.63	.85
	13	2.30	.77	1.60	.71
	19	2.15	.87	2.13	1.11
	5	2.46	1.14	2.39	1.00
	21	2.15	1.00	2.07	.94
	7	1.93	1.27	1.76	.91
	16	2.18	1.10	2.21	.93
	11	1.80	1.06	1.89	.92

Como vemos en la tabla 5.9, la media de los alumnos (2.22) es superior a la de las alumnas (1.99), como también lo es la dispersión de las respuestas (D.T. alumnos=.68; D.T. alumnas=.53). La media más alta se da en los alumnos en el ítem 2 (3.21) (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente"). En el caso de las alumnas, la media más alta aparece en el ítem 9 (ítem 9: "Hago actividad física fundamentalmente para mejorar mi apariencia."). La media más baja de los alumnos se halla en el ítem 11 (ítem 11: "Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico."), mientras que en el caso de las alumnas la media más baja (1.60) aparece en el ítem 13 (ítem 13: "Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas.").

Del mismo modo que procedimos en el caso de las actitudes hacia el proceso, para analizar las actitudes hacia el resultado en función del sexo mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando como variable independiente el sexo de los sujetos y como variable dependiente las actitudes hacia el resultado. Los resultados de cada ítem y totales se muestran en la tabla 5.10.

Tabla 5.10.- ANOVA de las A.R. en función del sexo.

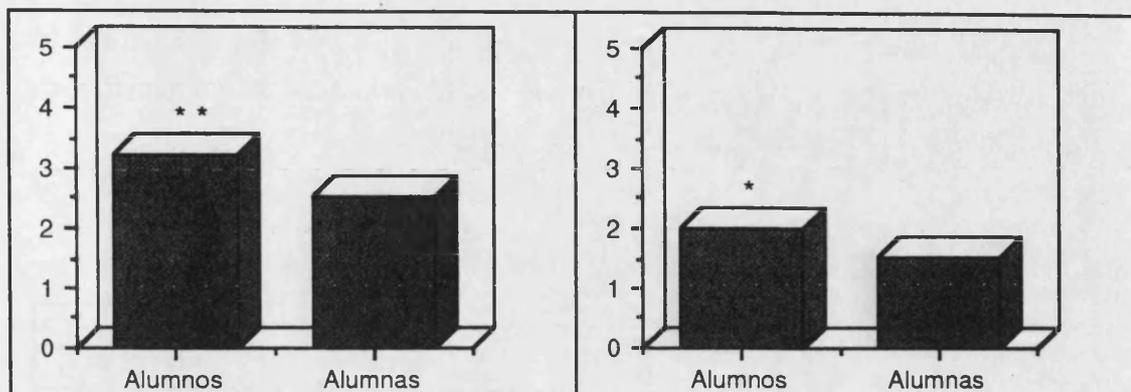
		Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.R.		1.302	38.135	1.302	.385	3.414	No signific.
Items	9	1.1141	512.061	1.1141	5.069	.225	No signific.
	2	12.272	158.484	12.272	1.569	7.821	P< .01
	18	3.525	102.533	3.525	1.015	3.472	No signific.
	15	5.036	114.458	5.036	1.133	4.444	P< .05
	4	5.793	115.857	5.793	1.147	4.505	P< .05
	13	11.832	126.902	11.832	1.256	9.420	P< .01
	19	.011	94.803	.011	.938	.012	No signific.
	5	.107	121.232	.107	1.220	.089	No signific.
	21	.134	97.224	.134	.962	.139	No signific.
	7	.736	134.622	.736	1.332	.552	No signific.
	16	.016	110.100	.016	1.090	.140	No signific.
	11	.215	103.978	.215	1.029	.209	No signific.

Según puede apreciarse en la tabla 5.10, el ANOVA muestra que existen diferencias significativas en cuanto a sexo en los ítems 2 ($p<.01$), 15 ($p<.05$), 4 ($p<.05$), 13 ($p<.01$). El gráfico 5.6 muestra el sentido de las diferencias significativas halladas en el ANOVA.

Gráfico 5.6.- Actitudes hacia el resultado (A.R.). Diferencias significativas en el pretest.

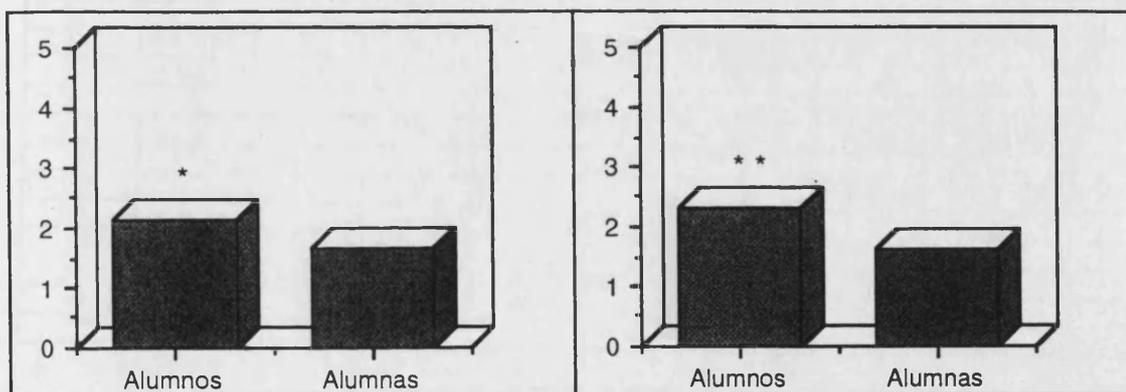
2.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente.

15.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás .



4.- Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física.

13.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas.



** p<.01
* p<.05

Según puede apreciarse en el gráfico 5.6., el análisis por ítems muestra que todas las diferencias significativas que se dan en relación con las A.R. son a favor de los alumnos. Éstas se aprecian en los ítems 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente." -p<.01-) y 15 (ítem 15: "Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás." -p<.05-) incluidos en el núcleo *apariencia* y en el 4 (ítem 4: "Vencer es una de las razones primordiales por las que practico actividad física." -p<.05-) y 13 (ítem 13: "Para disfrutar haciendo

5.1.2.3 A.R. en función del grupo y el sexo

En la tabla 5.11 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.R. del total de alumnos y alumnas de los grupos experimental y control.

Tabla 5.11.- Medias y desviaciones típicas de las A.R. en el pretest por grupo y sexo.

	EXPERIMENTAL				CONTROL				
	Alumnos		Alumnas		Alumnos		Alumnas		
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
A.P.	2.38	.72	2.01	.63	2.08	.61	1.88	.43	
Items	9	2.60	1.22	2.11	1.95	2.33	1.03	1.90	1.10
	2	3.36	1.30	3.00	1.26	3.00	1.27	2.13	.99
	18	1.92	1.26	1.75	.93	1.07	.95	1.22	.42
	15	2.05	1.31	1.68	.87	1.88	1.08	1.40	.59
	4	2.32	1.28	1.87	1.08	1.96	1.01	2.00	.87
	13	2.52	1.44	1.56	.89	2.00	1.00	1.69	.82
	19	2.18	.89	1.43	.81	2.11	.84	1.72	.63
	5	2.65	1.31	1.81	1.16	2.18	.83	2.36	1.04
	21	3.21	1.09	2.56	1.15	1.92	.82	2.27	.88
	7	2.00	1.35	1.81	1.16	1.85	1.16	1.73	.70
	16	2.31	1.23	2.31	1.01	2.00	.87	2.13	.88
	11	1.65	1.01	1.81	.91	2.00	.63	1.95	.95

La media de las A.R. más alta corresponde a los alumnos del grupo experimental (2.38) mientras que la más baja se da las alumnas del grupo control (1.88). En el grupo experimental, la diferencia entre la media de los alumnos (2.38) y la de las alumnas (2.01) es de .37 a favor de los primeros. En este grupo, la mayor coincidencia de las respuestas se da en las alumnas (D.T.=.63) mientras que la dispersión es algo mayor en el caso de los alumnos (D.T.=.72) En el grupo control, la media de los alumnos (2.08) supera a la de las alumnas (1.88) en .20. En cuanto a la desviación típica, en este grupo las alumnas (.43) muestran también un mayor grado de coincidencia en sus respuestas que los alumnos (.61). Resulta destacable que en el análisis de las A.R. por sexo y grupo, la media de los alumnos es

respuestas que los alumnos (.61). Resulta destacable que en el análisis de las A.R. por sexo y grupo, la media de los alumnos es superior a la de las alumnas tanto en el grupo control como experimental. Por otra parte, la media de los alumnos del grupo experimental (2.38) es superior (.31) a la de los alumnos del control (2.08). También la media de las alumnas del grupo experimental (2.01) es superior (.13) a la de las alumnas del grupo control (1.88).

En cuanto al análisis de los ítems, en el grupo experimental la media más alta tanto en los alumnos (3.36) como en las alumnas (3.00) aparece en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), referido a la dimensión *actitudinal apariencia*. La media más baja (1.5) se da en las alumnas en el ítem 13 (ítem 13: "Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas."), referido a la dimensión *victoria*. Los alumnos de este grupo obtienen en ese ítem una media más elevada (2.52). La media más baja de los alumnos (1.65) aparece en el ítem 11 (ítem 11: "Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico."). En el grupo experimental, la diferencia entre la media más alta (alumnos, ítem 2) y más baja (alumnas, ítem 13) es de 1.8. Coincidiendo con el experimental en el grupo control la media más alta (3.00) aparece en los alumnos en el ítem 10. Sin embargo, en las alumnas (2,27) la media más alta aparece en el ítem 21 (ítem 21: "Lo único que me gusta es hacer ejercicio.") referido a la dimensión *obsesión*. En cuanto a las medias más bajas, también las alumnas del grupo control (1.69) aparece en el ítem 13, mientras que en los alumnos del grupo control se da en el ítem 18 (ítem 18: "Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia."). En el grupo control, la diferencia entre la media más alta (alumnos, ítem 2) y más baja (alumnas, ítem 13) es de 1.21.

Para analizar la equivalencia de las A.R. entre los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control, realizamos un ANOVA multivarido tomando las A.R. como variable dependiente y el sexo y el grupo como variables independientes (tabla 5.12).

Tabla 5.12.- ANOVA de las A.R. en función del sexo y el grupo.

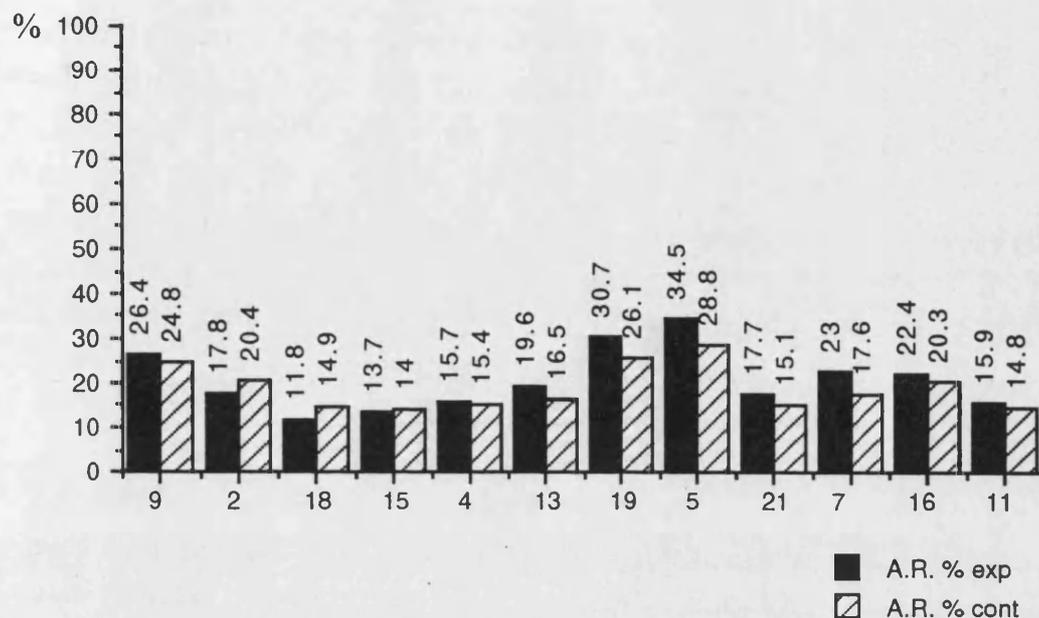
	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.R.	.00	39.38	.00	.39	.00	no signific.
Items						
9	2.31	123.51	2.31	1.33	1.72	no signific.
2	1.43	149.43	1.43	1.50	.94	no signific.
18	.54	99.25	.54	1.00	.54	no signific.
15	.07	113.31	.07	.07	1.14	no signific.
4	1.46	114.19	1.46	1.15	1.27	no signific.
13	3.88	121.77	3.88	1.23	3.16	no signific.
19	2.27	91.90	2.27	2.27	.92	no signific.
5	2.19	116.92	2.19	1.18	.16	no signific.
21	.56	94.66	.56	.95	.58	no signific.
7	.02	134.20	.02	1.33	.02	no signific.
16	.11	108.23	.11	1.09	.10	no signific.
11	.23	101.94	.23	1.02	.22	no signific.

Los resultados del ANOVA multivariado muestran que no existe ninguna diferencia significativa entre los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control, por lo que existe equivalencia en las A.R. en función del sexo y el grupo.

5.1.2.4 Porcentaje de alumnado con actitudes positivas hacia las A.R.

Para establecer el diagnóstico actitudinal inicial sobre las A.R. analizamos el porcentaje de alumnado que mostraba actitudes positivas. Nos interesaba determinar las dimensiones actitudinales de las A.R. hacia las que un mayor porcentaje del alumnado mostraba actitudes positivas. Los resultados se muestran en el gráfico 5.7.

Gráfico 5.7.- Porcentaje del alumnado con A.R. positivas .



Las actitudes positivas se dan en un porcentaje más alto en el ítem 5 referido a la dimensión *obsesión* tanto en alumnado del grupo experimental (34.5%) como del control (28.8%). En el resto de ítems referidos a esta dimensión el porcentaje del alumnado con actitudes positivas es superior al 15%, especialmente en el grupo experimental en el ítems 7 (23%) y 16 (22.4%). También es de destacar que un 30.7% del alumnado del grupo experimental y un 26.1% del control mantiene actitudes positivas en relación con el ítem 19 referido a la dimensión actitudinal *rendimiento*. Por otro lado, entre un 24.4% y un 26.8% mantiene actitudes positivas en relación con el ítem 9, referido a la dimensión *apariencia*. Sin embargo, los ítems 2 y 15, también referidos a esta dimensión, son hacia los que un menor porcentaje del alumnado (<14.9%) muestra actitudes positivas. En cuanto a los ítems 4 y 13 referidos la dimensión *victoria*, el porcentaje de alumnos se mantiene entre el 15.4% y el 19.6%.

5.1.3 Diagnóstico actitudinal inicial

Los resultados del pretest revelan que existe equivalencia en las A.P. y las A.R tanto por grupo como por sexo. El análisis de los ítems muestra que en las A.P. la equivalencia es total, mientras que en el caso de las A.R, los alumnos tienen medias significativamente más altas que las alumnas en algunos ítems referidos a las dimensiones actitudinales de *apariencia y victoria*. El análisis de la acumulación de porcentajes indica que en general un mayor porcentaje del alumnado tiene actitudes positivas hacia las A.P. que hacia las A.R.

Realizado el análisis estadístico interpretamos actitudinalmente los resultados y elaboramos un diagnóstico que determinara los objetivos generales del programa docente. La media de las A.P. revela que tanto el alumnado del grupo experimental como el del control tiene actitudes positivas hacia el proceso. Las puntuaciones son especialmente altas en aquellos ítems que hacen referencia a la continuidad y la gratificación. Sin embargo, el estudio de la acumulación de porcentajes muestra que un número relativamente más bajo del alumnado tiene actitudes positivas hacia los ítems que se refieren a la seguridad y la autonomía.

En cuanto a las A.R., las medias son inferiores a las A.P., lo cual muestra una menor predisposición hacia ese constructo. Por otra parte, se observan algunas diferencias por sexo: los alumnos tienen actitudes más positivas hacia la victoria y la apariencia que las alumnas. Los ítems hacia los que un mayor porcentaje del alumnado tiene actitudes positivas se aglutinan en torno a las dimensiones actitudinales de *rendimiento y obsesión*, lo cual indica que el programa debería dirigirse especialmente hacia esas dimensiones. Sin embargo, consideramos el tratamiento de aspectos referidos a la *apariencia y la victoria* también debería

ser tenido en cuenta debido a las actitudes relativamente más positivas que presentan los alumnos en relación con estas dos dimensiones.

Tal y como expusimos en el marco teórico, consideramos que la formación de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud debería basarse en el desarrollo de las A.P. y la disminución de las A.R. Una vez realizado el diagnóstico actitudinal, proponemos que el programa docente sobre las actitudes del alumnado de magisterio especialista en Educación Física se centre en los núcleos actitudinales que se muestran en la tabla 5.13.

Tabla 5.13.- Dimensiones actitudinales hacia los que se dirige el programa docente.

a) Desarrollo de actitudes positivas orientadas hacia el proceso	b) Disminución de actitudes positivas centradas en el resultado
<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento - Obsesión por el ejercicio - Apariencia - Victoria

5.2 Programa docente

En función del diagnóstico actitudinal inicial confeccionamos el programa docente para el cambio de actitudes hacia la actividad física y la salud del alumnado de magisterio especialista en Educación Física. A efectos metodológicos hablaremos de un solo programa docente porque su fundamentación pedagógica es única, aunque en realidad se busca por una parte aumentar las A.P. y por otra disminuir las A.R.

5.2.1. Contexto de aplicación

El programa docente se desarrolló en la Escuela Universitaria de Magisterio *Edetania* durante el curso 1997-98. Los estudios de la especialidad de Educación Física se imparten en dicho centro desde el año 1993. El plan de estudios de la especialidad de Educación Física se compone de asignaturas troncales comunes a todas las especialidades, asignaturas obligatorias de la especialidad, asignaturas optativas de la especialidad y optativas libres. Para ser diplomado en magisterio el alumnado debe cursar un total de 196 créditos. Dada la densidad del plan de estudios, no creímos conveniente proponer la intervención sobre las actitudes como una actividad añadida, sino que decidimos integrarla en alguna materia ya existente.

El programa docente corresponde a las asignaturas de Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico. Elegimos dichas asignaturas para ubicar la intervención por tres motivos: en primer lugar son las únicas asignaturas obligatorias de la especialidad directamente relacionada con la mejora de la condición física, aspecto que, como vimos en el marco teórico, está muy relacionada con la práctica física y la salud. En segundo lugar, al impartirse en último curso, a lo largo de sus estudios el alumnado ha ido adquiriendo recursos que le permitirá diseñar y desarrollar una parte fundamental de esta propuesta: el programa de acondicionamiento físico y salud. Por último, dichas asignaturas cuentan con una carga lectiva relativamente amplia (3 créditos cada una, en total 60 horas), lo cual facilita plantear las actividades para el cambio de actitudes. Por otra parte, todos los estudios universitarios de Educación Física, ya sean superiores o a nivel de diplomatura, incluyen dentro de sus planes de estudio asignaturas relacionadas con la mejora de la condición física, lo que proporciona la oportunidad de realizar nuevas intervenciones en un contexto similar en el futuro.

Tanto el grupo experimental como el control cursaron las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico. En el grupo control la parte teórica se centró en el desarrollo de contenidos relacionados con la teoría del entrenamiento: definición y clasificación de las cualidades físicas, fundamentos biológicos, métodos para su mejora específica, tests de condición física y aspectos evolutivos de su desarrollo. En la práctica, mediante actividades propuestas por la profesora, se ejemplificaron los sistemas de entrenamiento más adecuados para el desarrollo de las diferentes cualidades físicas. En relación con la transferencia al ámbito escolar, se hizo hincapié en aspectos como la realización segura del ejercicio, la adaptación del aeróbico a la escuela y el trabajo del acondicionamiento físico a partir de la utilización innovadora de materiales diversos, como cuerdas, pelotas o elásticos. La profesora que impartió las asignaturas no se planteó como objetivo el cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, por lo que no seleccionó contenidos ni hizo un planteamiento metodológico orientado en este sentido.

5.2.2 Objetivos generales del programa docente

En el grupo experimental, el programa docente para el cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud se incluyó en las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico. A partir de los resultados del pretest, el programa docente se planteó con una doble finalidad: a) desarrollar actitudes favorables hacia las A.P., en concreto las referidas a las dimensiones de autonomía y seguridad; y b) disminuir las A.R. relacionadas con el rendimiento, la obsesión hacia el ejercicio, la apariencia y la victoria. A partir de estas consideraciones, se plantearon una serie de objetivos que se muestran en la tabla 5.14.

Tabla 5.14- Objetivos del programa docente sobre actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.

- Conceptualizar la actividad física, la condición física, la salud y sus relaciones.
- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física.
- Mejorar la corrección y seguridad del ejercicio.
- Disminuir la dependencia del profesor para la planificación y desarrollo de la propia práctica.
- Mostrar la influencia del contexto social y cultural en la práctica física y la salud, especialmente en relación con la construcción del cuerpo y la apariencia.
- Disminuir la actitud competitiva en el desarrollo de la práctica.
- Valorar aspectos vivenciales asociados al proceso de práctica física.

5.2.3 Contenidos y estrategias de programa docente

El programa docente se desarrolló en las asignaturas de Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico impartidas al grupo de tarde del tercer curso de especialistas en Educación Física de la Escuela de Magisterio *Edetania* (grupo experimental). Aunque se trate de dos asignaturas, en la práctica la complementariedad de sus contenidos hace que se desarrollen de forma unitaria⁴⁹. La intención es ubicar el cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en los límites que fijan los descriptores de ambas materias. A continuación desarrollamos las actividades del programa docente, las cuáles se presentan esquemáticamente en las tablas 5.15, 5.16 y 5.17.

⁴⁹ En la actualidad, tras la última reforma de los planes de estudio, ambas asignaturas se han unificado constituyendo una única materia.

Tabla 5.15.- Resumen de las propuestas del programa docente.

A) Contenidos de la asignatura de Teoría del Acondicionamiento Físico	B) Contenidos de la asignatura de Práctica del Acondicionamiento Físico
<p>a.1 Definición de referentes para la mejora de la condición física. a.2 Estudio de la teoría del entrenamiento. a.3 Papel del profesorado de E.F. para la mejora de la condición física. a.4 Evaluación de la práctica física orientada hacia el proceso. a.5 Análisis de la utilización del ejercicio y la salud en la publicidad.</p>	<p>b.1 Propuestas prácticas. b.1.1 Practica aeróbica 1: Circuito aeróbico y zona de actividad. b.1.2 Práctica aeróbica 2: deporte aeróbico. b.1.3 Practica aeróbica 3: otros juegos aeróbicos. b.1.4 Fuerza-resistencia muscular y música. b.1.5 Flexibilidad . b.1.6 Relajación. b.2 Elaboración desarrollo y evaluación del programa de acondicionamiento físico y salud.</p>

Tabla 5.16 Propuestas de la asignatura de Teoría del Acondicionamiento Físico.

Tema	Objetivos	Estrategia de enseñanza	Tiempo
a.1 Definición de referentes para la mejora de la condición física.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualizar la actividad física, la salud, la condición física y sus relaciones. - Mostrar la influencia del contexto social y cultural en la práctica física y la salud. 	Aproximación didáctica	2 sesiones (3 horas)
a.2 Estudio de la teoría del entrenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualizar la actividad física, la salud, la condición física y sus relaciones. - Disminuir la dependencia de expertos. 	Puzzle de Aronson	10 sesiones (15 horas)
a.3 Papel del profesorado de E.F. en el acondicionamiento físico.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualizar la actividad física, la salud, la condición física y sus relaciones. - Disminuir la dependencia de expertos. 	Rol playing	1 sesión (1 hora 30 minutos)
a.4 Evaluación del proceso de práctica física.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualizar la actividad física, la salud, la condición física y sus relaciones. - Mostrar la influencia del contexto social y cultural en la práctica física y la salud. 	Aproximación didáctica	3 sesiones (4 horas 30 minutos)
a.5 Análisis de la utilización del ejercicio y la salud en la publicidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar la influencia del contexto social y cultural en la práctica física y la salud. 	Fotopalabra	1 sesión (1 hora 30 minutos)

Tabla 5.17.- Propuestas de la asignatura de Práctica del Acondicionamiento Físico.

	Tema	Objetivos	Estrategia de enseñanza	Tiempo
b.1 Propuestas prácticas	b.1.1. Práctica aeróbica 1: Circuito aeróbico y Zona de actividad	- Disminuir la dependencia de expertos. - Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física.	Aproximación didáctica	1 sesión práctica 1 sesión análisis (3h)
	b.1.2 Práctica aeróbica 2: deporte aeróbico	- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física. - Valorar aspectos vivenciales. - Disminuir la actitud competitiva.	Aproximación didáctica	1 sesión práctica (1 hora 30 minutos)
	b.1.3 Práctica aeróbica 3: otros juegos aeróbicos	- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física. - Valorar aspectos vivenciales. - Disminuir la actitud competitiva.	Aproximación didáctica	1 sesión práctica 1 sesión análisis (3h)
	b.1.4 Fuerza resistencia y música	- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física. - Valorar aspectos vivenciales. - Mejorar la corrección y seguridad del ejercicio.	Aproximación didáctica	1 sesión práctica (1 hora 30 minutos)
	b.1.6 Flexibilidad	- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física. - Valorar aspectos vivenciales. - Mejorar la corrección y seguridad del ejercicio.	Aproximación didáctica	2 sesiones práctica (3 horas)
	b.1.7 Relajación	- Aumentar la cantidad y variedad de alternativas para la práctica física. - Mejorar la corrección y seguridad del ejercicio. - Valorar aspectos vivenciales.	Aproximación didáctica	3 sesiones (4 horas 30 minutos)
	b,2 Programa acondicionamiento físico y salud	Elaboración, desarrollo y evaluación	- Disminuir la dependencia de expertos. - Valorar aspectos vivenciales. - Disminuir la actitud competitiva.	Autoprogramación

5.2.3.1 Actividades para la asignatura Teoría del Acondicionamiento Físico

1.- Definición de referentes para la mejora de la condición física

Como introducción conceptual al tratamiento educativo del acondicionamiento físico, empezamos con el tema de la definición de los referentes de la condición física. Hicimos hincapié en las consecuencias prácticas de cada uno de ellos. Este análisis, unido al estudio del desarrollo evolutivo de las cualidades físicas, sirvió para enmarcar la mejora de la condición física en la escuela dentro del referente de salud. El objetivo más inmediato de esta reflexión era mostrar que el acondicionamiento físico en el currículum estaba relacionado con la salud. Eso implicaba delimitar el acondicionamiento a los componentes de la condición física relacionadas con la salud, así como determinar la naturaleza y el alcance de su mejora (Devís y Peiró, 1992a). Esta distinción resultaba fundamental para explicar que los objetivos, contenidos, métodos y formas de evaluación del acondicionamiento físico en la escuela debían de alejarse de la filosofía de rendimiento que implica el entrenamiento deportivo.

Tras una breve explicación de cada uno de los referentes, se pidió al alumnado que destacara las principales características del referente deportivo y el de salud. Posteriormente, en pequeños grupos se presentó un continuum en el que debían ubicar el grado de mejora de las cualidades físicas en relación con los dos referentes (Ver material para el alumnado 1). Para ello debían imaginar el caso de un/a deportista en una prueba específica y el de una persona que quisiera llevar una vida activa, discutiéndose las diferencias en la naturaleza y grado de mejora de las cualidades físicas en cada uno de los casos y las consecuencias aplicables al tipo de practica física. Por último se hacía una puesta en común de las conclusiones de cada grupo y un debate dirigido por el profesor.

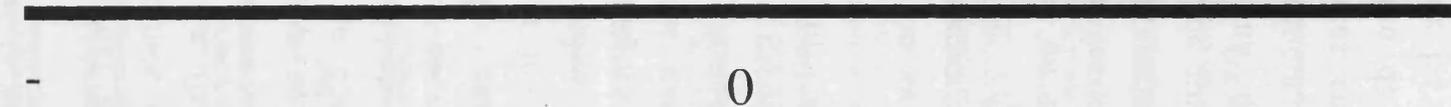
Material para el alumnado 1
Referentes de la condición física

CONCEPTO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO.
REFERENTES PARA EL TRABAJO DE LA CONDICION FISICA EN LA ESCUELA

Imagina el caso de una especialidad deportiva cualquiera. Marca en rojo en este continuum el tipo de cualidades físicas y su grado de mejora. Haz lo mismo ahora en negro pensando en una persona que pretende llevar una vida activa.

¿Coinciden el tipo de cualidades físicas a desarrollar? ¿Y en su grado de mejora? ¿Cuál es el objetivo de la mejora de la condición física para cada una de estas personas? ¿Cómo describirías el tipo de actividades crees que serán convenientes en cada uno de los casos?

Compara tu continuum con el de otras/os compañeras/os. ¿Coinciden vuestras marcas en negro? ¿Por qué? ¿Y las que están en rojo? ¿Por qué?



- Fuerza máxima
- Fuerza y resistencia muscular
- Potencia
- Resistencia aeróbica (cardio-respiratoria)
- Resistencia anaeróbica láctica
- Resistencia anaeróbica aláctica
- Agilidad
- Coordinación
- Velocidad
- Velocidad resistencia
- Flexibilidad
- Relajación
- Equilibrio y reequilibrio
- Composición corporal

2.- Estudio de la teoría del entrenamiento

En este apartado, al que dedicamos la mayor parte de la carga lectiva de la parte de teoría, desarrollamos contenidos relacionados con los fundamentos biológicos y los métodos de mejora de las cualidades físicas. Debido a las exigencias del programa y a la definición de los referentes realizada en el punto anterior, nos centramos en las siguientes cualidades físicas: resistencia aeróbica, fuerza y resistencia muscular y flexibilidad. De cada una planteamos su concepto y clasificación, las bases biológicas y funcionales, los aspectos evolutivos, los métodos fundamentales para su mejora y el diseño de actividades adaptadas al entorno escolar⁵⁰.

Para desarrollarlos se utilizó el *Puzzle de Aronson*, una técnica de trabajo cooperativo que se ha aplicado en distintos niveles educativos desde los años ochenta (Aronson, 1978; Slavin, 1985). Su finalidad es estructurar las interacciones del alumnado desde vínculos de interdependencia positiva. En esta metodología el alumnado realiza dos tipos de funciones: la investigación de subtemas aislados y la recomposición del tema completo.

El desarrollo de esta propuesta consiste en subdividir la clase en equipos de trabajo denominados *grupos puzzle*. A cada uno de los componentes del equipo se le asigna y se le hace responsable de una parte diferente de la tarea a realizar, con lo que se constituye un nuevo equipo integrado denominado *grupo de expertos/as* compuesto por cada una de las personas de los grupos puzzle que han elegido ese mismo subtema. Una vez elaborado el subtema, los miembros del grupo de expertos/as vuelven a su grupo puzzle para exponerlo y recibir la información del resto de sus compañeros y compañeras, de manera que la totalidad del trabajo estará condicionado por la

⁵⁰ Ver anexo 2.

mutua cooperación y responsabilidad entre los miembros del grupo. El desarrollo del Puzzle de Aronson comienza con la confección por parte del profesor/a de los grupos puzzle. A continuación cada componente del grupo puzzle elige un subtema, creándose el grupo de expertos/as. Cada grupo de expertos/as elabora un documento sobre el tema que han tratado, y los miembros del grupo puzzle se reúnen de nuevo para hacer la puesta en común.

Para Dansereau (1988) la principal ventaja del Puzzle de Aronson es que genera una interacción muy intensa entre el alumnado, porque les obliga a escucharse entre sí y a ver a los compañeros y compañeras como fuente de aprendizaje. Aunque su aplicación al principio es costosa, sobre todo por la falta de habilidades sociales y la reticencia inicial a establecer vínculos de interdependencia positiva, a medio y largo plazo se reducen significativamente las hostilidades, tensiones y prejuicios entre compañeros y compañeras, lo que redundaba en un clima muy positivo de trabajo.

El motivo de utilizar esta técnica era doble. Por una parte, permitía cambiar los roles tradicionales del alumnado y el profesor. El alumnado debía adquirir un papel activo en la dinámica de la clase, siendo protagonista en la adquisición del conocimiento, mientras que la función del profesor se centraba sobre todo en asesorar y supervisar el proceso. Por otra parte, favorecía la creación de vínculos afectivos entre el alumnado a partir de la valoración de sus propias capacidades y las de los demás. Al tener que buscar la información y compartirla con compañeros/as, el trabajo del alumnado adquiría mayor significatividad en el proceso enseñanza-aprendizaje.

3.- *Papel del profesorado de E.F.*

Presentamos una actividad para ayudar reconceptualizar el papel del profesorado de Educación Física en un proceso de enseñanza-aprendizaje del acondicionamiento físico basado en criterios de salud. Utilizamos el juego de rol como técnica de participación activa. A partir de la simulación de un test físico en un contexto plural de capacidades, intereses y gustos, buscábamos que el alumnado reflexionara acerca de aspectos problemáticos relacionados con el acondicionamiento físico. Para ello planteamos la siguiente actividad:

Material para el alumnado 2
Juego de rol

La siguiente situación es imaginaria, pero podría ocurrir en la realidad. Lee las características de los diferentes personajes, atiende a la representación y contesta a las preguntas que se hacen a continuación. Después comentaremos algunos aspectos sobre cuál debe ser el papel del profesorado en el planteamiento de las sesiones y en la evaluación del acondicionamiento físico.

Juan es profesor de Educación Física en un colegio privado de clase media-alta, y se dispone a dar una sesión de Condición Física, en concreto de resistencia. Hace un día espléndido, que invita a estar al aire libre, pero en la programación de Juan hoy toca hacer un "test de abdominales" en el gimnasio.

JUAN: Joven diplomado en magisterio especialista en Educación Física. Cuando era joven, Juan fue campeón provincial de cross, hasta que una lesión le impidió seguir compitiendo al máximo nivel. Desde siempre su ilusión ha sido ser profesor de E.F. Le encanta el mundo del deporte y practica muchos. Es una persona extrovertida, dinámica, y todos le consideran un tipo simpático, aunque cuando se enfada también es bastante autoritario. Además de dar clase, se ocupa de la organización de campeonatos internos y del deporte extraescolar. Cree que lo fundamental en la Educación Física es que sus alumnos se esfuercen y lo pasen bien

ANTONIO: Es el mejor deportista del colegio. Su condición física es muy superior a la del resto. Está en la selección de fútbol de la comunidad valenciana. En el futuro piensa dedicarse profesionalmente a este deporte y ser una gran estrella. Es el alumno predilecto de Juan, que además es su entrenador. Aunque no se esfuerza, siempre saca las mejores notas. Por eso presume delante de sus compañeros, de los que se burla de sus pobres resultados en comparación a los suyos. Es un poco "chuleta".

PEDRO: Pedro tiene el sobrepeso. Para él las clases de Juan han sido siempre un suplicio, porque le han exigido hacer cosas que le resultan imposibles. Juan siempre le dice que si no se esfuerza va a seguir estando gordo, y que si no puede hacer lo que hacen los demás, al menos debe esforzarse al

máximo. Pero el resultado es tan pobre comparado con el resto de la clase que se siente frustrado. Odia desde lo más profundo de su corazón la actividad física, y, por supuesto, detesta la clase de E. F.

MIRIAM: Se trata de una chica "normal", a la que le gusta salir con sus amigas a la discoteca los viernes por la tarde, ir al cine y comer hamburguesas. La E.F. no le parece ni bien ni mal, como el resto de las asignaturas. Realiza las actividades, a las que no encuentra ningún sentido, pero las hace sin más, para aprobar. No es una persona activa, pero tampoco da problemas de disciplina.

CRISTINA: A Cristina siempre le ha gustado la Educación Física, y le gustaría saber más sobre el porqué de lo que hace. No se conforma con obedecer a lo que dice Juan, sino que le pregunta los motivos de lo que hace. Siempre está preguntando. Juan a veces le contesta y otras no. A ella le gustaría practicar diferentes deportes y actividades, pero le da la impresión de que todas están enfocadas para la gente grande, fuerte y hábil, y ella no es ninguna de esas tres cosas. Es bastante independiente, por lo que no le gusta obedecer a lo que Juan le manda. Pero sí hacer actividad física "a su aire".

Cuestiones:

¿Qué es lo que más valora Juan? ¿Qué crees que busca Juan proponiendo la realización de un test de abdominales?

¿Qué crees que en realidad está aprendiendo cada alumno/a? ¿Qué actitudes crees que promueve el profesor?

¿Cuál crees que es el sentido que para esos alumnos y alumnas tiene hacer abdominales?

¿Qué sugerencias le harías a Juan para que planteara la actividad de otra manera?

Con esta actividad se pretendía mostrar la contradicción que supone desarrollar la condición física desde una perspectiva orientada hacia el proceso mediante actividades centradas exclusivamente en la mejora del resultado, como los test físicos. Tras escenificar la situación se interrogaba a los alumnos y alumnas que la habían protagonizado acerca de cómo se habían sentido en su papel y qué pensaban de su personaje. Posteriormente se respondían individualmente a las cuestiones y se realizaba un debate en pequeños grupos. Por último se hacía una puesta en común y un debate con toda la clase en el que el profesor actuaba como moderador.

4.- Evaluación del proceso de práctica física

El tema de la evaluación se planteó tras la elaboración y desarrollo del programa de acondicionamiento físico y salud. Hicimos hincapié en dos cuestiones. En primer lugar, la limitación que suponen los instrumentos cuantitativos y normativos tradicionalmente utilizados para la evaluación de la condición física, que en todo caso alcanzan a constatar la mejora del rendimiento pero no dan ninguna información sobre el proceso. Y en segundo lugar, la búsqueda de alternativas que permitieran atender aspectos relacionados con el proceso. Entre ellas destacamos el diario como instrumento útil para conocer aspectos vinculados al desarrollo de la práctica.

Para desarrollar estos temas se partió de la evaluación del programa de acondicionamiento físico y salud. Para ello la clase se dividió en pequeños grupos, de entre cuatro y seis personas. A cada grupo se les proporcionó un extracto anónimo de los diarios y un conjunto de categorías semánticas, previamente elaboradas por el profesor, para su análisis⁵¹. Cada grupo marcaba los diarios fijándose en una sólo dimensión y debía analizar los textos prestando especial atención en:

- a) El número de unidades de contenido referidas a su dimensión.
- b) La coherencia de los contenidos de diferentes sujetos referidos a una misma categoría.
- c) Cualquier aspectos significativo referido al proceso de marcaje y discusión sobre la categorización de las unidades de contenido

⁵¹ Ver anexo 4.

Posteriormente se realizó una puesta en común en la que cada grupo presentó sus conclusiones sobre la dimensión analizada y se abrió un debate. Esta actividad pretendía mostrar al alumnado que su experiencia podía ser una fuente de conocimiento útil para evaluar el proceso de práctica. También se intentaba introducir la utilidad de los instrumentos de autoevaluación y el análisis cualitativo en la evaluación de la actividad física. Y por último, se buscaba comprobar que, aunque la vivencia siempre es singular y diversa, a partir de su análisis pueden sacarse conclusiones generales sobre el desarrollo de la práctica que pueden servir para ajustar aspectos de la intervención docente.

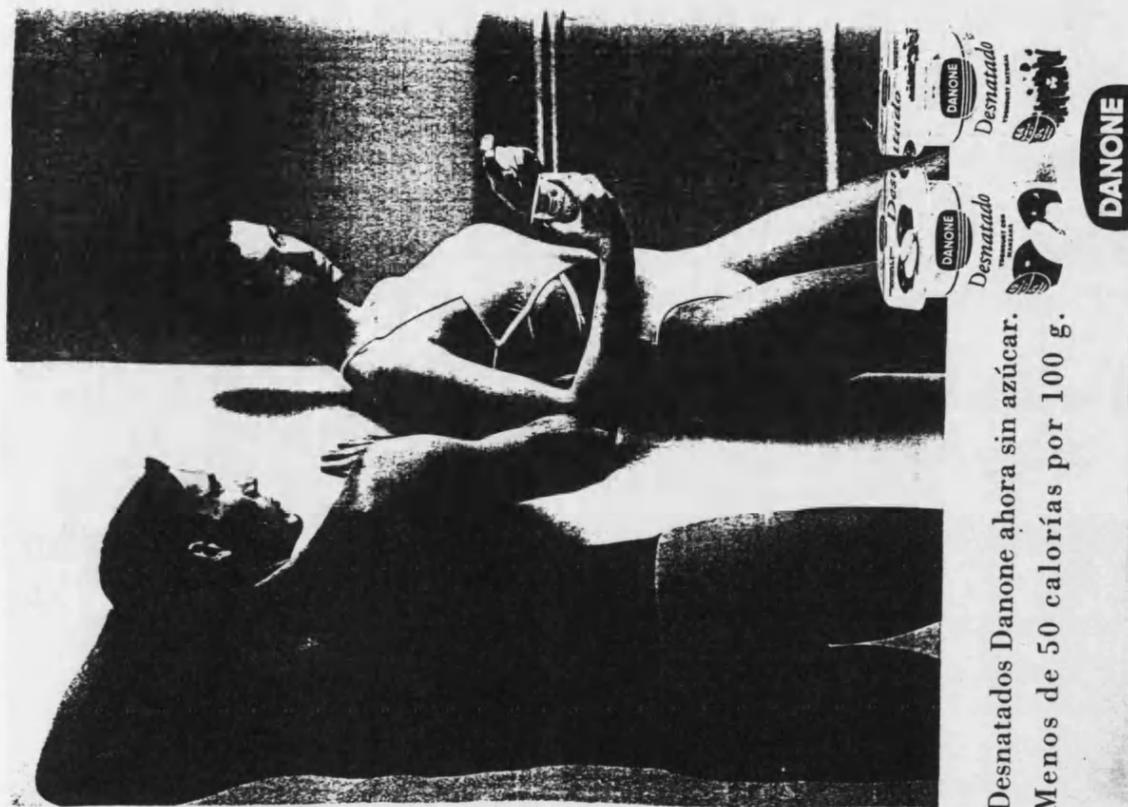
5.- Cuerpos Danone ¿cuerpos sanos?: análisis del papel del ejercicio y la salud en la publicidad

En esta actividad se presentó al alumnado una conocida imagen publicitaria de productos lácteos bajos en calorías. En pequeños grupos debían analizarla contestando a las preguntas que se hacen en el material. Posteriormente, se abriría un debate bajo el título de *cuerpos Danone ¿cuerpos sanos?* (material 3).

Buscábamos mostrar cómo la imagen esbelta o musculosa asociada a la práctica física es utilizada en la publicidad para ejemplificar la salud, y cómo esas ideas calan en la concepción social sobre la apariencia saludable y el papel de la práctica física (Devís y Molina, 1998). Además de debatir sobre este tema, también se intentaba ejemplificar qué es y cómo puede utilizarse el material crítico en Educación Física en relación con la salud (Devís, 1998).

Material para el alumnado 3
Cuerpos Danone ¿Cuerpos sanos?

Fíjate en la siguiente imagen y contesta a las preguntas que se hacen a continuación



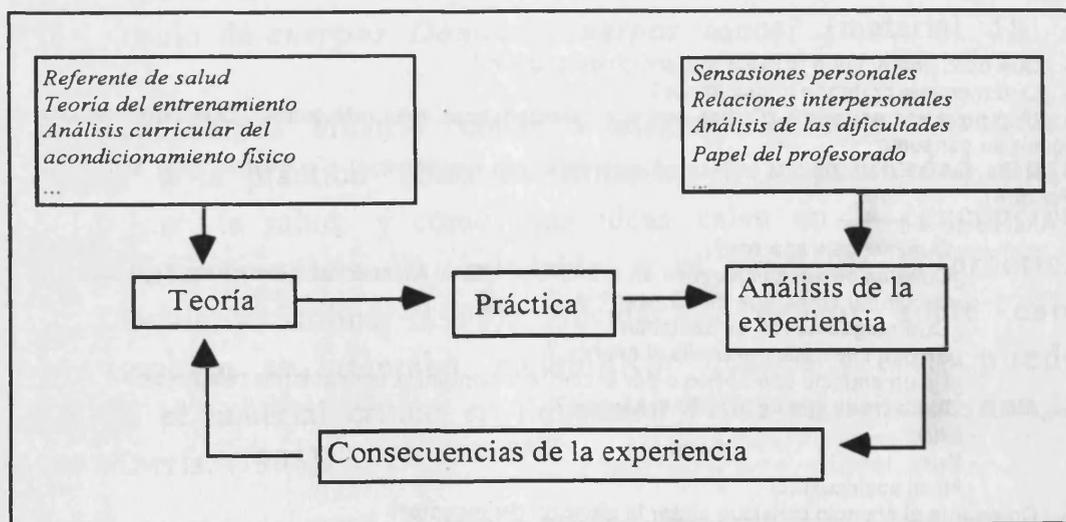
Desnatados Danone ahora sin azúcar.
Menos de 50 calorías por 100 g.

- 1.- ¿Qué es lo primero que te llama la atención del anuncio?
- 2.- ¿Qué mensaje pretende transmitirnos?
- 3.- ¿Qué producto anuncia? ¿Cuáles son sus características más relevantes? ¿Que connotaciones sugiere su consumo?
- 4.- ¿Crees que se trata de una publicidad razonada (con argumentos) o sugestiva (con estímulos)? ¿Por qué?
- 5.- Análisis de la imagen
 - ¿Qué mensaje aparece?
 - ¿Cuántas personas aparecen en el anuncio? ¿Cuál es su edad, sexo y raza? ¿A qué nivel sociocultural crees que pertenecen?
 - ¿Qué rasgos físicos se destacan?
 - ¿En qué marco se desarrolla el anuncio?
 - ¿Es un anuncio con acción o por el contrario comunica sensaciones relajantes?
- 6.- ¿A qué público crees que va dirigido el anuncio?
 - Edad
 - Sexo
 - Nivel sociocultural
- 7.- ¿Crees que el anuncio consigue atraer la atención del receptor?
- 8.- ¿Cuál crees que es el objetivo del anuncio? ¿Crees que lo consigue?
- 9.- ¿Has utilizado la expresión *cuerpo Danone*? ¿Cuándo?
- 10.- ¿Cuál crees que es la relación que se establece en este anuncio entre actividad física, salud y apariencia corporal? ¿Crees que es una relación que se utiliza a menudo en publicidad?

5.2.3.2 Propuestas prácticas de actividad física

La asignatura de Práctica del Acondicionamiento Físico no sólo ofrece la oportunidad de ejemplificar los aspectos desarrollados en la parte teórica, sino también de plantearlos desde la vivencia personal. La matización es importante. La diferencia fundamental estriba en que mientras que la ejemplificación se limita al planteamiento de situaciones subordinadas a contenidos teóricos, la vivencia implica la preocupación porque dichas experiencias prácticas sean significativas para el alumnado, lo cual conlleva el análisis de su propia experiencia. La propia experiencia se convierte así en fuente de conocimiento, superándose la dicotomía artificial entre teoría y práctica (Arnold, 1991; Molina, 1998). Metodológicamente esta preocupación se tradujo en enfatizar en la importancia y el vínculo de unión entre la fundamentación teórica de las prácticas, el análisis de los hechos acontecidos durante su desarrollo y las consecuencias que se podían derivar del análisis de la propia experiencia (figura 5.1).

Figura 5.1 Tratamiento de los contenidos prácticos.



Consideramos que las experiencias prácticas y su análisis son especialmente significativas para el desarrollo de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud ya que la vivencia de los contenidos atiende al tiempo a los componentes afectivo y cognitivo de las actitudes (Fishbein y Ajzen, 1975).

Planteamos dos tipos de actividades prácticas. Las primeras, que se desarrollan a continuación, eran actividades propuestas por el profesor para el desarrollo de las cualidades físicas relacionadas con la salud: resistencia aeróbica, fuerza resistencia y flexibilidad. Añadimos también la relajación porque, aún sin ser una cualidad física, supone una actividad intrínsecamente relacionada con la salud y, además, su práctica implica un contrapunto interesante para discutir sobre el valor ideológico del motricismo en relación con el acondicionamiento físico y la salud. Con este primer bloque se trataba básicamente de proporcionar recursos teórico-prácticos relacionados con un enfoque orientado hacia el proceso.

En siguiente apartado presentaremos un programa de acondicionamiento físico y salud adaptado de la propuesta de Devís y Peiró (1992a) dirigido a la enseñanza secundaria. Básicamente se trataba de que alumno/a diseñara, elaborara, desarrollara y evaluara un programa de mejora de la condición física que se adecuará a sus capacidades, gustos e intereses. Se pretendía enfrentar al alumnado a las ventajas y los problemas de ese enfoque. Antes de desarrollar estas actividades se proporcionó al alumnado unos materiales informativos y de conexión teoría-práctica (Devís, 1998)⁵².

⁵² Ver anexos 2 y 3.

1.- Practica aeróbica 1: Circuito aeróbico y Zona de actividad

Tras un calentamiento se propuso un circuito aeróbico compuesto por tres estaciones de 7 minutos de duración cada una. Las actividades eran realizadas por parejas formadas al azar. En la estación A) se realizaba un juego de cooperación en la B) uno de competición y en la C) carrera continua por un parque adyacente. Cada alumno/a debía realizar tomas de pulsaciones de 6 segundos para comprobar su ritmo cardiaco por minuto (tras multiplicar el resultado por 10). Para relacionarlas con sus sensaciones durante la práctica, se le entregó al alumnado la tabla que se recoge en el material 3. En la parte de sensaciones, debían escribir apreciaciones subjetivas sobre su gusto por la actividad, su relación con sus compañeros/as, las sensación consigo mismo/a, aspectos relacionados con el lugar de práctica, o cualquier otra cuestión que quisieran recoger. Los resultados de esta tabla debían trasladarse a un gráfico y a un comentario escrito que posteriormente debían compararse con las del compañero/a.

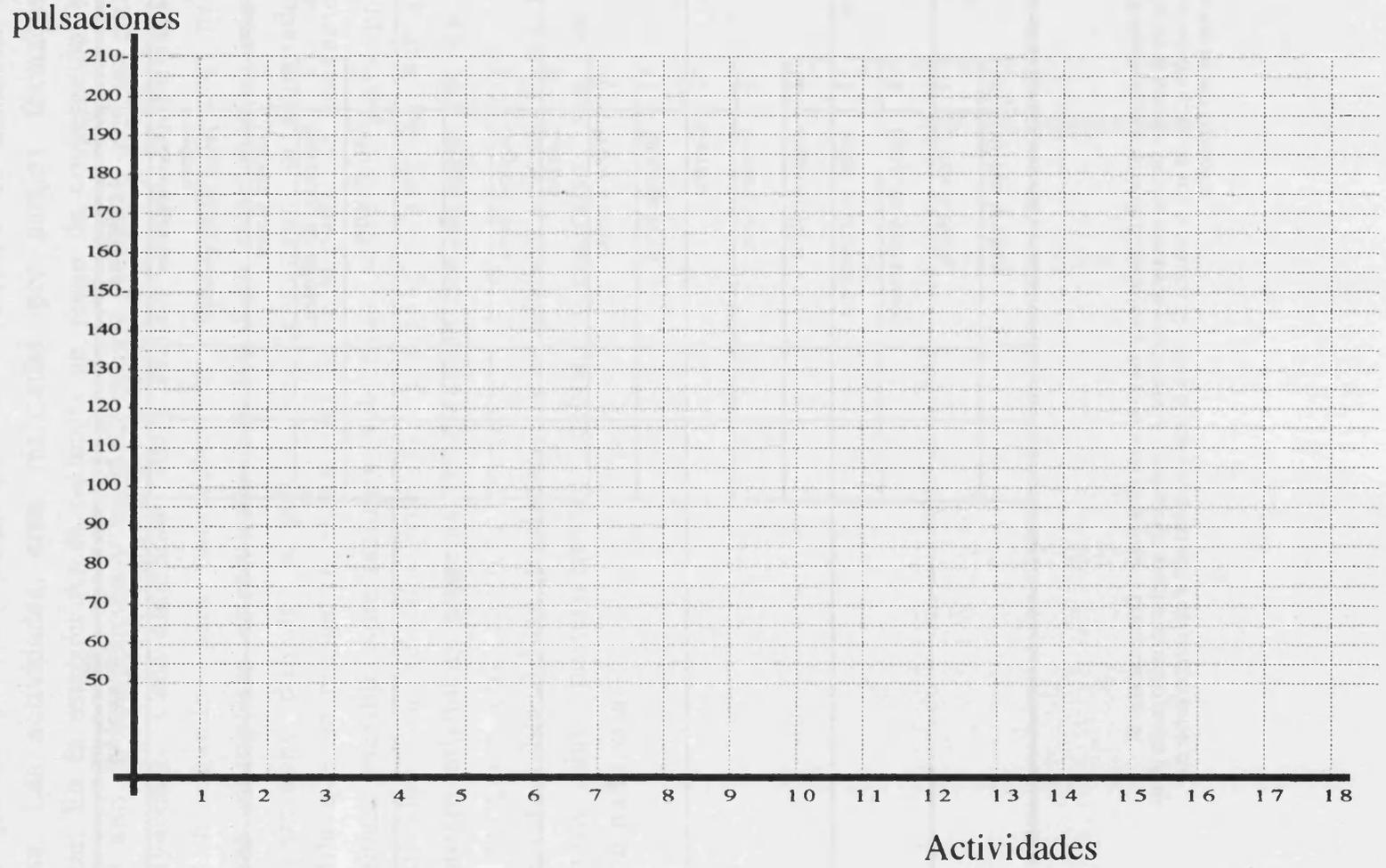
Material para el alumnado 4
Tabla de toma de pulsaciones y sensaciones.

		Actividad	ps. 6"	x10	Sensación
Antes de la práctica	1	Pulsaciones en reposo			
	2	Antes calentamiento			
Primera parte (Calentamiento)	3	Carrera suave			
	4	Ejercicios en carrera			
	5	Estiramientos			
Circuito A	6	Cambio			
	7	Primera toma			
	8	Segunda toma			
Circuito B	9	Cambio			
	10	Primera toma			
	11	Segunda toma			
Circuito C	12	Cambio			
	13	Primera toma			
	14	Segunda toma			
Parte final	15	Antes estiramientos			
	16	Después estiramiento			
Tras la práctica	17	5' tras la clase			
	18	10' tras la clase			

Pasa los resultados a la tabla de pulsaciones y marca tu zona de actividad. Comprueba si la intensidad de la práctica ha sido adecuada y constante. A continuación escribe un relato (estilo libre) en el que cuentes cómo ha sido tu práctica. Compara tu tabla y tu relato con el del compañero/a con el/la que has hecho tu práctica.

Material para el alumnado 5
Gráfico para la Zona de Actividad

Gráfica de la Zona de Actividad



Posteriormente planteamos un progresión de actividades que iban desde un extremo totalmente centrado en el resultado a otro totalmente orientado hacia el proceso. Se pretendía mostrar cómo podía darse una evolución en el autoconocimiento desde los indicadores cuantitativos y objetivos a los cualitativos y subjetivos. Para ello se pidió al alumnado que elaborara una progresión de prácticas aeróbicas que fueran de la A a la Z, en la que A sería una práctica en la que debían correr 21 minutos dando vueltas a un patio vigilados por el profesor/a porque *así lo habían mandado*. Se les pidió que ubicaran el circuito realizado en esa progresión y señalaran las características de una práctica que situaran en el extremo Z.

Con esta actividad se buscaba mostrar la utilidad de la Zona de Actividad, determinar su valor como indicador de la práctica aeróbica saludable y compararlo con el de los indicadores subjetivos basados en la interpretación personal de las sensaciones somáticas. Interesaba que el alumnado buscara una analogía entre los indicadores de la actividad física relacionada con la salud y las sensaciones producidas durante la práctica. Con la progresión de actividades quisimos sugerir que la introducción de los indicadores subjetivos se podía hacer de forma gradual, conservando los aspectos cuantitativos relacionados con el tiempo e intensidad de la práctica aeróbica. Y también, que en esta progresión el papel del profesorado, sin dejar de ser importante, necesariamente debía cambiar en relación con su protagonismo absoluto en las actividades más dirigidas.

Material para el alumnado 6
Progresión de las actividades aeróbicas

	PRÁCTICAS			
	A	B	C	?
Pon un título a cada una de las prácticas				
¿Cuál es el objetivo de la práctica?				
¿Sobre qué aspectos de la práctica debe decidir el profesorado?				
¿Sobre qué aspectos de la práctica debe decidir el alumnado?				
¿Cuál será el papel del profesorado?				
¿Cuál será el papel del alumnado?				

- Sitúa el circuito aeróbico que has realizado en esta progresión en el punto C ¿Cómo crees que sería la práctica B?
- En la evolución de la práctica A a C ¿qué se conserva? ¿qué cambia?
- Idea un práctica D en la que se conserve lo mismo que en las anteriores y se acentúe el cambio que supone dicha evolución y así sucesivamente ¿Cómo crees que debería ser la última práctica en esta progresión? (llamémoslo objetivo Z)

2.- Práctica aeróbica 2: deporte aeróbico

Con esta actividad quisimos mostrar las ventajas e inconvenientes de plantear el deporte como actividad aeróbica. Para ello se dividió al alumnado en tres grupos y se les propuso que eligieran un deporte y adaptaran sus reglas de forma que:

- a) se buscara que la intensidad del juego fuera moderada y la duración suficiente para ser considerado una práctica aeróbica.
- b) el deporte elegido se adecuara a los gustos y capacidades de todos/as los/las participantes;
- c) hubiera control sobre la intensidad del juego y medidas de seguridad para evitar riesgos de lesión;
- d) el desarrollo del juego se diera con continuidad, intentando evitar las interrupciones;
- e) se destacaran los aspectos vinculados con la relación interpersonal, no con el resultado.

Para ello se les entregó un material denominado *cómo convertir un deporte en una pachanga aeróbica*, y unas preguntas para la evaluación y la puesta en común (material 7).

Material para el alumnado 7

Cómo transforma un deporte en un pachanga aeróbica

Se denominan actividades aeróbicas a aquellas en la que intervienen grandes grupos musculares, activándose los sistemas cardiovascular y respiratorio. Debido a su intensidad moderada, nos permiten identificar diferentes sensaciones, así como relacionarnos con otras personas y con el entorno.

La importancia de estas actividades para la salud se encuentra tanto o más en el proceso de práctica, y no en su resultado.

Es aconsejable realizar frecuentemente actividad aeróbica (tres o más veces por semana).

Lo importante es que aprendas a identificar qué tipo de actividad es mejor para ti, y de qué forma debes practicarla. Recuerda la importancia de los indicadores subjetivos.

Por ejemplo, si jugando al voleibol no sabes golpear de mano baja o hacer un toque dedos ¿por qué no permitir coger la pelota en vez de golpear?

En el calentamiento se debe ir aumentando progresivamente la intensidad.

Para disfrutar del juego tan importantes son los adversarios/as como los compañeros/as. ¡Cuidalos! Si cuando juegas te comportas de forma excesivamente vigorosa o violenta, ¿crees que van a querer seguir jugando contigo o contra ti?

Calcular el tiempo que vas a jugar puede ayudarte a no excederte en la prácticas. Si no tienes práctica en "leer" tus sensaciones, puedes utilizar la toma de pulsaciones y la Zona de Actividad como indicador.

Las actividades aeróbicas no tienen que ser aburridas. Todo lo contrario. Divirtiéndose y disfrutando también conseguimos mejorar nuestra condición física. Muchos/as de vosotros/as disfrutáis practicando algún deporte de equipo. Pero los deportes de equipo plantean algunas dificultades para ser considerados como prácticas aeróbicas. Por ejemplo, el nivel técnico o el desarrollo físico pueden ser factores limitantes para la participación. En ocasiones también pueden provocar actitudes competitivas. Los niveles de intensidad son variables, de forma que no perdemos el control sobre la continuidad o la moderación de la práctica.

Estas dificultades se acentúan en el contexto de las competiciones "oficiales". Pero más flexibles cuando hablamos de hacer deporte de manera informal. Realizando algunas sencillas modificaciones, los partidos informales (lo que llamamos "pachangas") pueden acercarse más a lo que consideramos actividad aeróbica. A continuación te presentamos algunas ideas para crear tus propias "pachangas aeróbicas".

BUSCA UNA PARTICIPACIÓN ADECUADA

- Elige un deporte al que sepas jugar mínimamente y con el que disfrutes.
- Intenta practicarlo con personas que tengan un nivel técnico y físico similar al tuyo.
- Introduce formas de ejecución que os permitan participar a todos/as, no más a unos/as que a otros/as.

JUEGA DE FORMA SEGURA

- Realiza un calentamiento adecuado al tipo de deporte que vayas a practicar.
- Evita acciones que puedan suponer riesgo de lesión para ti o tus compañeros/as. Intenta evitar situaciones de riesgo fruto del excesivo ímpetu en el juego.
- Realiza ejercicios de flexibilidad y relajación al finalizar la práctica.
- Ten en cuenta que para que se pueda considerar aeróbica, la práctica se debe prolongar un cierto tiempo.
- Durante el desarrollo del juego, intenta mantener un cierto control sobre la intensidad de la práctica.

JUEGA CONTINUAMENTE

En general, un espacio más pequeño supone una actividad menos intensa. Es más recomendable para personas con menor condición física.

A todos/as nos gusta marcar, pero desgraciadamente siempre suelen ser los mismos/as quienes lo hacen. ¿Por qué no cambiar el tamaño de las porterías (canastas, o zonas de marca), o ampliar su número? ¿Y qué tal si inventamos nuevas formas de marcar que nos permitan realizarlo a todos/as?

¿A que veces piensas que te gustaría quedar con amigas/os para jugar a algo? ¿Por qué no lo haces hoy?

No es aconsejable fijarse un tanteo para acabar la actividad. Lo interesante es guardar una cierta igualdad que mantenga la incertidumbre.

¿Nunca te ha ocurrido que jugando lo pasas tan bien que se te olvida el resultado? Eso indica una actitud no competitiva.

Las "pachangas aeróbicas" implican un tipo de juego informal. Las reglas y desarrollo del juego son flexibles y no hace falta árbitro para vigilar el desarrollo del juego.

-Puedes introducir modificaciones en las dimensiones del terreno de juego que favorezcan la continuidad. Por ejemplo, eliminar los fueros de banda, cambiar el tamaño de las porterías, o variar las características de las zonas de marca.

- Elimina papeles que impliquen situaciones estáticas prolongadas, como el portero. Eso hace que disminuya demasiado la intensidad de la actividad.

- Busca instalaciones que sean accesibles donde podáis realizar el deporte que más te guste. Queda con compañeros/as que puedan jugar a la misma hora y en el mismo lugar que tu.

- Intentad quedar para jugar también fuera del horario de clase. Podéis planteaos jugar con cierta frecuencia en las instalaciones del centro o en otro lugar en el que os venga mejor.

EL DEPORTE TAMBIÉN ES UNA FORMA DE RELACIÓN

- Competir no implica intentar ganar por todos los medios. Intenta evitar la competitividad.

- Busca jugar a otros deportes que no sean "el tuyo". Aprender a hacer algo nuevo también puede ser un placer.

- Lo de menos es el resultado.

- Lo más divertido es disfrutar de situaciones inesperadas que se dan a lo largo del desarrollo del juego.

CUESTIONES

- ¿A qué deporte has jugado? ¿Por qué lo has elegido? ¿Con quién has jugado? ¿Por qué con esas personas?

- ¿Qué tipo de ejercicios habéis hecho en el calentamiento?

- Durante el desarrollo del juego ¿te has mantenido dentro de la Zona de Actividad?

- ¿Qué modificaciones habéis incluido en las reglas? ¿Cuál ha sido su efecto en el desarrollo del juego?

- ¿Recordáis si habéis ganado o perdido? ¿Cómo os ha hecho sentir el resultado?

- ¿Sueles hacer deporte? ¿Crees que has participado más, menos o igual de lo que sueles hacerlo?

- Después de acabar de jugar, ¿qué tipo de ejercicios habéis hecho? ¿Durante cuánto tiempo?

- Cuenta alguna anécdota que recuerdes.

- ¿Qué es lo que más te ha gustado?

- ¿Qué cambiarías para la siguiente vez?

Pon en común tus reflexiones con las de tus compañeros y compañeras ¿Coinciden? ¿Qué adaptaciones crees que habría que hacer la próxima vez que juguéis?

Esta actividad pretendía mostrar las ventajas y los inconvenientes que supone el deporte como práctica aeróbica. El juego hace que la participación se haga más amena y divertida, y la competición, cuando es un elemento más del juego, se convierte en un elemento motivador. Sin embargo, también puede ocurrir que las diferencias en la capacidad física o técnica propicie una participación desigual. Por otra parte, cuando aparece la competitividad, es decir, cuando la victoria se convierte en el principal objetivo, el juego deja de tener un carácter lúdico.

Interesaba que alumnos y alumnas con diferentes capacidades físicas y técnicas hicieran deporte juntos/as, analizaran su experiencia individual y la compararan con la de los/las demás para que sacaran sus conclusiones sobre aspectos metodológicos como la importancia de la formación de los grupos y las medidas para regular el esfuerzo y disminuir la competitividad.

3.- Práctica aeróbica 3: otros juegos aeróbicos

Esta actividad, directamente ligada con la anterior, intentaba ofrecer alternativas a las limitaciones del deporte como juego aeróbico. Para ello se propusieron juegos populares con una estructura ambivalente y fluctuante, como la Pelota Sentada y los Tres Campos (Guillemard et al., 1989). También se pretendía mostrar que conforme gana protagonismo el juego, se hace más difícil el control de la acción mediante indicadores objetivos.

Material para el alumnado 8 Otros juegos aeróbicos

Existen otros juegos que no conllevan tantas dificultades como los deportes para convertirse en actividades aeróbicas. Implican menor dificultad técnica, relaciones distintas entre jugadores y jugadoras, y que pueden resultar más fáciles de adaptar al propio nivel de condición física. Además son juegos que pertenecen a nuestra propia cultura, y se han jugado en tu pueblo o ciudad mucho antes de que se inventaran el fútbol o el baloncesto. Aunque, desgraciadamente, cada vez se practican menos.

Aunque no lo parezca, el deporte no es la única forma de juego de equipo. Aquí te presentamos otras. Si las practicas seguro que te sorprenderás de lo divertidas que son y de cómo permiten la participación de todo el mundo, independientemente de su capacidad técnica, o su nivel de condición física.

No olvides las recomendaciones que hacíamos en la ficha anterior sobre la intensidad de la práctica, el calentamiento antes de la actividad, los estiramientos, etc. Si no se te ocurren juegos, puedes orientarte en el libro de GUILLEMARD M. ET AL.. (1989): **Las cuatro esquinas de los juegos**, Agonos, Lleida.

CUESTIONES

- ¿Qué juego has elegido? ¿Por qué? ¿Con quién has jugado?
 - ¿Qué tipo de ejercicios habéis hecho en el calentamiento?
 - ¿Te has mantenido dentro de la Zona de Actividad?
 - ¿Recordáis si habéis ganado o perdido? ¿Cómo os ha hecho sentir el resultado?
 - ¿Crees que has participado más, menos o igual que en cuando jugaste a los deportes de equipo? ¿Y los demás compañeros y compañeras?
 - ¿Qué factores habéis tenido en cuenta para convertirlo en un actividad aeróbica?
 - ¿Habías jugado antes a estos juegos? Pregúntale a tus padres o abuelos si los conocen y los han practicado.
 - Después de acabar de jugar, ¿qué tipo de ejercicios habéis hecho? ¿Durante cuánto tiempo?
 - ¿Crees que estos juegos permiten adaptar la práctica a los criterios de salud? ¿Más o menos que los deportes de equipo institucionalizados?
 - Cuenta alguna anécdota que recuerdes del desarrollo de los juegos.
-

4.- Fuerza resistencia y música

En esta actividad se propuso una alternativa a los ejercicios tradicionales de fuerza resistencia basada en:

- a) realización de juegos y ejercicios por parejas;
- b) el uso de música para delimitar el número de repeticiones y el cambio de estación;
- c) adaptación del tipo y la realización del ejercicio al propio nivel de condición física.
- d) Realización correcta y segura de los ejercicios de fuerza.

Tras un calentamiento en el que se introdujeron los ejercicios y juegos a realizar se presentaron 10 estaciones con fichas en los que se mostraban tres formas de realizar el ejercicio en función de la intensidad: alto, media y bajo (ver material 9). Se prepararon dos cintas con cortes de 20" separados por silencios de 15" para señalar el tiempo de actuación y de cambio respectivamente. Las músicas utilizadas fueron de *Bob Marley* "No woman no cry" (55 bits por minuto, intensidad baja) y de *El último de la Fila* "Como un burro apoyado en la puerta de un baile" (110 bits por minuto, intensidad muy alta).

Tras realizar el circuito propuesto por el profesor, el alumnado debía preparar por grupos otro con la misma estructura pero eligiendo la música y los ejercicios.

Material para el alumnado 9
Circuito de fuerza resistencia y música

Hacer ejercicio con música que puede ser muy motivante. A cada uno/a le va un estilo, un tipo de música... ¿Por qué no realizar la sesión de fuerza resistencia al ritmo de tu música preferida?

La música puede jugar un papel muy importante en las sesiones de práctica física en general y de fuerza-resistencia en particular. ¿Cómo? Vamos a verlo:

1.- Cada música sugiere un tipo de actividad:

La música lenta y melódica invita a estar tranquilo, frente a la rítmica con fuerte presencia de percusión, que se socia con el movimiento repetitivo. La primera parece más adecuada para los estiramientos y la relajación, mientras que la última es ideal para la parte central de la sesión de fuerza resistencia.

2.- La música puede marcar la duración del ejercicio y el cambio de estación:

En un circuito de fuerza resistencia por ejemplo, las estaciones suelen durar entre 10 y 45 segundos. Puedes preparar una grabación con cortes de esa duración, con un pequeño silencio entre ellos. De esa forma sabrás cuando cambiar de estación.

3.- La música nos marca el número de repeticiones y la intensidad:

La intensidad de la música se puede medir contando el número de bits por minuto. Cuando escuchas una música rítmica tipo funky, reagee, rock, etc. a menudo puedes seguir su ritmo con palmadas o golpes. Esos golpes son los bits. Cuantos más bits tenga una canción por minuto, más repeticiones invitará a realizar.

Una música con menos de 60 bits por minuto es poco intensa. Entre 60 y 100 es de intensidad media. Más de 100 es de intensidad alta. Recuerda que en el trabajo de fuerza resistencia no siempre más velocidad implica más intensidad. Ejercicios realizados lentamente pueden suponer un mayor esfuerzo que realizados a más velocidad.

Por ejemplo, ¿de que intensidad es "no woman no cry" de Bob Marley? ¿y "como un burro amarrado en la puerta de un baile" de El Último de la Fila?

Actividad

Prepara una cinta con cortes de entre 10 y 20 segundos para realizar un circuito de fuerza resistencia de intensidad media. Puedes utilizar los modelos de ficha que hay a continuación. Dibuja variantes de cada ejercicio de forma que su intensidad sea alta media o baja.

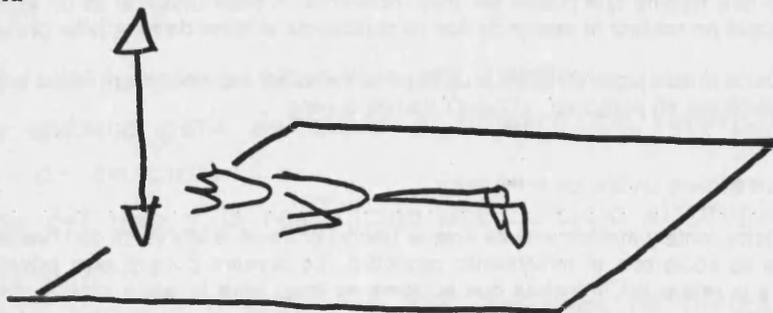
Realiza el circuito y modifícalo de forma que se adecúe a tu nivel de condición física.

Material para el alumnado 10
Ejemplo de ficha para el circuito de fuerza resistencia

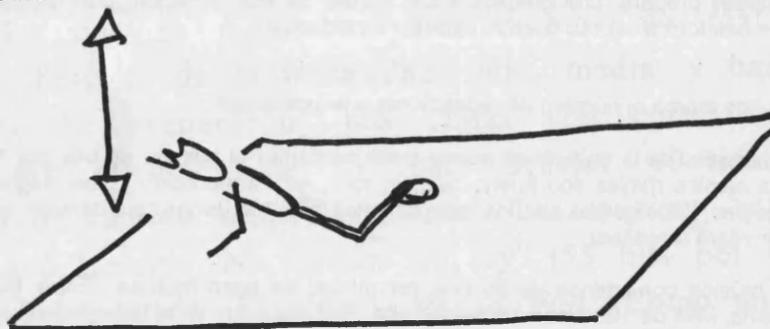
Circuito de Fuerza-resistencia

Nombre del ejercicio

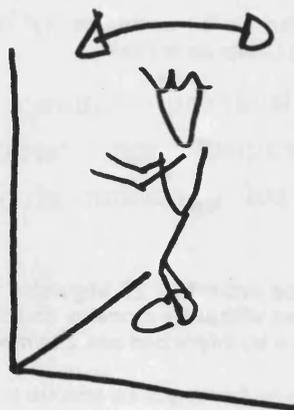
Intensidad alta



Intensidad media



Intensidad baja



5.- Flexibilidad

En esta actividad se pretendía plantear el desarrollo de la flexibilidad no desde la imitación de ejercicios de estiramiento (realizados por el profesor, compañero/a o representado por medio de dibujos), sino a partir de la propia percepción de la sensación de estiramiento. Se destacó la importancia de un clima tranquilo y relajado que permitiera llevar a cabo los ejercicios sin prisas y de forma personal, buscando la sensación de estiramiento y no la imitación de un modelo externo. El tema se presentó de la siguiente manera:

- a) Definimos qué es la sensación de estiramiento, haciendo hincapié en que, al tratarse de una percepción subjetiva, cada persona debía intentar encontrarla individualmente.
- b) Presentamos diferentes métodos de desarrollo de la flexibilidad. Destacamos sus ventajas e inconvenientes para ser realizados desde la sensación de estiramiento.
- c) A partir de una propuesta de ejercicios de flexibilidad de Anderson et al. (1995), cada persona debía realizar una secuencia de estiramientos encadenando posturas que le proporcionaran la sensación de estiramiento.
- d) Esa secuencia se realizaría al final de cada sesión práctica, de forma que el profesor pudiera dar información sobre la ejecución.

Material para el alumnado 11
Flexibilidad

El trabajo de flexibilidad se realiza mediante una serie de ejercicios conocidos habitualmente como estiramientos, cuyo objetivo fundamental es el elongamiento muscular. Los estiramientos deben formar parte de cualquier sesión de actividad física moderada o intensa, primero porque la flexibilidad es la única cualidad física que empezamos a perder desde el momento en que nacemos y segundo porque estirar puede ser una práctica muy agradable si se hace correctamente.

El estiramiento es un trabajo que depende de la persona que lo realiza. Aquí tiene poco sentido hablar de los indicadores objetivos de la práctica saludable. Un buen estiramiento se basa principalmente en la sensación de elongación muscular que produce el mantenimiento de una determinada postura, y eso sólo puede percibirlo e interpretarlo la persona que realiza el ejercicio.

A veces confundimos la sensación de dolor en un ligamento o articulación con la de elongamiento muscular. Los ligamentos y la cápsula articular no deben estirarse; de lo contrario corremos el riesgo de perder estabilidad en la articulación. Pero quizá lo más importante sea afirmar con rotundidad que el dolor no es más que el síntoma de que algo va mal. La sensación correcta debería ser suave, no intensa. Tendría que poder mantenerse indefinidamente.

Cada uno poseemos un nivel de flexibilidad diferente, por lo que no tiene sentido que intentemos imitar las posturas que realizan otras personas. Puede ser que a nosotros esas posturas nos provoquen dolor, no nos estiren o bien produzcan tensión en otra parte del cuerpo, por lo cual "lo que ganamos por un lado lo perdemos por otro". Cada uno debemos buscar nuestras propias posturas (aunque sean poco "espectaculares"), aprendiendo a basar nuestros estiramientos en la identificación de la sensación de elongación muscular.

Para conseguirlo, te recomendamos lo siguiente:

- *Busca un ambiente en el que estés cómodo/a. Abriégate si acabas de hacer ejercicio y concéntrate en la respiración. Pon una música agradable y tómate tu tiempo.*
- *No aguantes la respiración en los estiramientos ni busque rebotes para llegar más lejos.*
- *No intentes compararte con los/las demás. Cada uno encuentra la sensación en posturas diferentes.*
- *Intenta no tensarte cuando cambies de postura. Para ello es muy útil crear una especie de "coreografía" de estiramientos, que te permita pasar fluidamente de un ejercicio a otro.*
- *Recuerda que solo tú puedes aprender a identificar esa sensación. Practica diferentes posturas y métodos, hasta que encuentres la forma de estirar que más te vaya .*

En la tabla siguiente se resumen las principales métodos de estiramiento. Más adelante presentaremos los ejemplos del estiramiento pasivo de Anderson y del Stretching de Sölvebon. Pruébalos e intenta sacar tus propias conclusiones.

MÉTODO	FUNDAMENTO	TÉCNICA	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<i>Método de estiramiento pasivo (Anderson)</i>	Disminución del tono muscular Eliminación del reflejo miotático de estiramiento	Mantenimiento de una postura entre 20 sg y 1 min.	Sensación general	Identificación de la sensación de estiramiento. Posturas poco seguras
<i>Facilitación Neuronal Propioceptiva (F.N.P.) (Sölvebon)</i>		Tensión (10"-30"), relajación (2"-3"), extensión (10"-30")	Aumento en la eficacia del estiramiento	Dificultad Excesiva localización de la acción

Cuestiones

- ¿Cuánto tiempo le dedicas habitualmente a estirar? ¿Cuándo lo haces?
- ¿Has identificado la sensación de estiramiento? ¿Has notado como el músculo se elonga progresivamente? ¿Has sido capaz de diferenciarla de la de dolor?
- Realiza un estiramiento. Haz un recorrido mental de las diferentes sensaciones que se producen en todo tu cuerpo. ¿Qué grupos musculares estás estirando? ¿Hay tensión o dolor en alguna otra parte de tu cuerpo? ¿Se te ocurre alguna alternativa para mantener la sensación de estiramiento y eliminar la de tensión?
- ¿Qué método te ha resultado más fácil de realizar?
- ¿Se te ocurre alguna forma de estirar por parejas?

6.- *Relajación*

Presentamos la relajación planteando una unidad didáctica a la que denominamos *sentir que nos movemos*. Introdujimos el tema discutiendo porqué la relajación, a pesar de no entrañar ningún riesgo y redundar directamente en el bienestar, sigue siendo un contenido que tiene relativamente poco predicamento en comparación con otros que priman en la Educación Física (Ver material 13). Además de la relajación, planteamos un enfoque sensitivo del movimiento, basado en la combinación de movimientos muy simples con la respiración consciente. Para ello, en esta unidad didáctica planteamos diferentes ejercicios con una característica común: coordinar los movimientos expansivos (extensiones, abducciones, rotaciones externas) con la inspiración y los implosivos (flexiones, aducciones, rotaciones internas) con la espiración (ver tabla 5.18).

Tabla 5.18.- "*Sentir que nos movemos*". Tipo de ejercicios.

	Tipo de movimiento	Respiración	Ejercicio
<i>Eje transversal Plano anteroposterior</i>	Flexión	espiración	Desarrollo
	Extensión	inspiración	
<i>Desplazamiento</i>	avance	inspiración	Andar
	amortiguamiento	espiración	
<i>Eje vertical Plano frontal</i>	rotación externa	espiración	Rodar
	rotación interna	inspiración	

Estos movimientos eran realizados tras una relajación autógena tipo Shultz. En la puesta en común se discutía sobre las imágenes percibidas o los sentimientos que se habían producido. Debido a que para la realización de estas sesiones era imprescindible contar con grupos reducidos, esta unidad didáctica se simultaneó con el desarrollo del programa de acondicionamiento físico y salud

Material para el alumnado 12 Relajación

La relajación no es una cualidad física. Su práctica no sólo no propicia la mejora del funcionamiento del sistema locomotor sino que la persona que se relaja no siente ningún deseo de desplazarse. La relajación es un estado en el que intentamos perder el tono muscular necesario para cualquier contracción. Esto provoca un sentimiento íntimo de contacto con uno/a mismo/a, pero no redundando directamente en la mejora del funcionamiento de ningún sistema orgánico.

¿Por qué entonces incluir la relajación como una práctica de esta asignatura? La respuesta es compleja. Aprender a relajarnos resulta fundamental en nuestro actual estilo de vida. Y aunque la relajación no es una cualidad física propiamente dicha, si es un tema directamente relacionado con el referente de salud del que hablábamos al principio del curso. Pero además de ser un tema importante, es un tema *diferente*, que choca con la ideología motricista (la que considera que lo más importante y lo mejor es desplazarse de aquí para allá de la forma más eficaz) que impera en la profesión de la Educación Física.

Al igual que ocurría con la flexibilidad, la relajación no se puede enseñar sino que uno/a debe aprender a sentirla. La clase y el profesor lo único que puede proporcionar es un clima adecuado para que eso ocurra, que incluye la utilización de una serie de técnicas muy sencillas de explicar. Lo difícil es encontrar el estado de calma y de sosiego interior que exige relajarse. Así que si no lo consigues porque te distraes o porque te sientes observado/a, no te preocupes; otro día lo lograrás.

Un factor fundamental para relajarse es la respiración. Debemos intentar respirar utilizando tanto el pecho como el abdomen, notando cómo el aire fluye por nuestro cuerpo. No se trata de intentar espiraciones o inspiraciones forzadas, sino de permitir que nuestro pecho y nuestro abdomen se relajen. Cuando nos relajamos nuestra mente se llena de imágenes. Déjalas fluir también. La relajación es un estado muy particular y muy placentero. Cuando la logramos en profundidad, en ocasiones podemos incluso tener una singular experiencia de contacto con nosotros/as mismos.

A continuación te presentamos un ejemplo de una sesión de relajación siguiendo una de las técnicas más utilizadas normalmente: el entrenamiento autógeno de Schultz:

a) Creación del clima:

Es importante que os sintáis cómodos/as. Para ello no debe haber estímulos que os puedan distraer o molestar (ruidos, exceso de luz, olores desagradables). La temperatura debe ser relativamente alta; en caso contrario debemos abrigarnos bien, sobre todo manos y pies. El monitor utilizará una voz monótona y grave.

b) Actitud general:

Se debe buscar una posición de mínima tensión corporal. Cerramos los ojos y buscamos un estado que nos induzca a la calma ("estoy calmado"). Respiramos profundamente, prestando atención especialmente a la respiración abdominal.

c) Experiencia de pesadez:

Nos concentramos mentalmente en cada uno de nuestros miembros, pensando en una idea de pesadez ("mi brazo izquierdo me pesa, me pesa, me pesa"). No hay que hacer nada; trata de una idea abstracta que nos permite sentirnos cada vez más pesado. Así, finalmente, todo el cuerpo alcanza un agradable estado de pesadez, sintiéndonos unidos literalmente al suelo.

d) Imágenes y sensaciones

En ese estado podemos sugestionarnos con sentir diferentes sensaciones corporales (calor, frío, sueño) y recrear mentalmente lugares o personas reales o imaginarias. Podemos sentir diferentes sensaciones en diferentes partes del cuerpo ("mi cara está fresca y mis pies están calientes").

e) Vuelta al estado de actividad

Poco a poco empezaremos a movilizar los dedos de las manos y los pies, para pasar a mover los miembros superior e inferior. Nos incorporaremos muy poco a poco, intentando que la cabeza sea la última parte del cuerpo que se levante. Finalmente, caminaremos un poco hasta llegar a un estado de actividad normal.

Cuestiones

- ¿Te ha costado relajarte?
- ¿Has conseguido mantener un ritmo constante y profundo de respiración?
- ¿Qué imágenes te han venido a la mente mientras te relajabas?
- ¿Cómo te sientes después de la relajación?
- ¿Qué tipo de gasto energético crees que has realizado? ¿Crees que se trata propiamente de una actividad física? ¿Qué cualidad física has mejorado?
- ¿Qué cambiarías si volvieras a realizar?

Material para el alumnado 13
Unidad didáctica: sentir que nos movemos

Introducción

Los contenidos de los estudios de Educación Física son el resultado de diferentes factores. Por una parte, las prescripciones legales de materias, mediante los descriptores de las asignaturas. Por otro, los conocimientos y creencias del profesorado. Y por último, los conocimientos previos y capacidades del alumnado. Todo ello, mediatizado por variables contextuales tan importantes como el tiempo, el espacio, los medios, el entorno socioeconómico, etc., perfilan en gran medida la cantidad y calidad de los conocimientos de los que potencialmente serán futuros profesionales de la Educación Física.

Probablemente, este origen sea la causa del énfasis que se le dan a unos contenidos frente a otros. Resulta curioso que a pesar de la teórica importancia que se le da a algunos temas, su peso específico en el currículum resulta casi imperceptible, de manera que al final de sus estudios, el alumnado puede tener la sensación de haber *oído la música sin saber la letra*.

Existen numerosos ejemplos, que no es el momento de enumerar. En esta unidad didáctica nos ocupa en concreto una serie de contenidos que bajo la denominación genérica de estiramientos y relajación, tienen que ver fundamentalmente con la conciencia del propio yo. Sin duda es un tema que conocemos, o incluso hemos experimentado (aunque probablemente de forma aislada). Pero seguramente, adolecemos de experiencia suficiente y de recursos didácticos para trabajarlo en el entorno educativo. Además, aprovechando la posibilidad que se nos ofrece de trabajar en grupos pequeños, incidiremos en otros temas de la asignatura, como la ejecución correcta y segura del ejercicio y la estructura de una sesión.

Se trata de un tema diferente, que choca con la ideología motricista (la que considera que lo más importante y lo mejor es desplazarse de aquí para allá de la forma más eficaz) que impera en la profesión de la Educación Física. Y al ser diferente, nos vamos a enfrentar con algunas dificultades (y probablemente con algunos conflictos) de raíz más axiológica que metodológica (como diría mi amigo Xavi, buscad la palabra en el diccionario, que es un libro que aunque no hay que leerlo de una vez, resulta muy útil para algunas cosas). Ojalá sea así; espero que al menos no quedemos indiferentes.

Para acabar esta introducción tres palabras clave: calma, concentración y respeto.

Objetivos

- Ubicar la relajación y los estiramientos como contenidos relacionados con la práctica física.
- Conocer fundamentos y técnicas de relajación, estiramiento y la movilización, así como sus principios metodológicos.
- Adquirir los conocimientos anteriores fundamentalmente a través de la experiencia personal y grupal, combinando vivencia y reflexión.
- Proponer principios de procedimiento para plantear estos contenidos.
- Valorar la relajación como una sensación positiva asociada a la salud y como una forma de tomar contacto con uno/a mismo/a y con las/los demás.
- Presentar tanto los pros como los contras del trabajo de relajación en el ámbito educativo, con el fin de que el alumnado extraiga sus propios criterios.

Contenidos

Conceptos

- Fundamentos biológicos y funcionales de la relajación
- Métodos de relajación: Autógena de Schultz, progresiva de Jacobson
- Principios de procedimiento de las movilizaciones
- Principios de procedimiento del trabajo de la flexibilidad
- Técnicas trabajo de la flexibilidad
- Partes y principios de procedimiento del calentamiento
- Ejecución correcta y segura del ejercicio

Procedimientos

- Formas de evaluación de los contenidos propuestos
- Trabajo de flexibilidad pasivo y facilitación neuronal propioceptiva (FNP)
- Realización correcta y segura del ejercicio. Alternativas a ejercicios de riesgo.
- Toma de conciencia de sí mismo: utilización de la respiración como fundamento de la relajación, coordinación de la respiración con el movimiento
- Toma de contacto de los demás: contacto y movilización
- Realización de técnicas de relajación autógeno
- Realización de movilizaciones

Actitudes, valores y normas

- Autoconocimiento
- Autoestima
- Autonomía
- Desinhibición
- Respeto y cooperación con los demás
- Valoración de la realización correcta y segura del ejercicio
- Valoración crítica de los contenidos propuestos

Metodología y desarrollo

El trabajo se desarrollará en clases prácticas, mediante técnicas de aprendizaje mediante la búsqueda, en las que el profesor propondrá situaciones de enseñanza-aprendizaje, haciendo hincapié en los principios de procedimiento que considere fundamentales en cada una de las técnicas.

Dada la naturaleza de los contenidos, el trabajo de relajación se planteará con un estilo de enseñanza que discurrirá desde la asignación de tareas al descubrimiento guiado y el aprendizaje creativo. El trabajo de movilización se fundamentará en un estilo de aprendizaje recíproco. Los contenidos relacionados con los conceptos serán impartidos por parte del profesor, y siempre se relacionarán con la experiencia significativa del alumnado.

En las sesiones se propondrán técnicas de participación activa, como puestas en común, y debates, con las que se favorecerá el intercambio de experiencias personales.

Evaluación

Alumnado:

- Los conocimientos sobre la materia se evaluarán en la prueba objetiva de final de curso.
- El proceso de práctica se evaluará cualitativamente, utilizando como instrumento fundamental el autoinforme (diario).
- El alumnado deberá realizar una autoevaluación en función de los objetivos propuestos.

Unidad didáctica :

- Se utilizarán preguntas abiertas al alumnado y el diario del profesor.

La calificación final se obtendrá mediante el registro de asistencia, la calificación de los autoinformes, y la autoevaluación del alumnado. La calificación de esta unidad didáctica se considerará una nota de la asignatura Práctica del Acondicionamiento Físico.

5.2.3.3 Programa de acondicionamiento físico y salud

Tras el desarrollo de las anteriores actividades, en la asignatura de Práctica de Acondicionamiento Físico se planteó una adaptación del programa de acondicionamiento físico y salud propuesto por Devís y Peiró (1992a) para la enseñanza secundaria. Estos autores plantean que un proyecto de actividad física y salud debe ser algo más que la simple realización de la actividad física que plantea el profesorado. También se debe ofrecer al alumnado la oportunidad de poner en práctica por sí mismos los conocimientos adquiridos hasta ese momento, así como enfrentarse a la necesidad de adquirir otros nuevos. Por otra parte, el programa proporciona al alumnado la oportunidad de cambiar el tipo de interacción tradicional entre profesorado y alumnado. Los alumnos y alumnas pueden y deben participar activamente en la toma de decisiones sobre la práctica, así como reflexionar de manera crítica sobre su propia experiencia. Además, la programación debe incluir al menos una sesión de práctica fuera del horario lectivo. De esta manera se pretende expandir la práctica más allá del ámbito físico y de control de la escuela.

Además de los aspectos citados, nuestra adaptación plantea dos innovaciones sobre la propuesta de Devís y Peiró (1992a) dirigidas al cambio de las A.P. y las A.R. En primer lugar modificamos las cualidades físicas relacionadas con la salud, introduciendo la relajación y eliminando la composición corporal. El motivo de introducir la relajación era que, a pesar de no tratarse en sí misma de una cualidad física, su práctica puede relacionarse intrínsecamente con la salud desde una perspectiva del bienestar (Devís en imprenta). Eliminamos la composición corporal porque consideramos que el control sobre la relación

entre peso magro y peso graso no era un aspecto relevante en un tratamiento orientado a disminuir las A.R.

La segunda aportación fue plantear los criterios de salud como principios que debían regir los programas. De esta forma, los objetivos personales no debían centrarse sólo en aspectos de tipo cuantitativo (frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de actividad), sino que también debían tenerse en cuenta objetivos vinculados con la gratificación, la autonomía, la seguridad, la continuidad y la adecuación. A continuación pasamos a exponer la elaboración, desarrollo y evaluación del programa.

1.- Elaboración del programa

En la elaboración se planteó, en primer lugar, el sentido de realizar una actividad de este tipo en la asignatura. Como se muestra en el material para el alumnado, el punto de partida era un análisis de las propias capacidades, intereses, posibilidades y gustos en relación con la práctica física. A partir de ellas, durante tres sesiones cada alumno y alumna debía realizar un programa personal de seis semanas de duración que incluyera objetivos, actividades y forma de evaluación (Ver material 14).

Material para el alumnado 14
Guía para el diseño del programa de acondicionamiento físico y salud

A) RESUMEN DE LAS CUALIDADES FÍSICAS

1.-Las cualidades físicas relacionadas con la salud son:

- Resistencia cardiorrespiratoria*
- Fuerza y resistencia muscular*
- Flexibilidad*
- Relajación*

2.- Relación entre las cualidades físicas y el tipo de actividad, frecuencia, intensidad y duración

	Resistencia cardiorrespiratoria	Resistencia y fuerza muscular	Flexibilidad	Relajación
Tipo de actividad	- Ejercicio continuado, de larga duración y de intensidad moderada.	- Ejercicios dirigidos a los grandes grupos musculares: Piernas, gluteos, brazos, pecho, abdomen.	- Ejercicios de movilidad. - Ejercicios de estiramiento de los principales grupos musculares.	- Ejercicios de autopercepción y pérdida del tono muscular.
Ejemplos	1) Actividades continuadas de larga duración: caminar rápido, correr, ir en bici, bailar, patinar, nadar, juegos y deportes. 2) Circuitos aeróbicos. ? (añade otros)	1) Series de repeticiones. 2) Circuitos de fuerza (con música). 3) Juegos y deportes. ?	1) Estiramiento pasivo (Anderson). 2) F.N.P. (Sölveborn). 3) Gimnasias suaves (Meziers, Alexander). ?	1) Método autógeno de Schultz. 2) Método progresivo de Jacobson. ?
Frecuencia	3- 4 veces por semana.	2-3 veces por semana.	Todos los días.	Todos los días.
Indicador de actividad adecuada	Zona de actividad. Poder hablar mientras se realiza. Sensación de fatiga sin llegar al agotamiento.	Sensación de cansancio muscular localizado.	Sensación de estiramiento.	Sensación de relajación localizada. Deseo de inmovilidad Imágenes.
Intensidad y duración	Moderada- baja 1) 15' o más. 2) Circuitos de más de 5' por estación sin pausa entre los cambios.	Moderada-baja 1) 2-3 series de 10-20 repet. 2) 6-10 estaciones 20". 3) De contacto y/o con saltos.	Relajante 1) Postura estática 20"- 1'. 2) Tensión (15")- Relajación (3")- estiramiento (20"). 3) Relajación global y sensitiva. Manipulación.	Relajante 1) Concentración la respiración y pérdida progresiva del tono muscular. 2) Máxima tensión// Máxima relajación.



B) GUÍA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA

ANTES DEL DISEÑO

- 1.- Haz un pequeño análisis del tipo de actividad física que realizas y el que te gustaría realizar. Piensa también en tus preferencias y en tu estado físico. Ese será el punto de partida sobre el que deberá basar el diseño
- 2.- El programa será elaborado individualmente, aunque su desarrollo puede ser en parejas o grupos. Para ello, antes del diseño, dialoga con las personas con las que te gustaría llevarlo a cabo, de forma que coincidáis en actividades. Lo que variaría en este caso sería la intensidad y la duración en función de vuestra condición física.
- 3.- El programa tendrá una duración de 6 semanas, que se repartirán en 1 para la elaboración, 5 para su desarrollo y 1 para la evaluación.
- 4.- En cada sesión deberá haber:
 - *Un calentamiento*
 - *Ejercicios de resistencia cardiorrespiratoria y/o resistencia muscular*
 - *Ejercicios de flexibilidad*
- 5.- El trabajo de las cualidades físicas debe tener un aumento de intensidad progresiva. Es mejor empezar "por bajo".

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El objetivo general del programa es REALIZAR ACTIVIDAD FISICA:

- **Gratificante:** elige aquellas actividades que más te motiven. Hay que huir de la obsesión por el rendimiento.
- **Adecuada:** intenta realizar actividad de intensidad ni superior ni inferior a tus posibilidades. Elige aquellas actividades que más se adecúen a tus intereses y al contexto (material, entorno, compañeros-as).
- **Autónoma:** toma decisiones sobre la actividad basadas en la vivencia de la actividad y el conocimiento de tu cuerpo.
- **Segura** Evita los ejercicios o posturas que entrañen riesgo de lesión (ejercicios contraindicados), así como las actividades en las que percibas inseguridad. No se trata de imitar lo que otros u otras hagan.
- **Continua:** valora el conocimiento de ti mismo/a, la relación con los demás, el entorno en que se realiza, es decir, todo lo que se da *durante el proceso* de la práctica. La mejora de la condición física es una consecuencia más, pero no el único objetivo.

En función de estas nociones, uno/a escribiréis vuestros propios objetivos personales. Entre ellos se debería incluir al menos referencias a:

- a) mejorar la condición física
- b) conocer nuevas formas de práctica física
- c) realizar la actividad física de forma segura y autónoma
- d) Tomar contacto conmigo misma/o y con los demás

Cada uno de estos puntos (u otros), los debéis desarrollar en objetivos concretos. Por ejemplo, la mejora de la condición física la podéis concretar como objetivo personal "correr 20 minutos seguidos sin cansarme en exceso".

2.- Desarrollo y evaluación del programa

El programa incluía cuatro prácticas semanales durante cinco semanas. Al disponer únicamente de dos sesiones lectivas a la semana, las prácticas se distribuyeron en una sesión de la unidad didáctica "sentir que nos movemos", una sesión de práctica del programa y dos sesiones de práctica del programa fuera del horario lectivo. Se hizo hincapié en que aunque el diseño del programa fuera individual su desarrollo podía ser grupal. Es decir, las personas que coincidieran en sus intereses y objetivos podían buscar realizarlo de manera conjunta. Para hacer públicos los intereses personales, se colgaron en el aula unos *tablones de anuncio de actividad* (ver material para el alumnado 17) dónde el alumnado podía hacer *ofertas y demandas* sobre la actividad física que realizaba o le gustaría realizar.

El profesor supervisó la elaboración de los programas, que evaluó y devolvió al alumnado antes de su puesta en práctica. También supervisó su desarrollo en las sesiones en pequeños grupos de "sentir que nos movemos", las cuáles empezaban con una puesta en común en la que el alumnado y el profesor intercambiaban comentarios sobre las prácticas del programa. En cualquier caso, la evolución del programa llevaba a una pérdida del control por parte del profesor, que culminó en el periodo vacacional de Pascua en el que el programa se llevó a cabo de forma totalmente autónoma.

Para la evaluación, el alumnado debía comprobar el grado de cumplimiento de sus propios objetivos. Para ello debía elegir y aplicar aquellos instrumentos de evaluación adecuados a sus objetivos. Como orientación se les propuso una serie de cuestiones de autoevaluación. También debían realizar diarios personales, cuyo contenido analizarían posteriormente⁵³.

⁵³ Ver categorías para el análisis de los diarios en el anexo 4.

Material para el alumnado 15
Desarrollo y evaluación del programa
C) DISEÑO DEL PROGRAMA

- 1.- El programa implica al menos 4 sesiones de práctica durante 5 semanas. Cualquier tipo de actividad física que planeéis debe verse reflejada en la hoja de programación.
- 2.- Las clases tendrán una duración de 90'; distribuís el trabajo para ese tiempo. Las sesiones extra tendrán una duración libre.
- 3.- El diseño del programa es individual pero su desarrollo puede ser en grupo. En ese caso, buscad actividades que se amolden a las capacidades, intereses y preferencias de todos los que vayáis a realizar la práctica juntos.
- 4.- Intentad diseñar sesiones atractivas. Podéis traer música, materiales, ir fuera del centro, etc. Tenéis la oportunidad de innovar y ser creativos-as, sin necesidad de reproducir actividades y ejercicios tradicionales.
- 5.- El programa es flexible. No os obsesionéis en cumplirlo a rajatabla. A mitad del programa habrá una evaluación, por si debe cambiarse algo.
- 6.- **MUY IMPORTANTE:** Programad actividades sencillas de realizar. No se trata de "microsesiones" en las que debáis demostrar vuestros conocimientos sobre un determinado tema, sino de propuestas que os permitan disfrutar a cada uno/a de la práctica física. Para ello, programar la estructura básica de la actividad (variables FITT); el interés nacerá durante su desarrollo.

D) DIARIO

Cada uno/a elaborará un DIARIO PERSONAL, en el que reflejará sus impresiones personales sobre el desarrollo del programa. El estilo es libre, y en el se puede reflejar por ejemplo:

- *Qué he hecho cada día (puede coincidir o no con lo programado).*
- *Cómo me he sentido conmigo mismo y con los demás.*
- *Qué he aprendido.*
- *Qué me ha gustado.*
- *Qué me gustaría cambiar.*

Al final de su elaboración, se podrá formular una conclusión sobre cada uno de estos apartados.

E) CUESTIONES DE AUTOEVALUACIÓN

- 1.- ¿He asistido y participado regularmente en las sesiones?
- 2.- ¿Considero adecuados los objetivos de actividad física y salud que me he propuesto en el programa?
- 3.- ¿He alcanzado dichos objetivos?
- 4.- ¿He controlado mi actividad? ¿Qué instrumentos he utilizado para ello?
- 5.- ¿He seguido la programación que me he marcado?
- 6.- ¿He realizado una parte de intensidad progresivamente elevada al principio de las sesiones?
- 7.- ¿He realizado actividad efectiva y de riesgo reducido?
- 8.- ¿He realizado una parte de estiramientos y relajación en cada una de las sesiones?
- 9.- ¿He adoptado una actitud competitiva en la ejecución de los ejercicios, comparando mi nivel de ejecución con el de los demás o intentando ganar por encima de todo?
- 10.- ¿He realizado la actividad dentro de mis propias posibilidades? ¿He sentido molestias después de alguna sesión?
- 11.- ¿Realizar el programa ha motivado algún cambio en mi forma de realizar actividad física?
- 12.- ¿Qué es lo que más me ha gustado?
- 13.- ¿Qué es lo que menos me ha gustado?
- 14.- ¿Algo más...?

C) HOJA DE PROGRAMACION

- Esta hoja de programación es orientativa: si no responde a tus necesidades podéis ampliarla o modificarla.
- Debéis programar al menos tres sesiones semanales: las dos de clase y una extra¹.
- Recuerda que el desarrollo del programa es personal. Debéis anotar en vuestro diario las actividades de cada sesión, así como vuestras impresiones personales².

- La hoja os sirve para reflejar esquemáticamente qué es lo que vais a hacer cada día. En los diarios podéis ampliar todo lo que queráis
- Recuerda realizar un calentamiento al principio de la sesión, y ejercicios de estiramiento y relajación al final
- Prestad atención a la ejecución de los ejercicios. Cuidado con aquellas actividades y posturas que impliquen riesgo.

Cualquier duda consultadla con el profesor.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1ª semana							
2ª semana							
3ª semana							
4ª semana							
5ª semana							
6ª semana							

¹ Aunque el programa dura dos semanas, en la hoja se reflejan tres ¡por si queréis seguir!
² Ver guía para diseñar el programa

**Material para el alumnado 17
Ejemplo de hoja de anuncio de actividad física**

DIA

ANUNCIS D'ACTIVITAT FISICA PER PARAULES

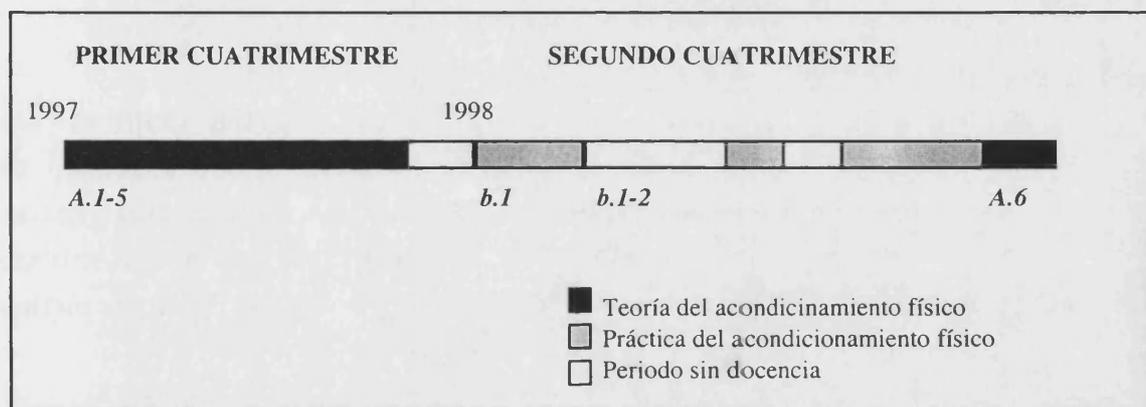
JARDI

Qui?	Activitat	Durada	Intensitat

5.2.4. Temporalización

En la Escuela de Magisterio *Edetania* las asignaturas Teoría y Práctica del acondicionamiento físico se imparten en el tercer curso, a razón de una sesión semanal de hora y media en el primer cuatrimestre (de octubre de 1997 a enero de 1998) y dos en el segundo (de febrero a mayo). La figura 5.2 muestra cómo se fueron combinando los contenidos a lo largo del periodo lectivo.

Figura 5.2.- Cronograma de las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico.



En el primer cuatrimestre se desarrollaron el grueso de los contenidos teóricos referidos a los referentes y el desarrollo de la condición física. Al final de este cuatrimestre se empezaron a introducir las actividades prácticas, que finalizaron al principio del segundo cuatrimestre. Seguidamente se diseñó y desarrolló el programa de acondicionamiento físico y salud. Para desarrollar el tema de la evaluación, al final del curso se utilizó la evaluación del propio programa.

5.2.5 La valoración del programa docente por el alumnado

Al final del curso se solicitó al alumnado que cumplimentara de forma anónima y voluntaria una hoja de evaluación con dos partes; en la primera se presentaba un cuestionario con ítems referidos a los contenidos, la metodología, la evaluación, la impresión general, la utilidad y el tiempo dedicado a las asignaturas. En la segunda se formulaba una pregunta abierta en la que se pedía una opinión general sobre aquello que hubiera resultado significativo o que quisieran resaltar⁵⁴.

Contestaron un total de 56 alumnos/as, lo que supone un 98 % de la muestra. De ellos/ellas 9 (16%) solo respondieron el cuestionario mientras que los/las 47 restantes (84%) incluyeron también alguna reflexión sobre el desarrollo de las asignaturas. Los porcentajes de las respuestas al cuestionario se presentan resumidos a continuación (ver tabla 5.19)

5.19.- Resultados de la valoración de las asignaturas Teoría y Práctica del acondicionamiento Físico por el alumnado del grupo experimental. Porcentaje de respuestas.

		Muy positiva Mucho	Positiva Algo	Negativa Poco	Muy negativa Nada	NS/NC
1	Valoración general de las asignaturas	18 %	65 %	11 %	0 %	4 %
	Valoración de los contenidos					
2	Referentes del acondicionamiento físico	34 %	53 %	9 %	0 %	2 %
3	Principios del entrenamiento	18 %	51 %	23 %	0 %	7 %
4	Resistencia	30 %	53 %	13 %	0 %	2 %
5	Flexibilidad	27 %	46 %	23 %	0 %	2 %
6	Relajación	53 %	23 %	23 %	0 %	0 %
7	Práctica aeróbica	55 %	30 %	9 %	0 %	4 %
8	Práctica de fuerza resistencia	23 %	33 %	23 %	2 %	11 %
9	Sentir que nos movemos	41 %	46 %	7 %	2 %	2 %
10	Programa	52 %	35 %	7 %	2 %	2 %
11	Evaluación	25 %	48 %	16 %	0 %	9 %

54 Ver anexo 5

12	Novedades aportadas por las asignaturas	44%	29%	11%	3%	11%
13	Valoración de la metodología					
14	Grupos puzzle	13%	62%	13%	7%	2%
15	Juego de rol	67%	55%	16%	2%	18%
16	Clases magistrales	9%	58%	30%	2%	0%
17	Clases prácticas	51%	39%	9%	0%	0%
18	Programa Fotopalabra	51%	32%	9%	0%	7%
19	Tiempo dedicado	20	51%	18%	2%	7%
20	Considero lo que he aprendido tendrá repercusión en mi futura labor docente	44	46%	7%	0%	2%

Puede apreciarse que los ítems son valorados de forma positiva o muy positiva por la mayor parte del alumnado. En este sentido, más de un 50% valora muy positivamente los contenidos referidos a la práctica aeróbica, la relajación y el programa de acondicionamiento físico y salud, así como las novedades aportadas por las asignaturas y la posible repercusión en la futura labor docente. En cuanto a las opiniones negativas, destaca que un 30% del alumnado tiene una opinión desfavorable sobre las clases magistrales y en torno a un 20% sobre los contenidos de los principios de entrenamiento, la flexibilidad y la relajación, y la técnica de la fotopalabra. En este último caso, un 18% no sabe o no contesta. Prácticamente un 90% del alumnado considera que las asignaturas tendrán alguna o mucha repercusión en su futura labor docente.

Para profundizar más en las opiniones del alumnado hemos analizado el contenido de las respuestas a la pregunta abierta. Para ello inferimos una serie de categorías a partir de la lectura de las propias respuestas. Estas categorías estaban referidas a las alusiones a la metodología, el profesor, los compañeros, la utilidad de la asignatura y los contenidos desarrollados. Finalmente, clasificamos cada respuesta en función de su estilo y de su valoración general. Tras su lectura y categorización, hemos

creído conveniente exponer el resultado del análisis de contenido de la siguiente forma:

1) En primer lugar trataremos aquellas valoraciones, ya sean positivas o negativas, en las que se da una cierta coincidencia entre el alumnado.

2) Más adelante nos centraremos en cuestiones en las que las opiniones difieren más, llegando incluso a ser contrapuestas.

3) Por último, expondremos y analizaremos dos textos que, a nuestro juicio, ilustran dos experiencias muy distintas y que reflejan el alcance del programa docente sobre el cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.

1.- Las opiniones más similares se centran sobre todo en la valoración positiva del programa de acondicionamiento físico y salud, así como el contenido referido a la evaluación⁵⁵. En este sentido, en relación con el programa en muchos casos se *agradece* la oportunidad que han brindado las asignaturas de poner en práctica los contenidos teóricos:

“Como lo más positivo destacaría el programa, que me dio un visión muy diferente de la que tenía de la educación física, y la de evaluación de los diarios.”

“Lo que más me ha gustado ha sido la elaboración del programa y su realización.”

Esta opinión favorable contrasta, en cambio, con otra negativa en la que también existe coincidencia y que critica la excesiva reiteración de algunos contenidos o la poca claridad con los que se han presentado. En muchos casos se considera también que, a pesar de haber sido una experiencia satisfactoria, existe

⁵⁵ Hay que significar que coincide el consenso favorable en dichas opiniones con que fueron los dos últimos contenidos impartidos en el curso.

una falta de aplicabilidad de los contenidos dados en las asignaturas a la escuela:

“Creo que algunas veces al intentar contextualizar, generalizar, abstraer, etc., lo concreto no queda claro o es difícil de seguir tu discurso; eso es fruto de que nadie se prepara la clase, leyendo los textos, etc.”

“Creo que hemos tenido una falta (sic.) de conocer directamente las aplicaciones directas (sic.) de los contenidos a la escuela.”

“La asignatura me ha sido muy útil en lo personal pero no estoy tan seguro de que lo pueda ser en lo docente.”

También hay coincidencia en destacar negativamente la falta de tiempo, lo que incide sobre la posibilidad de desarrollar mejor los contenidos:

“Pienso que la asignatura debería de (sic.) tener más horas o dividirla en otras ya que se da un poco de todo pero no se puede profundizar, sino que son ideas generales.”

En general se destaca positivamente que las asignaturas han servido para reflexionar sobre el acondicionamiento físico y sobre la Educación Física, aunque algunas personas matizan que en ocasiones esa reflexión ha resultado quizá *excesiva*, por lo que no han llegado a seguirla. En este sentido se critica al profesor por no preocuparse suficientemente de que el alumnado siguiera sus razonamientos:

“La asignatura me ha servido para conocer mejor la educación física. Verla desde otros puntos de vista y disfrutarla más aún de lo que siempre he hecho.”

“Es muy sorprendente ver reinterpretado tu pensamiento de una forma diferente hasta aprender de lo que ya conoces.”

“Las clases magistrales como las prácticas reflexivas se complementaban. A mi me han ayudado a darme cuenta de muchas cosas que se me pasaban por alto.”

“Haces muchas reflexiones sobre la práctica, le das mucha importancia tanto que llego a desconectar, no sé si es que me faltan muchos contenidos (sic.) o que llegas a hacer tales reflexiones que no llego a ellas, eso no sé si es bueno o es malo.”

“Las clases se hacían totalmente reflexivas y creo que tú eras el único que las seguías de principio a fin, dando por supuesto que los demás te entendíamos.”

2.- La opiniones en cambio son más dispares cuando se refieren a ciertos contenidos de las asignaturas, sobre todo los de relajación y la unidad didáctica *sentir que nos movemos*. Algunas personas destacan que ha sido uno de los aspectos más interesantes:

“La asignatura me ha gustado, sobre todo la relajación, que ayuda a conocerte a ti mismo.”

“Ha habido sesiones muy positivas para mi, como la unidad didáctica de *sentir que nos movemos*, y de las que he aprendido bastante.”

“La valoración de la asignatura es totalmente positiva. Lo que más me ha gustado ha sido las sesiones de *sentir que nos movemos*, ya que aprendí a dar un nuevo enfoque a la Educación Física.”

En cambio otras personas la critican agresivamente afirmando que les ha parecido una parte totalmente irrelevante, si no negativa:

“*Sentir que nos movemos* ha sido la mayor chorrada. Uno siente que se mueve con la velocidad y no con estarse parado.”

“Esas clases en la que no nos movíamos me hacían sentir ridículo. La educación física no es estarse quieto. Además eso no se puede hacer en la escuela y creo que no sirven para nada.”

Otra de las mayores discrepancias en las valoraciones del alumnado se da en relación con ciertos aspectos metodológicos, en concreto en lo referido a la metodología de trabajo

cooperativo (puzzle de Aronson). Ya sean valoraciones positivas o negativas las opiniones suelen estar referidas a los/las compañeros/as:

"No me gustó lo de los grupos puzzle quizá porque no me sentí a gusto con algunos compañeros."

"Todo lo que rodeo a lo de los grupos puzzle fueron conflictos (...) Como teoría es muy buena pero creo que los alumnos no cooperan mucho y eso fue todo lo que pasó."

"Creo que hacer los grupos puzzle es lo más interesante que me ha pasado en la carrera. Me ha servido para conocer más a los compañeros y preocuparme más por ellos. Al principio tenía muchas reticencias con los compañeros, pero el grupo funcionó de maravilla y aprendimos un montón."

3.- A continuación presentamos dos textos que, a nuestro entender, ilustran cómo dos personas perciben la experiencia desde prismas absolutamente distintos:

a) "Mi opinión sobre la asignatura es que no me ha aportado nada nuevo. Los temas han sido tratados muy superficialmente, cosa que veo incorrecta ya que la asignatura es muy interesante."

b) "He aprendido más sobre mi mismo, he conocido un punto de vista sobre la práctica física que no me había planteado nunca y que considero importante, al menos para uno mismo. He descubierto la importante relación entre la practica física y la reflexión. He aprendido que existen referentes sobre la condición física que debe ser importante observar y tener en cuenta como maestros de Educación Física. A pesar de todo me hubiera gustado aprender más sobre formas de trabajar la fuerza, etc., en el marco escolar."

El texto a) refleja la visión de una persona que se siente muy defraudada. Su crítica es global y tajante. Contrariamente a lo expuesto por sus compañeros/as, no se reprocha que se hubiera profundizado o reflexionado demasiado, sino la

superficialidad con la que han sido abordados los temas. Resulta muy llamativo que, en aparente contradicción, considere que *la asignatura* es muy interesante, a pesar de que lo dado en *la asignatura* no lo sea. Esa afirmación revela la existencia de una idea preconcebida sobre lo que debe ser la teoría y la práctica del acondicionamiento físico a la que, probablemente, las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico no se ha amoldado. Aunque en el texto no se aluda a la naturaleza de dicha preconcepción, viendo las críticas efectuadas por sus compañeros/as podemos aventurar dos hipótesis: o bien se refiere a la relativa escasez de contenidos referidos a las técnicas de mejora de la condición física o bien se relaciona con la ausencia de aplicabilidad de los contenidos a la escuela, si bien es cierto que estos últimos aspectos sí fueron tratados en las asignaturas. La rotundidad del “nada” con el que comienza el texto sugiere que su crítica va dirigida a algo que está ausente. A modo de conjetura, intuimos que la decepción de este alumno/a probablemente tenga que ver con la ausencia de alusiones al entrenamiento y a la mejora del rendimiento físico, aspectos que probablemente él o ella considere que deben ser la verdadera naturaleza y razón de ser de esa materia.

El texto b) creemos que refleja un cambio de actitud. Destacan las referencias hacia sí mismo/a y a las consecuencias personales que ha tenido lo aprendido. En la primera parte se hace referencia a los cambios en su forma de ver su propia práctica, mientras que en la segunda se hace más hincapié en los posibles efectos de esos cambios en su futura docencia. En realidad en el texto no se hace una valoración positiva o negativa de las asignaturas; no destacan tanto las referencias concretas al profesor, la metodología o contenidos concretos. Aunque al final se hace una crítica sobre ciertos aspectos concretos, por el tono general el texto parece más una reflexión en voz alta que un juicio de valor.

Más allá de sus posibles interpretaciones en clave didáctica, creemos que estos textos reflejan lo problemático del tratamiento educativo de las actitudes en los estudios universitarios de Educación Física. La cultura del alumnado hace que se asienten una serie de preconcepciones sobre lo que es o no es Educación Física las cuales, por otra parte, están a menudo en sintonía con la cultura de la Educación Física (Barbero, 1996; Medina y Delgado, 1998). Y esas preconcepciones determinan a su vez, en gran medida, la decisión de dedicarse profesionalmente a este campo y, por consiguiente, estudiar en la universidad. Entrar a discutir las supone poner en entredicho, más que una creencia o un aspecto de la cultura profesional, una parte de sus historias personales.

En cambio el segundo texto refleja la posible influencia del currículum en la actitud hacia la actividad física. E incluso se vislumbra su posible repercusión profesional. El alumno o alumna no afirma que vaya a hacer más actividad física, sino que ahora ve la suya propia "de forma distinta" y cómo ello influirá en su práctica docente. No pretendemos con esta comparación hacer un juicio valorativo entre ambas opiniones. Sin embargo, creemos que este análisis ilustra las posibilidades y limitaciones de la intervención sobre las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en el ámbito de la formación del profesorado de Educación Física.



CAPÍTULO 6

**CAMBIOS PRODUCIDOS EN LAS
ACTITUDES HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA
RELACIONADA CON LA SALUD**

Tras el desarrollo del programa docente en las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico en los días 25 y 26 de mayo de 1998 volvió a aplicarse el C.A.A.F.S. a los grupos experimental y control. Se registraron dos cuestionarios menos de alumnas del grupo experimental y un alumno y una alumna del grupo control por lo que la mortalidad en la muestra posttest es insignificante.

Para exponer los resultados primero nos referiremos a los cambios en las actitudes hacia el proceso (A.P.) y después a las centradas en el resultado (A.R.). En ambos casos realizamos dos análisis estadísticos: para comprobar los cambios experimentados dentro de cada grupo realizamos un prueba T de Student comparando los resultados del pretest y del posttest. Para analizar las diferencias en el posttest realizamos una ANOVA multivariado tomando las A.P. y A.R. como variables dependientes y el grupo y el sexo como variables independientes.

A continuación exponemos los resultados de cada una de las medidas que proporciona el C.A.A.F.S.: actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.).

6.1 Cambios en las actitudes hacia el proceso

6.1.1 Cambios por grupo (experimental y control)

Para analizar estadísticamente los cambios experimentados en las A.P dentro de cada grupo realizamos pruebas T de Student comparando las medidas pretest-postest. La tabla 6.1 refleja las medias y desviaciones típicas en las medidas pretest-postest del grupo experimental en las A.P. y en cada uno de los ítems que la componen dicha subescala del C.A.A.F.S. También se muestra el valor T y la significación estadística de las diferencias si las hubiere.

Tabla 6.1.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Diferencia de medias pretest-postest en el grupo experimental. Prueba T de Student.

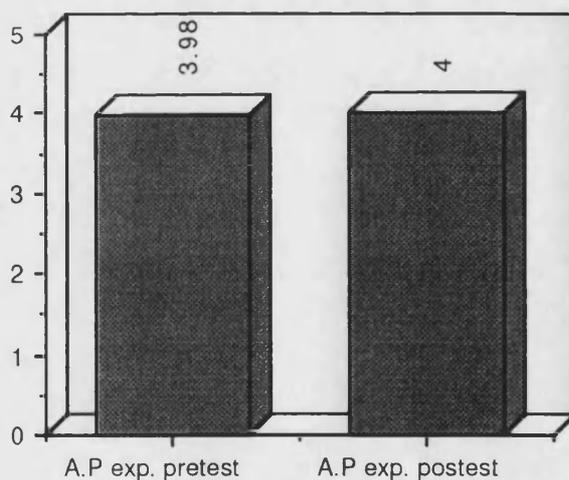
ITEM	Pretest. exp.	D. T.	Postest. exp.	D. T.	Valor T	Significación
A.P.	3.98	.75	4.00	.56	-.16	No signific.
Ítems 1	4.35	.77	4.31	.77	.17	No signific.
10	4.33	.81	4.63	.81	-1.46	No signific.
3	4.25	1.03	4.04	1.03	1.02	No signific.
12	4.15	1.14	4.17	1.14	.03	No signific.
20	3.96	1.29	4.38	.84	-1.87	No signific.
6	3.87	.84	3.97	.95	-.63	No signific.
8	3.91	.95	3.47	1.15	1.85	No signific.
14	3.61	1.07	3.45	1.04	.98	No signific.
17	3.53	1.03	3.33	.94	-1.28	No signific.

En la tabla 6.1 puede apreciarse que la media del grupo experimental en el postest (4.00) es ligeramente superior a la del pretest (3.98), como también lo es la dispersión de la respuesta (D.T. exp pretest=.75; D.T. exp postest=.56). Las diferencias halladas no son estadísticamente significativas. En cuanto al análisis de los ítems observamos que, al igual que en el pretest, en la medida postest las medias más altas se dan en los ítems 10

(4.63) y 1 (4.31), ambos vinculados a la dimensión actitudinal *gratificación* (ítem 10: “No siento ningún placer haciendo actividad física.”; ítem 1: “Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando.”). También coincidiendo con el pretest, los ítems con medias posttest más bajas son el 17 (3.33) y el 14 (3.45), ambos referidos a la dimensión actitudinal *seguridad* (ítem 17: “Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias, como por ejemplo agujetas o dolores articulares.”; ítem 14: “Después de una sesión de práctica física siempre realizo ejercicios de estiramiento.”). El valor T indica el mayor aumento en la puntuación posttest (-1.87) se da en el ítem 20 (ítem 20: “No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.”), mientras que la mayor disminución (1.85) se da en el ítem 8 (ítem 8: “Antes de hacer actividad física siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar.”). En ningún caso las diferencias son estadísticamente significativas.

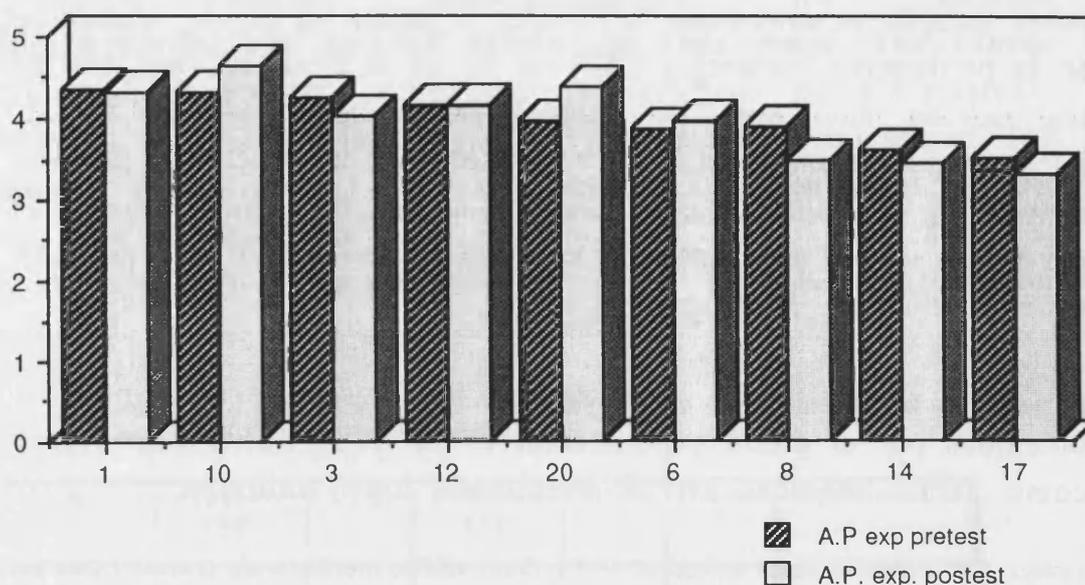
En el gráfico 6.1 se muestran las medias pretest-posttest obtenidas por el grupo experimental en las A.P. Puede apreciarse como ambas medidas arrojan resultados muy similares.

Gráfico 6.1.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Diferencia de medias entre pretest y posttest en el grupo experimental.



En el gráfico 6.2 se muestran las variaciones en las medias pretest-postest en el grupo experimental de cada uno de los ítems que componen la subescala A.P.

Gráfico 6.2.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Diferencias pretest-postest en el grupo experimental por ítems.



En el gráfico 6.2 se aprecia que en los ítems 10, 20, 6 y 12 la media postest supera a la pretest. Este aumento resulta más acusado en los ítems 10 (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física.") y 20 (ítem 20: "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien."). Por el contrario, en el resto de ítems (1, 3, 8, 14, 17), hay una disminución en las medias postest, que es especialmente notable en el ítem 8 (ítem 8 "Antes de hacer actividad física siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar."). En ningún caso estas diferencias son estadísticamente significativas.

Del mismo modo que procedimos con el grupo experimental, para analizar los cambios en las A.P. experimentados en el grupo control, tras la realización del

programa docente realizamos un prueba T de Student comparando las medidas pretest-postest. En la tabla 6.2 se muestran las medias, desviaciones típicas, valor T y grado de significación de las diferencias si las hubiera.

Tabla 6.2.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Diferencia de medias pretest-postest en el grupo control. Prueba T de Student.

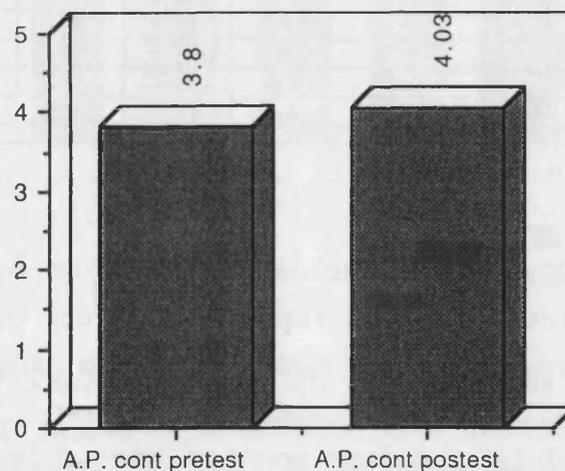
ITEM	Pretest. cont.	D. T.	Postest. cont.	D. T.	Valor T	Significación
A.P.	3.80	.72	4.03	.58	-1.74	No signific.
Ítems 1	4.08	.93	4.25	.90	-.99	No signific.
10	4.28	.88	4.60	.87	-1.85	No signific.
3	4.00	1.01	4.15	.98	-.78	No signific.
12	3.91	1.25	4.12	1.06	-.90	No signific.
20	3.71	1.41	3.87	1.21	-.64	No signific.
6	3.70	.96	3.79	1.07	-.50	No signific.
8	3.77	1	4.00	.97	-1.17	No signific.
14	3.51	1.13	3.91	.91	-1.87	No signific.
17	3.46	1.10	3.44	1.04	-.58	No signific.

La tabla 6.2 muestra que la media de la A.P. del grupo control en el postest (4.03) es superior a la del pretest (3.80), aunque dicha diferencia no es estadísticamente significativa. La dispersión de la respuesta es menor en el postest (.58) que en el pretest (.72). También podemos apreciar que, al igual que en el pretest, en la medida postest las puntuaciones más altas se dan el ítem 10 (4.60) y 1 (4.25), los cuáles están relacionados con la dimensión gratificación (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."; ítem 1: "Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando."). También coincidiendo con el pretest, el ítem 17, referido a la dimensión seguridad, presenta la media más baja (3.44) (ítem 17: "Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias, como por ejemplo agujetas o dolores articulares.")). Todos los resultados del valor T son negativos, lo que muestra que en el grupo control aumentó la puntuación postest en todos los ítems de la subescala A.P., aunque en ningún caso las diferencias

fueran estadísticamente significativas. El mayor aumento ($T=-1.87$) se da en el ítem 14 (ítem 14: "Después de una sesión de práctica física intensa siempre realizo ejercicios de estiramiento.").

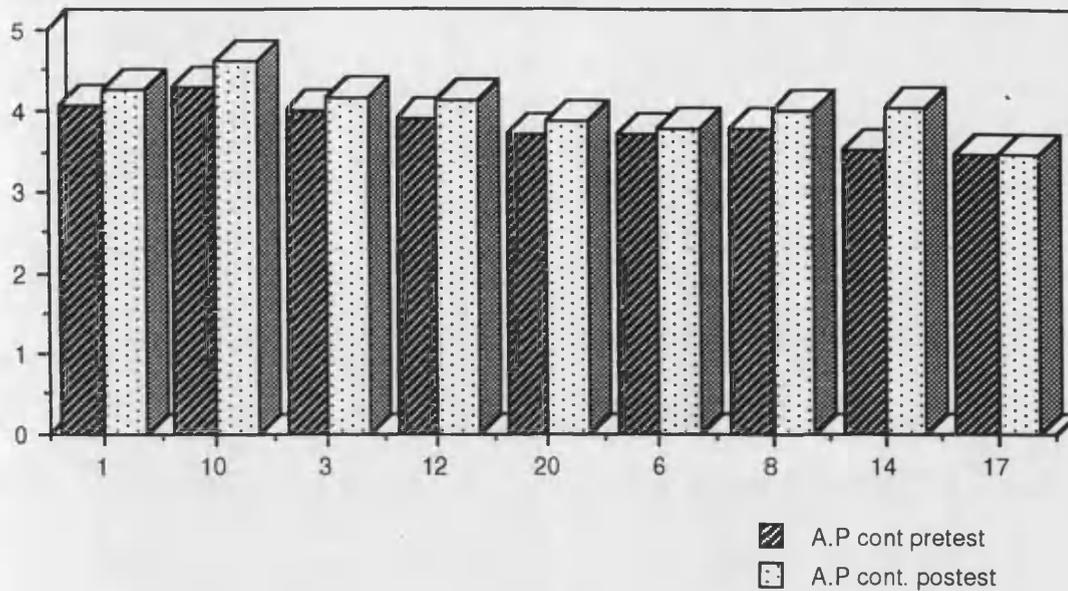
En el gráfico 6.3 se muestran la comparación entre las puntuaciones medias del pretest y el postest del grupo control en las A.P. Podemos apreciar que aunque la media postest supera a la del pretest en 0.23, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

Gráfico 6.3.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Medias pretest-postest en el grupo experimental.



A continuación, en el gráfico 6.4 se muestran los resultados pretest-postest del grupo control en cada uno de los ítems que componen la subescala A.P. Puede apreciarse claramente la tendencia al aumento en las puntuaciones postest en el grupo control, la cual es especialmente acusada en el ítem 14 (ítem 14: "Después de una sesión de práctica física intensa siempre realizo ejercicios de estiramiento."). En ningún caso las diferencias son estadísticamente significativas.

Gráfico 6.4.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Medias pretest-postest en el grupo control por ítems.



Para analizar las diferencias entre los grupos experimental y control en la medida postest en relación con las A.P., en la tabla 6.3 mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando el grupo como variable independiente.

Tabla 6.3.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). ANOVA postest en función del grupo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.P.	.83	54.23	.83	.54	1.52	no signific
Items						
1	,00	70,77	,00	,72	,00	no signific
10	,17	71,52	,17	,72	,23	no signific
3	,06	99,03	,06	1,01	,06	no signific
12	,41	111,40	,41	1,13	,36	no signific
20	6,23	108,87	6,23	1,11	5,61	p<.05
6	,82	104,57	,82	1,06	,77	no signific
8	2,60	109,06	2,60	1,11	2,32	no signific
14	4,79	94,32	4,79	,96	4,98	p<.05
17	1,94	98,74	1,94	1,00	1,93	no signific

En la tabla 6.3 puede apreciarse que el ANOVA no refleja diferencias significativas en las puntuaciones A.P. entre los grupos experimental y control en el posttest. Sí se dan diferencias significativas en los ítems 20 ($p < .05$) y 14 ($p < .05$). En la tabla 6.4 se muestran los resultados de estos dos ítems en cada grupo.

Tablas 6.4 - Diferencias significativas en las actitudes hacia el proceso (A.P.).
Comparación de medias posttest entre grupos experimental y control.

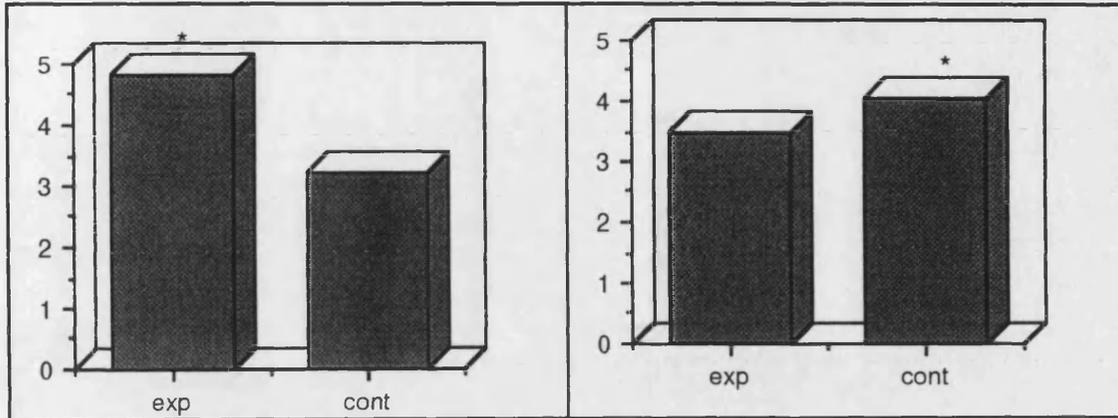
ITEM	Media grupo exp.	Desv. típica	Media grupo cont.	Desv. típica	Signific.
20	4,38	1.42	3,01	1,13	$p < .05$
14	3,45	1.13	3,91	,91	$p < .05$

La tabla 6.4 muestra que en el ítem 20 la media del grupo experimental (4.38) supera a la del control (3.01), mientras que en el 14 la media del control (3.91) supera a la del experimental (3.45). La dispersión de la respuesta (desviación típica) es mayor en el grupo experimental que en el control tanto en el ítem 20 (D.T exp=1.42; D.T. control=1.13) como en el 14 (D.T exp=1.13; D.T. control=.91).

El gráfico 6.5 muestra el sentido de las diferencias significativas halladas entre los grupos experimental y control en el posttest.

Gráfico 6.5- Ítems con diferencias en las Actitudes hacia el proceso (A.P.) en función del grupo en el postest.

- 20.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien. 14.- Después de una sesión de práctica física intensa, siempre realizo ejercicios de estiramiento.



* $p < .05$

En el gráfico 6.5 se observa que en el ítem 20 (ítem 20: "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.") referido a la dimensión *adecuación* se da una diferencia significativa a favor del grupo experimental ($p < .05$), mientras que en el ítem 14 (ítem 14: "Después de una sesión de práctica física intensa, siempre realizo ejercicios de estiramiento.") relacionado con la dimensión *seguridad*, la diferencia significativa es a favor del control ($p < .05$).

6.1.2 Cambios por sexo

En la tabla 6.5 exponemos las medias y desviaciones típicas en el postest de las respuestas a la subescala A.P. de los alumnos y alumnas de la muestra.

Tabla 6.5.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Medias y desviaciones típicas en el posttest por sexo.

		ALUMNOS		ALUMNAS	
		Media	D.T.	Media	D.T.
A.P.		4.08	.50	3.89	.68
Ítems	1	4.38	.69	4.08	1.08
	10	4.63	.84	4.58	.85
	3	4.17	.89	3.97	1.19
	12	4.26	.98	3.76	1.23
	20	4.33	.94	3.73	1.26
	6	4.07	.99	3.47	1.10
	8	3.67	1.12	3.97	.96
	14	3.71	1.03	3.94	.93
	17	3.52	1.02	3.52	.99

La media de las A.P. en los alumnos (4.08) es superior a la de las alumnas (3.89). La dispersión de las respuestas (desviación típica) en las alumnas (.68) es ligeramente superior que en los alumnos (.50). En el análisis de los ítems comprobamos que la media más alta tanto en los alumnos (4.63) como en las alumnas (4.29) se da en el ítem 10, referido a la dimensión actitudinal *gratificación* (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). Las alumnas obtienen la media más baja (3.47) en el ítem 6 (ítem 6: "No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica."), referido a la dimensión actitudinal *autonomía*. La media más baja de los alumnos (3.52) aparece en el ítem 17 (ítem 17: "Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares."), referido a la dimensión actitudinal *seguridad*. La mayor dispersión en la respuesta (desviación típica) corresponde a las alumnas (1.23) en el ítem 20 (ítem 20: "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.") mientras que la mayor coincidencia se da en los alumnos (.64) en el ítem 1 (ítem 1: "Cuando estoy haciendo actividad física el tiempo se me pasa volando."). La diferencia entre la media más alta y la más baja en los alumnos es de 1.11, mientras que en las alumnas es de 1.06.

Para analizar estadísticamente las diferencias entre los alumnos y las alumnas en la medida posttest en relación con las A.P. mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando el sexo como variable independiente (tabla 6.6).

Tabla 6.6.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). ANOVA posttest en función del sexo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.P.	.38	31.49	.38	.32	1.21	no signific.
Items						
1	1,57	70,77	1,57	,72	2,17	no signific
10	,00	71,52	,00	,72	,00	no signific
3	,55	99,03	,55	1,10	,51	no signific
12	1,35	108,87	1,35	1,11	1,33	no signific
20	8.32	111,40	8.32	1.13	7.32	p<.05
6	4,23	104,57	4,23	1,16	3,96	p<.05
8	1,12	109,06	1,12	1,11	1,14	no signific
14	,36	94,33	,36	,96	,37	no signific
17	,52	98,74	,52	1,00	,51	no signific

El ANOVA muestra que las puntuaciones A.P. en el posttest son equivalentes entre alumnos y alumnas. El análisis de los ítems muestra que existen diferencias significativas en los ítems 20 ($p < .05$) y 6 ($p < .05$). La tabla 6.7 muestra las medias y desviaciones típicas de los ítems en los que se hallaron diferencias significativas en la medición posttest.

Tabla 6.7- Diferencias en la Actitudes hacia el proceso (A.P.) por sexo. Comparación de medias.

ITEM	Media alumnos	Desv. típica	Media alumnas	Desv. típica	Signific.
20	4.33	.94	3.73	1.26	p<.05
6	4.07	.99	3.47	1.10	p<.05

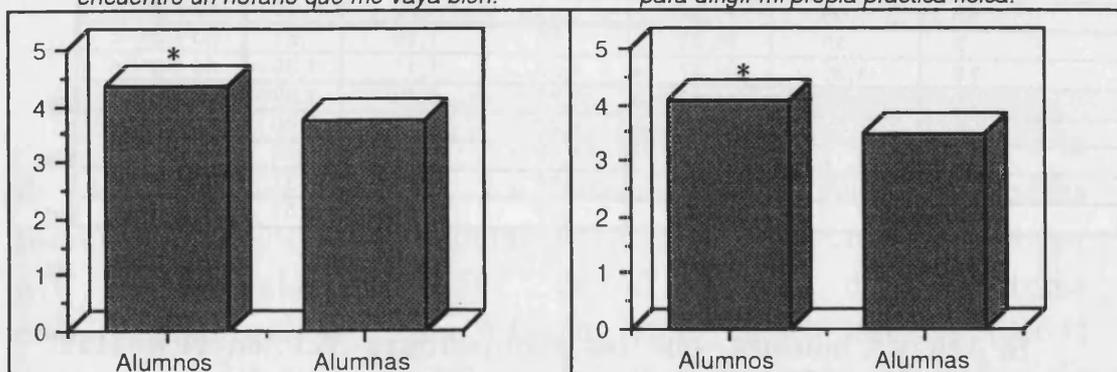
La media de los alumnos en el ítem 20 (4.33) y el 6 (4.07) supera a la de las alumnas que en el ítem 20 es de 3.73 y en el ítem 6 es de 3.47. En ambos casos la dispersión de las respuestas (desviación típica) es mayor en las alumnas que en los alumnos.

El gráfico 6.6 muestra el sentido de las diferencias significativas halladas en el postest en función del sexo.

Gráfico 6.6.- Ítems con diferencias significativas en las Actitudes hacia el Proceso (A.P.) por sexo.

20.- "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien."

6.- "No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física."



* $p < .05$

Como puede apreciarse en el gráfico 6.6, aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en el ítem 20 (ítem 20: "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.") y el ítem 6 (ítem 6: "No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física."). En ambos casos la diferencia favorece a los alumnos.

6.1.3 Cambios por sexo y grupo

En la tabla 6.8 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.P. del total de alumnos y alumnas de los grupos experimental y control en el postest.

Tabla 6.8.- Actitudes hacia el proceso (A.P.). Medias y desviaciones típicas postest por grupo y sexo.

		EXPERIMENTAL				CONTROL			
		Alumnos		Alumnas		Alumnos		Alumnas	
		Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
A.P.		3.99	.57	3.99	.39	4.17	.38	3.69	.68
Items	1	4.39	.54	4.11	1.36	4.39	.82	4.08	.99
	10	4.60	.88	4.77	.44	4.66	.81	4.52	.96
	3	4.02	.98	4.11	1.26	4.33	.77	3.92	1.18
	12	4.37	.84	4.44	.88	4.15	1.12	3.52	1.26
	20	4.32	.96	3.55	1.59	4.36	.92	3.80	1.15
	6	4.00	1.05	3.88	1.16	4.15	.93	3.32	1.06
	8	3.37	1.16	3.88	1.05	4.00	1.00	4.00	.95
	14	3.40	1.03	3.66	1.11	4.03	.95	4.04	.88
	17	3.51	.98	4.00	.70	3.51	1.06	3.36	1.03

La media de las A.P. más alta corresponde a los alumnos del grupo control (4.17) mientras que la más baja se da en las alumnas del mismo grupo (3.69). Los alumnos y alumnas del grupo experimental presentan una media de las A.P. idéntica (3.99). En este grupo, la mayor coincidencia de las respuestas se da en las alumnas (D.T.=.39) mientras que la dispersión es algo mayor en las respuestas de los alumnos (D.T.=.57) En el grupo control, la media de los alumnos (4.17) supera a la de las alumnas (3.69). En cuanto a la desviación típica, en este grupo los alumnos (.38) muestran un mayor grado de coincidencia en sus respuestas que las alumnas (.68). También resulta destacable que la media de las A.P. de los alumnos del grupo experimental

(3.99) sea menor que los del grupo control (4.17), mientras que la media de las alumnas del grupo experimental (3.99) supera a la de las alumnas del grupo control (3.69).

En el análisis por ítems encontramos que en el grupo experimental la media más alta tanto de las alumnas (4.77) como de los alumnos (4.39) aparece en el ítem 10 (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."), referido a la dimensión actitudinal *gratificación*. En este mismo grupo, la puntuación más baja se da tanto en alumnos (3.37) en el ítem 8 (ítem 8: "Antes de hacer actividad física siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar.") mientras que en las alumnas (3.66) se da en el ítem 14 (ítem 14: "Después de una sesión de practica física intensa siempre realizo ejercicios de estiramiento."). En ambos casos se trata de ítems referidos a la dimensión *seguridad*. La mayor dispersión en la respuesta (1.59) se da en las respuestas de las alumnas al ítem 20 (ítem 20: "No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.") mientras que la mayor coincidencia (.44) se da también en las alumnas en el ítem 10 (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). En el grupo experimental, la diferencia entre la media más alta (alumnas ítem 10) y la más baja (alumnas ítem 14) es de 1.11. Una tendencia semejante se observa en el grupo control. Las medias más altas tanto en los alumnos (4.66) como en las alumnas (4.52) aparecen en el ítem 10 (ítem 10: "No siento ningún placer haciendo actividad física."). Las más bajas aparecen el caso de los alumnos (3.51) en el ítem 17 (ítem 17: "Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias físicas como por ejemplo agujetas o dolores articulares."). La media de las alumnas en este ítem también es muy baja (3.36), aunque la menor (3.32) corresponda al ítem 6 (ítem 6: "No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física."). En el grupo control, la diferencia entre la media más alta (alumnos ítem 10) y más baja (alumnas ítem 6) es de 1.34.

Para analizar las diferencias de las A.P. en los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control en el postest, mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando dos

variables independientes: sexo y grupo. Los resultados de cada uno de los ítems y totales se muestran en la tabla 6.9.

Tabla 6.9.- Actitudes hacia el proceso (A.P.).ANOVA en función del sexo y el grupo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A. P.	.29	54.23	.29	.54	.53	no signific.
Items 1	.01	70.77	.013	.72	.01	no signific
10	.50	71.52	.50	.72	.68	no signific
3	1.17	99.03	1.17	1.01	1.12	no signific
12	.18	111.40	.18	1.13	.14	no signific
20	2.36	108.87	2.36	1.11	2.12	no signific
6	2.47	104.57	2.47	1.06	2.31	no signific
8	1.27	109.06	1.27	1.11	1.14	no signific
14	.31	94.32	.31	.96	.32	no signific
17	1.95	98.74	1.95	1.00	1.03	no signific

La tabla 6.9 refleja que no se dan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la interacción entre las variables sexo y grupo ni en la media A.P. ni en ninguno de los ítems que componen dicha subescala del C.A.A.F.S.

6.2 Cambios en las actitudes hacia el resultado

6.2.1 Cambios por grupo (experimental y control)

De la misma manera que procedimos con las A.P., para analizar estadísticamente los cambios experimentados en las A.R. dentro de cada grupo realizamos pruebas T de Student entre las medidas pretest-postest. La tabla 6.10 muestra las medias y desviaciones típicas en las medidas pretest-postest del grupo experimental en las A.R. y en cada uno de los ítems que

componen dicha subescala del C.A.A.F.S. También se muestra el valor T y la significación estadística de las diferencias si las hubiere.

Tabla 6.10.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Diferencia de medias pretest-postest en el grupo experimental. Prueba T de Student.

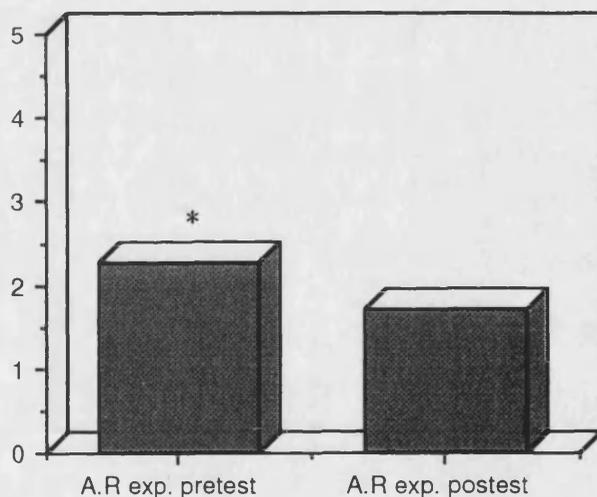
ITEM	Pretest. exp.	D. T.	Postest. exp.	D. T.	Valor T	Significación
A.R.	2.26	.70	1.72	.67	1.82	p<.05
Items 9	2.96	2.88	2.24	1.06	1.96	p<.05
2	3.25	1.29	2.63	1.28	2.02	p<.05
18	1.87	1.16	1.54	1.16	.75	no signific.
15	1.94	1.20	1.63	1.12	.49	no signific.
4	2.01	1.22	1.83	1.26	.87	no signific.
13	2.20	1.37	2.06	1.08	.46	no signific.
19	2.07	.98	1.63	.95	.94	no signific.
5	2.62	1.24	2.01	1.07	1.59	p<.05
21	2.25	1.06	1.83	1.15	.89	no signific.
7	1.94	1.29	1.65	.96	1.36	no signific.
16	2.31	1.16	1.79	1.13	1.42	p<.05
11	1.70	1.02	1.35	1.14	.33	p<.05

En la tabla 6.10 puede apreciarse que en el grupo experimental la media postest (1.72) es inferior a la del pretest (2.26). La dispersión de la respuesta en el postest (D.T=.67) también es inferior a la del pretest (D.T=.70). La diferencia entre las medidas pretest-postest ha resultado estadísticamente significativa (p<.05). En cuanto al análisis de los ítems podemos observar que, al igual que en el pretest, en la medida postest las puntuaciones más altas (2.63) aparecen en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."). Sin embargo, a pesar de tratarse de la media más elevada en el postest, en este ítem se produce una disminución estadísticamente significativa (p<.05) con respecto a la medida pretest (3.25). La media postest más baja (1.14) aparece en el ítem 11 (ítem 11: "Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento."). En este ítem, la diferencia con la media pretest (1.70) también es significativa (p<.05). El valor T es positivo en todos los casos, lo que indica la disminución en la

medición postest en todos los ítem. Además de los ítem 2 y 11, otras diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) aparecen en los ítems 9 (ítem 9: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), 5 (ítem 5: "Si no hago actividad física todos los día me encuentro mal.") y 16 (ítem 16: "Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico.").

En el gráfico 6.8 se muestran las medias pretest-postest obtenidas por el grupo experimental en las A.R. Puede apreciarse cómo en este grupo se ve una disminución estadísticamente significativa ($p < .05$) en la medida postest.

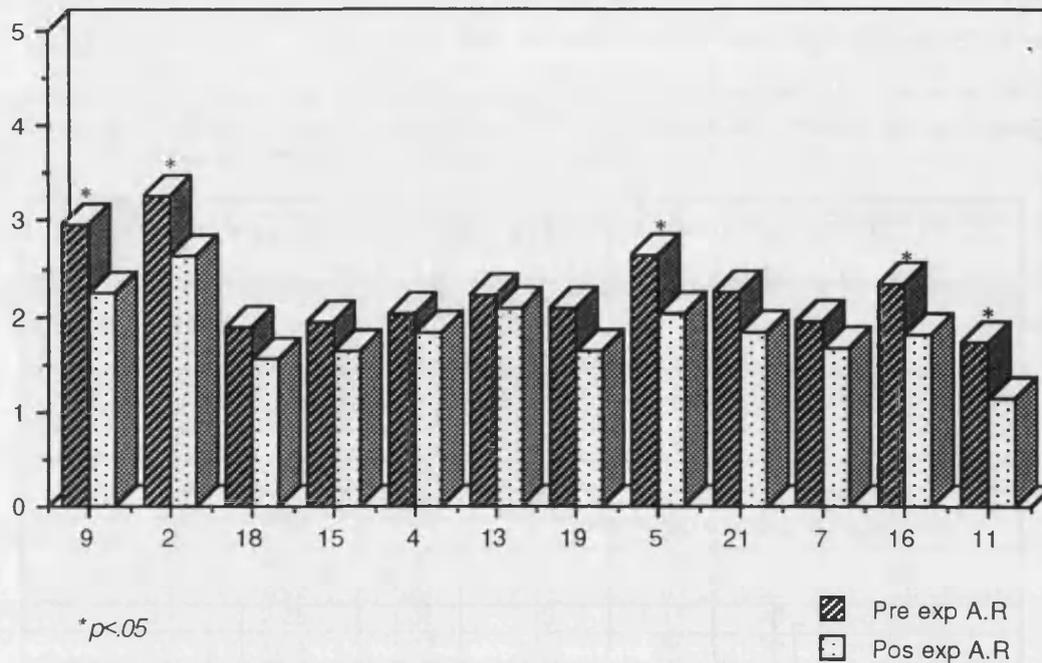
Gráfico 6.8.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Diferencia de medias entre pretest y postest en el grupo experimental.



* $p < .05$

En el gráfico 6.9 se muestran las variaciones en las medias pretest-postest del grupo experimental en cada uno de los ítems que componen la subescala A.R.

Gráfico 6.9.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Diferencias pretest-postest en el grupo experimental por ítems.



Además de las diferencias significativas encontradas, en el gráfico 6.9 se aprecia con claridad como en el grupo experimental se da una tendencia al descenso de las medias postest en todos los ítems que integran la subescala A.R. En general, las diferencias son estadísticamente significativas en aquellos ítems cuyas puntuaciones pretest eran más elevadas (ítems 9, 12, 5 y 16). Resulta destacable que las diferencias significativas se concentran en ítems relacionados con dos de las dimensiones actitudinales hacia las que se dirigía el programa docente: *apariencia* (ítems 9 y 2) y *obsesión* (ítems 5, 16 y 11).

Para analizar los cambios en las A.R. experimentados en el grupo control, tras la realización del programa docente realizamos una prueba T de Student para comparar las mediciones pretest-postest. En la tabla 6.11 se muestran las medias, desviaciones típicas, valor T y significación estadística de las diferencias si las hubiera.

Tabla 6.11.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Diferencia de medias pretest-postest en el grupo control. Prueba T de Student.

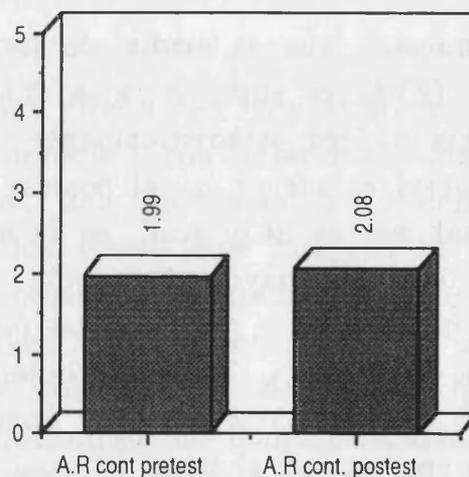
ITEM	Pretest. cont.	D. T.	Postest. cont.	D. T.	Valor T	Significación
A.R.	1.99	1.11	2.08	.62	-.81	No signific.
Items 9	2.14	1.01	2.31	1.03	-.82	No signific.
2	2.61	1.22	3.08	1.30	-1.93	No signific.
18	1.48	.79	1.51	.86	-.17	No signific.
15	1.67	.92	1.70	.93	-.19	No signific.
4	1.85	.93	1.75	.94	.63	No signific.
13	1.87	.85	2.08	1.18	-1.02	No signific.
19	2.22	.94	2.17	1.07	.26	No signific.
5	2.22	.84	2.43	1.06	-1.10	No signific.
21	1.97	.85	2.10	.96	-.70	No signific.
7	1.79	.97	1.86	1.09	-.33	No signific.
16	2.06	.87	2.31	1.01	-1.35	No signific.
11	1.97	.98	1.79	.93	1.00	No signific.

La tabla 6.11 muestra que la media de las A.R. del grupo control en el postest (2.08) es superior a la del pretest (1.99), aunque dicha diferencia no sea estadísticamente significativa. La dispersión de la respuesta es menor en el postest (.62) que en el pretest (1.11). Al igual que en el pretest, en la medición postest la media más alta (3.08) y la mayor dispersión de la respuesta (D.T.=1.30) se dan el ítem 2 (ítem 2: "Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia."). También coincidiendo con el pretest, la media más baja (1.51) y la mayor concurrencia en las respuestas (D.T.=.86) aparece en el ítem 18 (ítem 18: "Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás."). Resulta destacable que en ambos casos se trate de ítems relacionados con la dimensión actitudinal *apariencia*. La mayoría de los valores T son negativos, lo que muestra que en el grupo control se da una tendencia al aumento de la puntuación postest en los ítems que integran la subescala A.R. El mayor aumento (T=-1.93) se da en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), mientras que los ítems 4 (ítem 4: "Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física.") y 7 (ítem 7: "Mis únicos amigos y amigas están

vinculados al mundo de la actividad física.”) son los únicos que reflejan disminuciones. En ningún caso las diferencias son estadísticamente significativas.

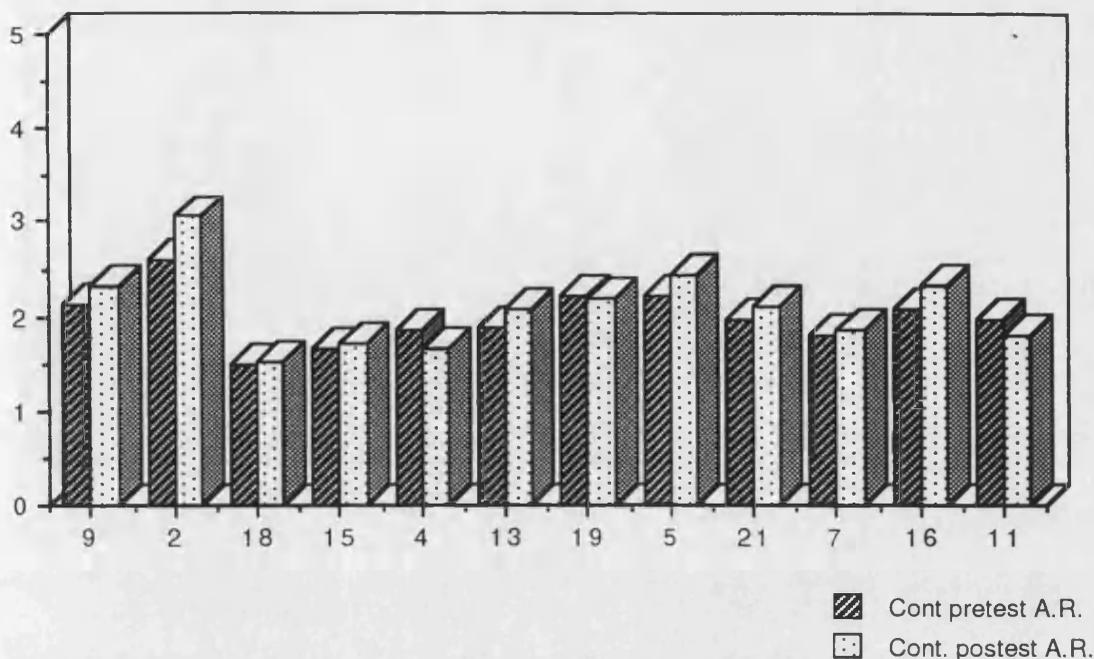
En el gráfico 6.10 se muestran las puntuaciones medias obtenidas tanto en el pretest como el postest por el grupo control. Podemos apreciar un ligero aumento en la puntuación postest (.09). Aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa contrasta con la disminución experimentada en el grupo experimental ($p < .05$).

Gráfico 6.10.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Medias pretest-postest en el grupo control.



En el gráfico 6.11 se muestran los resultados pretest-postest del grupo control en cada uno de los ítems que componen la subescala A.R.

Gráfico 6.11.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Medias pretest-postest en el grupo control por ítems.



En el gráfico 6.11 puede apreciarse una tendencia similar en las puntuaciones pretest y postest de los ítems que integran la subescala A.R. en el grupo control. Coinciden las puntuaciones más altas en los ítems 2, 9, 19, 5 y 16. En estos casos, se aprecia una tendencia al aumento en las puntuaciones postest, que es especialmente acusada en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."). En el caso de las puntuaciones más bajas (ítems 18, 15, 4, 7 y 11) la tendencia es a la equivalencia entre las mediciones pretest-postest o una ligera disminución en las puntuaciones postest. En ningún caso las diferencias halladas son estadísticamente significativas.

Para analizar las diferencias entre los grupos experimental y control en la medida postest en relación con las A.R., en la tabla 6.12 mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando el grupo como variable independiente.

Tabla 6.12- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). ANOVA posttest en función del grupo.

		Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A. R.		.83	54.23	.83	.54	1.52	no signific.
Items	9	1,48	109,15	1,48	1,11	1,33	no signific.
	2	6,32	111,40	6,32	1,13	5,32	p<.05
	18	2,28	100,28	2,28	1,00	2,22	no signific.
	15	3,07	100,72	3,07	1,08	2,98	no signific.
	4	,00	104,08	,00	1,06	,00	no signific.
	13	,08	127,36	,08	1,29	,66	no signific.
	19	1,04	103,49	1,04	1,05	1,83	no signific.
	5	4,01	89,64	4,01	,91	4,38	p<.05
	21	,42	109,46	,42	1,11	3,8	no signific.
	7	,00	105,01	,00	1,07	,00	no signific.
	16	,64	111,71	,64	1,13	,56	no signific.
	11	6,20	82,64	6,20	,84	6,35	p<.05

En la tabla 6.12 se puede apreciar que del ANOVA no se derivan diferencias significativas en las A.R. entre los grupos experimental y control en el posttest. Sí se dan diferencias significativas en los ítems 2 ($p<.05$), 5 ($p<.05$) y 14 ($p<.05$). En la tabla 6.13 se muestran los resultados de estos tres ítems en cada uno de los grupos.

Tabla 6.13 Actitudes hacia el Resultado (A.R.). ANOVA posttest en función del grupo.

ITEM	Media grupo exp.	Desv. típica	Media grupo cont	Desv. típica	Significación
2	2.63	1.28	3.08	1.30	p<.05
5	2.01	1.07	2.43	1.06	p<.05
11	1.35	1.14	1.79	.93	p<.05

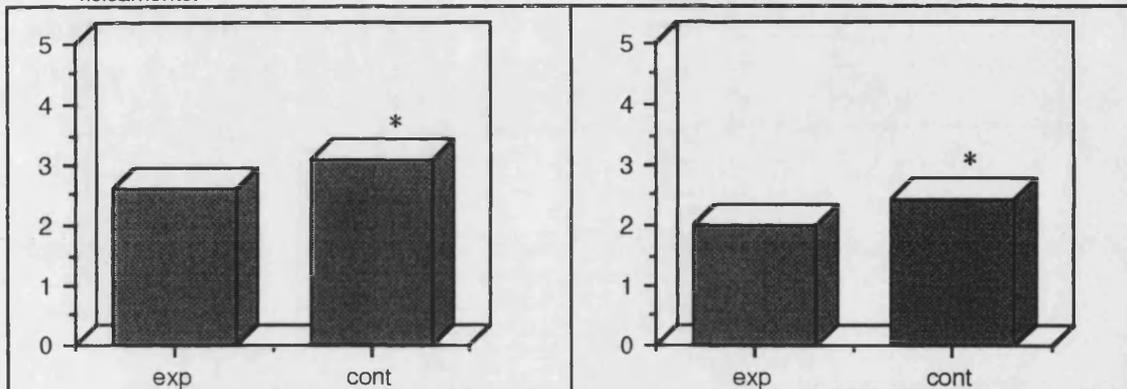
En todos los ítems en los que se han encontrado diferencias significativas en el posttest entre los grupos, las puntuaciones del control superan a las del experimental. La dispersión de la respuesta (desviación típica) es similar en ambos grupos, siendo la mayor la que del grupo experimental en el ítem 2 (1.30) y la menor la del mismo grupo en el ítem 11 (.93). En el gráfico 6.12

se muestra el sentido de las diferencias significativas halladas en los ítems 2, 5 y 11.

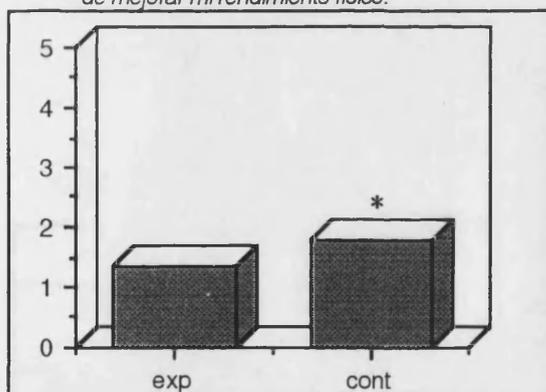
Gráfico 6.12.- Ítems con diferencias en las Actitudes hacia el Resultado (A.R.) en función del grupo en el postest.

2.- "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."

5.- "Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal."



11.- "Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico."



* $p < .05$

El gráfico 6.12 muestra que aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en los ítems 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), 5 (ítem 5: "Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal.") y 11 (ítem 11: "Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico."). El primero de ellos se refiere a la dimensión actitudinal *apariencia*, mientras que los dos últimos se refieren a la dimensión actitudinal *obsesión*. En todos

los casos las diferencias significativas son a favor del grupo control.

6.2.2 Cambios por sexo

En la tabla 6.14 exponemos las medias y desviaciones típicas en el postest de las respuestas a la subescala A.R. en el total de alumnos y alumnas de la muestra.

Tabla 6.14.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Medias y desviaciones típicas en el postest por sexo.

	ALUMNOS		ALUMNAS	
	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.
A.R.	2.15	.59	1.91	.73
Ítems	9	2.41	1.08	2.31
	2	3.16	1.34	2.63
	18	1.69	.98	1.48
	15	1.85	1.05	1.60
	4	2.00	1.15	1.48
	13	2.35	1.15	1.81
	19	2.13	1.06	1.84
	5	2.39	1.08	2.25
	21	2.08	1.03	2.07
	7	1.76	1.05	1.69
	16	2.27	1.09	1.98
	11	1.67	.99	1.75

Como vemos en la tabla 5.10, la media de las A.P. en los alumnos (2,15) es superior a la de las alumnas (1.91). La dispersión de las respuestas (Desviación típica) en los alumnas (.73) es mayor que en los alumnos (.59). En el análisis de los ítems comprobamos que la media más alta tanto en los alumnos (3.16) como en las alumnas (2.63) se da en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), relacionado con la dimensión actitudinal apariencia. Resulta destacable que en otro ítem relacionado con dicha dimensión, el 9 (ítem 9: "Hago actividad

física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.”), las alumnas registren también la media más baja (1.48) y los alumnos la segunda más baja (1.69). La media más baja de los alumnos en el postest (1.67) corresponde al ítem 11 (ítem 11: “Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico.”). La mayor dispersión en la respuesta (desviación típica) corresponde al ítem 2 (ítem 2: “Si no hago actividad física me veo mal físicamente.”) tanto en los alumnos(1.34) como en las alumnas (1.13). La mayor coincidencia se da en las alumnas (D.T.=.95) en el ítem 19 (ítem 19: “No hago actividad física por diversión, sino para superarme.”) y en los alumnos (D.T.=.98) en el ítem 18 (ítem 18: “Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.”). La diferencia entre la media más alta y la más baja en los alumnos es de 1.51, mientras que en las alumnas es de 1.15.

Para analizar estadísticamente las diferencias entre los alumnos y las alumnas en la medida postest en relación con las A.R. mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando el sexo como variable independiente (tabla 6.15).

Tabla 6.14- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). ANOVA postest en función del sexo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A.R.	.09	40.62	.09	.41	.22	no signific
Ítems 9	.13	109.02	.13	1.11	.12	no signific.
2	1.88	156.31	1.88	1.59	1.17	no signific.
18	.00	100.28	.00	1.00	.00	no signific.
15	.05	100.76	.05	1.02	.05	no signific.
4	2.25	118.02	2.25	1.20	1.87	no signific.
13	2.66	127.36	2.66	1.29	2.06	no signific.
19	1.11	103.49	1.11	1.05	1.11	no signific.
5	.00	113.04	.00	1.15	.00	no signific.
21	.57	109.46	.57	1.11	.51	no signific.
7	.29	105.01	.29	1.07	.27	no signific.
16	.68	111.71	.68	1.13	.60	no signific.
11	.92	104.08	.92	1.06	.87	no signific.

No aparecen significativas en por sexo en las actitudes hacia el resultado, por lo que las actitudes hacia el resultado en el postest son equivalentes entre los alumnos y las alumnas. Cabe destacar que en el pretest existían diferencias significativas en cuanto a sexo a favor de los alumnos en los ítems 2 ($p < .01$), 15 ($p < .05$), 4 ($p < .05$), 13 ($p < .01$). Estas diferencias no aparecen en la medición postest.

6.2.3 Cambios por sexo y grupo

En la tabla 6.16 exponemos las medias y desviaciones típicas de las respuestas a la subescala A.R. del total de alumnos y alumnas de los grupos experimental y control.

Tabla 6.16.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). Medias y desviaciones típicas postest por grupo y sexo.

	EXPERIMENTAL				CONTROL				
	Alumnos		Alumnas		Alumnos		Alumnas		
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
A.R.	1.80	.66	1.73	.76	2.20	.51	1.93	.72	
Items	9	2.31	1.09	2.26	1.00	2.40	1.07	2.32	.98
	2	2.68	1.34	2.71	1.05	3.45	1.30	2.60	1.15
	18	1.42	1.26	1.48	1.36	1.64	.79	1.48	.96
	15	1.62	1.31	1.93	1.11	1.97	.99	1.48	.82
	4	2.02	1.26	1.37	1.30	1.85	1.00	1.52	.87
	13	2.32	1.03	1.71	1.26	2.37	1.28	1.84	1.02
	19	1.87	1.01	1.37	.66	2.40	1.10	2.00	1.04
	5	2.08	1.10	2.04	1.01	2.61	1.06	2.32	1.06
	21	1.75	1.11	2.04	1.33	2.22	.96	2.08	.99
	7	1.44	.88	1.71	1.16	2.10	1.17	1.68	.98
	16	1.98	1.19	1.71	.92	2.58	.93	2.08	1.07
	11	1.47	1.17	1.60	1.00	1.88	.78	1.80	1.11

La media de las A.R. más alta corresponde a los alumnos del grupo control (2.20) mientras que la más baja se da en las alumnas del grupo experimental (1.73). En el grupo experimental, la diferencia entre la media de los alumnos (1.80) y la de las alumnas (1.73) es de .07 a favor de los primeros. En este grupo, la mayor coincidencia de las respuestas se da en las alumnas (D.T.=.66) mientras que la dispersión es algo mayor en el caso de los alumnos (D.T.=.76) En el grupo control, la media de los alumnos (2.20) supera a la de las alumnas (1.93) en .27. En cuanto a la desviación típica, en este grupo los alumnos (.51) muestran también un mayor grado de coincidencia en sus respuestas que las alumnas (.72). Resulta destacable que en el análisis de las A.P. por sexo y grupo, la mayor diferencia (.40) se halle entre la media de los alumnos del grupo experimental (1.80) y la de los alumnos del grupo control (2.20). También la media de las alumnas del grupo experimental (1.73) es inferior a la de las alumnas del grupo control (1.93)

En cuanto al análisis por ítems encontramos que en el grupo experimental la media más alta tanto en los alumnos (2.68) como en las alumnas (2.71) aparece en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."), referido a la dimensión actitudinal *apariencia*. La puntuación más baja en las alumnas (1.48) se da en el ítem 18 referido también a dicha dimensión actitudinal (ítem 18: "Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia."). En el caso de los alumnos del grupo experimental la media más baja se da en el ítem 7 (ítem 7: "Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física."). En el grupo experimental, la diferencia entre la media más alta (alumnas ítem 2) y más baja (alumnos ítem 7) es de 1.27. En cuanto al grupo control, la media más alta de los alumnos (3.45) y las alumnas (2.60) aparece también en el ítem 2 (ítem 2: "Si no hago actividad física me veo mal físicamente."). Así mismo, en dicho grupo existe coincidencia en cuanto a la media más baja, que en los alumnos (1.54) y las alumnas (1.48) aparece en el ítem 18 (ítem 18: "Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.").

En el grupo control, la diferencia entre la media más alta (alumnos ítem 2) y más baja (alumnas ítem 18) es de 1.97.

Para analizar las diferencias entre las A.R. de los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control en la medición posttest, mostramos los resultados del ANOVA multivariado tomando dos variables independientes: sexo y grupo (tabla 6.17).

Tabla 6.17.- Actitudes hacia el Resultado (A.R.). ANOVA posttest en función del sexo y el grupo.

	Hipótesis SS	Error SS	Hipótesis MS	Error MS	F	Signific.
A. R.	.75	40.62	.75	.41	1.81	no signific.
Items 9	.08	109.15	.08	1.11	.07	no signific.
2	5.55	156.61	5.55	1.59	3.47	no signific.
18	.07	100.28	.07	1.02	.07	no signific.
15	3.88	100.72	3.88	1.02	3.78	no signific.
4	.21	118.06	.21	1.20	.17	no signific.
13	.06	127.36	.06	1.29	.04	no signific.
19	.05	103.49	.05	1.05	.05	no signific.
5	.59	113.04	.59	1.15	.51	no signific.
21	.87	109.46	.87	1.11	.78	no signific.
7	3.75	105.01	3.75	1.07	3.57	no signific.
16	.88	111.71	.88	1.13	.77	no signific.
11	.82	104.08	.82	1.06	.77	no signific.

Los resultados del ANOVA muestran que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos y alumnas de los grupos experimental y control. No se aprecian pues interacción entre las variables de sexo y grupo en relación con las actitudes hacia el resultado en la medición posttest.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El último capítulo de esta investigación está dedicado a la discusión de los resultados y la presentación de las conclusiones. Comenzaremos recordando las principales características de los modelos teóricos en los que se ha basado el estudio, haciendo mención a la distinción propuesta entre actitudes hacia el resultado (A.R.) y actitudes hacia la práctica (A.P.). Continuaremos comentando los principales resultados de nuestro trabajo, cotejándolos con la literatura existente sobre el estudio de las actitudes hacia la actividad física. Estructuraremos la discusión en dos partes. En la primera haremos referencia al proceso de construcción y validación del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S). En la segunda nos centraremos en los cambios actitudinales producidos tras el desarrollo del programa docente. El capítulo finalizará con las conclusiones finales y las implicaciones más importantes que pueden derivarse de nuestra investigación.

7. 1 Discusión

Para enmarcar teóricamente nuestra intervención partimos de la combinación de dos de las teorías que lideran el estudio de las actitudes: la Teoría de la Acción Razonada (T.R.A.) y la Teoría del Intento (T. T.). La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) ha demostrado tener capacidad para explicar con claridad la interrelación entre los factores sociales, cognitivos, afectivos y conductuales, así como para definir operativamente el concepto de actitud en relación con la intención hacia la conducta. De acuerdo con esta teoría, el principal antecedente de la conducta es la intención del sujeto; cuanto mayor sea la

intención, mayor será la probabilidad de que el sujeto transforme su propósito en acción. La intención del sujeto está determinada a su vez por la interacción de dos elementos. El primero, la actitud, es un factor personal referido a la predisposición individual hacia la realización de la conducta, la cuál depende de una valoración cognitivo-afectiva que el sujeto realiza sobre las consecuencias negativas o positivas que dicha conducta tiene para él. El segundo es un factor social denominado norma subjetiva, y está referido a la presión de las personas que el sujeto considera significativas para que lleve a cabo o no la conducta.

La Teoría de la Acción Razonada (T.R.A.) ha demostrado su operatividad y flexibilidad al ir matizando y reformulando algunos de sus elementos a medida que ha sido aplicada a nuevos fenómenos sociales. En el estudio de la actividad física, la actitud ha demostrado tener una mayor influencia que la norma subjetiva sobre la intención (Wankel, Mummery, Stephens y Craig, 1994; Hausenblas, Carron y Mack, 1997). Entre las principales críticas que se hace a la Teoría de la Acción Razonada está su escasa capacidad para explicar los comportamientos en situaciones en las que el sujeto percibe que existe dificultad para llevar a cabo la conducta (Fuchs, 1996; Hausenblas, Carron y Mack, 1997; Riddle, 1980; Smith y Biddle, 1992). Para superar esta objeción, Ajzen (1985) plantea un nuevo modelo, la Teoría de la Conducta Planificada (T.P.B.), en el que introduce un elemento para explicar la percepción del sujeto de los impedimentos para llevar a cabo la conducta: el control conductual percibido. En este modelo no se ve modificada ni la definición ni el papel que se le atribuye a la actitud en relación con la intención.

Bagozzi y Warshaw (1990) proponen la Teoría del Intento (*Trying Theory*) a partir, precisamente, de la dificultad de aplicar la T.R.A./T.P.B. al estudio de las situaciones que no están bajo el total control volitivo del individuo. En esos casos, plantean la

existencia de distintas actitudes hacia el éxito, el fracaso y el proceso de llevar a cabo la conducta. Las dos primeras, las actitudes hacia el éxito y el fracaso, hacen referencia a las consecuencias de la conducta (*end-states*). Las actitudes hacia el proceso, en cambio, tienen que ver con las circunstancias que se producen mientras se intenta alcanzar el resultado deseado. Dada su naturaleza diferenciada, desde la Teoría del Intento se sugiere que dichas actitudes deben estudiarse independientemente.

A partir de estos modelos teóricos hemos propuesto el estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en los estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física. Aunque no exenta de críticas, la Teoría de la Acción Razonada proporciona un marco teórico en el que basar propuestas de programas pedagógicos para el cambio de actitudes adecuado a diferentes ámbitos y necesidades educativas (Basen-Engquist y Parcel, 1992; Begoña Iglesias, 1993; Escámez, 1990; Sales Ciges, 1996). Por otro lado, la Teoría de Intento nos permite distinguir entre dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. Debido a que las actitudes hacia el fracaso y el éxito son consideradas como valoraciones referidas al resultado de la conducta, nosotros las agrupamos planteando la existencia de dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: las actitudes hacia el proceso (A.P.) y las actitudes hacia el resultado (A.R.). Las actitudes hacia el resultado (A.R.) las definimos como la predisposición a valorar la actividad física como medio para conseguir diversas consecuencias socialmente consideradas como símbolo de salud, entre las que destacan el desarrollo de la condición física, la mejora de la apariencia, la autosuperación y la victoria. Las actitudes hacia el proceso (A.P.) las definimos como la predisposición hacia la valoración intrínseca de la actividad física. En este caso, la mejora de la condición física, la victoria o cualquier otro resultado de la actividad física se consideran consecuencias más o menos importantes. Pero el sentido último

de la actividad física está ligado intrínsecamente a la realización de la propia práctica.

La formación y cambio de actitudes hacia la actividad física y la salud no está contenido en los planes de estudio ni en los descriptores de ninguna de las materias que integran los estudios de formación de profesorado de Educación Física. Puede que uno de los motivos sea que, según los estereotipos profesionales al uso (Barbero, 1996; Kirk, 1990), se entiende que los estudiantes de Educación Física son (muy) activos, por lo que se considera que sus actitudes hacia la actividad física son ya de por sí positivas. Sin embargo, aunque ello fuera así, la distinción hecha entre las actitudes hacia el proceso y las actitudes hacia el resultado obligaría a reconsiderar esta concepción. Quizá otro de los motivos resida en que la edad del alumnado o el contexto en que se imparten los estudios no se consideren favorecedores para el cambio de actitudes. No obstante, las actitudes son aprendidas a lo largo de toda la vida (Downie, Fyfe y Tannahill, 1990). Y si bien parece que la familia y la escuela son, en general, los entornos más significativos en el proceso de adquisición de actitudes, los estudios universitarios pueden ser el lugar propicio para desarrollar actitudes hacia aquellos aspectos que configuren la práctica profesional (Moreno Moreno, 1993; Sales Ciges y García López, 1998). Por tanto, a la importancia intrínseca del desarrollo de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud, en el caso de los estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física hay que añadir el efecto indirecto que sus actitudes pueden tener en su futura labor docente.

A partir de estas motivaciones, la investigación se planteó en torno a dos problemas. Por una parte, la diferenciación entre las actitudes hacia el resultado y las actitudes hacia el proceso; por otra, la posibilidad de cambiarlas en el ámbito de la formación del profesorado de Educación Física. El primer problema lo abordamos mediante la elaboración y validación del

instrumento de medida. Posteriormente valoramos el impacto de un programa docente dirigido a disminuir las actitudes hacia el resultado y aumentar las actitudes hacia el proceso del alumnado de magisterio especialista en Educación Física.

Para la discusión de los resultados de la investigación seguiremos el orden de las hipótesis. En la primera hipótesis de nuestro estudio planteábamos que en las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud pueden distinguirse actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.). Para demostrarlo planteamos la elaboración y validación de un instrumento multifactorial de medida que nos permitiera distinguir adecuadamente entre las A.P. y las A.R., diferenciando convenientemente dos factores con descriptivos relacionados con dichos constructos. A este instrumento de medida lo denominamos Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.)

Para elaborar el C.A.A.F.S. seguimos las orientaciones de Escámez (1990) y Sales Ciges (1996) para la construcción de cuestionarios-escala dirigidos a la medición de actitudes. Para operativizar el proceso de elaboración distinguimos once dimensiones que aglutinaban los diferentes ítems actitudinales. Según la propuesta teórica, seis de ellas (gratificación, continuidad, adecuación, autonomía, seguridad y crítica) las vinculamos con las actitudes hacia el proceso, y las otras cinco (concepción terapéutico-preventiva, apariencia, victoria, rendimiento y obsesión) con las actitudes hacia el resultado. A partir de un sondeo y una selección de rasgos por parte de jueces-expertos/as obtuvimos un cuestionario inicial de 90 ítems (C.A.A.F.S.-90). Tras un análisis de consistencia interna obtuvimos un cuestionario provisional de 37 ítems (C.A.A.F.S.-37) dispuestos en dos subescalas. La subescala A) hacía referencia a las dimensiones actitudinales hacia la práctica y la subescala B) hacía referencia a las dimensiones actitudinales hacia el resultado.

Tras ese proceso de elaboración realizamos un análisis factorial que confirmó los constructos propuestos en el C.A.A.F.S.-37, confirmándose así la hipótesis planteada. Tras la eliminación de aquellos ítems que no demostraron tener suficiente peso como para ser considerados importantes, se obtuvo un cuestionario definitivo (C.A.A.F.S.-21). Esta versión definitiva mantenía descriptivos relacionados con todas las dimensiones actitudinales del C.A.A.F.S.-37 a excepción de dos: *crítica*, referida a las actitudes hacia el proceso, y *concepción terapéutico-preventiva*, referida a las actitudes hacia el resultado. Quizá el motivo sea que en estas dimensiones se aludía a cuestiones relacionadas con la conceptualización de la actividad física y salud, las cuáles no mostraron suficiente correlación con otras más vinculadas al proceso y resultado de la práctica.

En relación con las características psicométricas, el C.A.A.F.S. muestra una adecuada validez de constructo y fiabilidad interna como para diferenciar entre las actitudes hacia el resultado y las actitudes hacia el proceso. Estos dos constructos son ortogonales y, por tanto, independientes. De las dos subescalas, la que mide las actitudes hacia el resultado presenta una mayor consistencia interna que la que mide las actitudes hacia el proceso. En concreto, dos ítems de esta subescala muestran una correlación negativa con el resto de los ítems. El primero (“No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien.”) estaba relacionado con la dimensión *adecuación*, mientras que el segundo (“No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física.”) se refería a la dimensión actitudinal *autonomía*. En ambos casos la formulación está hecha en el sentido contrario de la actitud que pretendían medir. Puede que este hecho explique su baja correlación con el resto de ítems. No obstante, su contenido deberá ser revisado en futuras investigaciones.

Aunque la distinción entre A.R. y A.P. sea original de este trabajo, sirve para reinterpretar algunos resultados de anteriores estudios sobre actitudes hacia la actividad física. Mathes y Battista (1985) y Raugh y Wall (1987) encontraron que en las actitudes hacia la actividad física de los estudiantes universitarios la diversión, la mejora personal, la mejora de la condición física y la salud eran más importantes que la competición o el ganar. Estos resultados pueden relacionarse con actitudes positivas hacia el proceso y negativas hacia el resultado. Sin embargo Martindale, Devlin y Vyse (1990) hallaron que algunos deportistas universitarios relacionaban la mejora de la condición física y la salud más con objetivos sociales (estatus y prestigio) y con la mejora de la apariencia que con las metas personales (salud y diversión). En relación con la apariencia, Huddy y Cash (1997) plantean que aunque el descontento con la imagen corporal puede resultar un factor que predisponga positivamente hacia la práctica física, esta actitud positiva puede tener consecuencias negativas para la salud, como desórdenes alimenticios (anorexia y bulimia) y distrés psicológico (ejercicio compulsivo). En ese mismo sentido, Cash (1994) plantea que la condición física relacionada con la salud predice la práctica de ejercicio regular mientras que la predisposición hacia el control del peso y el control de la apariencia se relaciona con el ejercicio compulsivo. Los casos anteriores quizá puedan ser interpretados como ejemplos en los que priman las actitudes hacia el resultado.

Aunque nuestro estudio no tenga como propósito demostrar la validez de los modelos teóricos, la distinción entre las actitudes hacia la práctica y las actitudes hacia el resultado apoya la concepción actitudinal de la Teoría de Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990) aplicada al ámbito de la actividad física relacionada con la salud. La ortogonalidad de dichos constructos revela que un mismo sujeto o grupo de sujetos pueden tener actitudes positivas y/o negativas hacia el proceso y/o hacia el resultado. En este sentido, actitudes positivas hacia el proceso y

negativas hacia el resultado implican una mayor predisposición a valorar la práctica en sí misma, mientras que actitudes positivas hacia el resultado y negativas hacia el proceso conllevan una valoración fundamentalmente utilitarista de la actividad física. Por otra parte, actitudes negativas tanto hacia el resultado como hacia el proceso conllevan una predisposición negativa hacia la actividad física en general, mientras que actitudes positivas hacia ambos constructos implican una predisposición a entender y valorar afectivamente la práctica como medio y como finalidad intrínseca al tiempo. La complejidad de las relaciones que se derivan de la distinción entre A.P. y A.R. hace necesario superar la clásica concepción unidimensional de las actitudes que se propone desde la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985) en lo concerniente al estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud.

Para ello, tal y como proponen Chatzisarantis y Biddle (1996), puede resultar muy útil combinar los modelos psicosociales con las teorías motivacionales. En concreto, nos parece que la diferenciación entre actitudes hacia el proceso y actitudes hacia el resultado guarda analogía con otros constructos propuestos desde la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985) y la Teoría de Perspectiva de Meta de Logro (Ames, 1984; Duda, 1988; Dweck, 1986; Nicholls, 1984). Según la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), los procesos motivacionales pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Ello depende fundamentalmente del grado en que el comportamiento está sujeto al control externo (regulación externa, introyectiva o identificativa) o del propio sujeto (autorregulación). Según esta teoría, la autorregulación se relaciona con las motivaciones intrínsecas mientras que el control externo tiene que ver con las motivaciones extrínsecas. En este sentido es posible que las actitudes hacia el proceso se relacionen con procesos motivacionales vinculados a la autorregulación y la motivación intrínseca, mientras que las actitudes hacia el resultado

probablemente tengan que ver más con el control externo y la motivación extrínseca. De acuerdo con Chatzisarantis y Biddle (1996) la promoción de la práctica física en poblaciones sedentarias es más eficaz mediante procesos motivacionales autorregulativos e intrínsecos. Por tanto, en caso de que se demostrara lo sugerido anteriormente, el desarrollo de las actitudes hacia el proceso parece especialmente adecuado en la promoción de estilos de vida activa.

Las A.P. y las A.R. también se aproximan a otros constructos propuestos por la Teoría de Perspectiva de Meta de Logro (Ames, 1984; Duda, 1988; Dweck, 1986; Nicholls, 1984). De acuerdo con esta teoría las personas actuamos en función de unas metas que deseamos alcanzar, por lo que intentan explicarse los procesos motivacionales mediante la interpretación y evaluación de las situaciones que implican metas de logro. Según Nicholls (1984) existen dos tipos de orientaciones de meta posibles. En la primera, la *orientación de meta al ego*, las personas juzgan su competencia comparando sus actuaciones o ejecuciones con las de los demás. Es decir, toman un punto de referencia externo y su preocupación se centra en ser mejores que los otros. La definición de las actitudes hacia el resultado nos induce a pensar en posibles relaciones con la orientación al ego. La segunda, llamada *orientación de meta a la tarea*, implica que la competencia hacia una determinada meta se valora mediante la mejora personal o el progreso en la habilidad, pero tomándose uno mismo como referencia, independientemente de cómo la realicen los demás. Es posible que las personas con orientación a la tarea tengan también actitudes hacia el proceso positivas.

No obstante, más allá de su capacidad explicativa o predictiva, el estudio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud desde las teorías psicosociales plantea un problema conceptual. La actividad física se relaciona con la salud desde un prisma fundamentalmente utilitarista. Es decir, la práctica física se concibe como un simple medio para prevenir

las enfermedades a través de la mejora de la condición física. Así lo demuestra la profusa utilización del *Attitudes Towards Physical Activity inventory* (A.T.P.A.) (Kenyon, 1968a y 1968b). En este instrumento de medida, la salud y mejora de la condición física aparecen unidas (*health and fitness*). En ninguna de sus sucesivas adaptaciones y mejoras (Mathes y Battista, 1985; Martindale, Devlin y Vyse, 1990; Shultz, Smoll, Care y Mosher, 1985; Shultz, Smoll y Wood, 1981; Simon y Smoll, 1976) esta relación entre actividad física y salud ha sido modificada o redefinida. Tampoco el estudio de las actitudes hacia la actividad física desde la Teoría de Intento parece superar esta visión utilitarista. Tal y como admiten sus propios autores (Bagozzi y Warshaw, 1990), una de las principales limitaciones de esta teoría es que no existen representaciones suficientemente rigurosas de los planes, actividades y experiencias asociadas con las diversas actitudes. En el caso del estudio de las actitudes hacia la actividad física, este hecho se hace evidente en un estudio en el que se plantea que las actitudes hacia el éxito, el fracaso y el proceso son idénticas en relación con la dieta y el ejercicio (Bagozzi y Kimmel, 1995). Para medir las actitudes hacia el fracaso o el éxito en relación con el ejercicio se formulan, en una escala de siete puntos que va de *bien* a *mal*, las siguientes preguntas: "*si intento hacer ejercicio durante las próximas dos semanas pero fracaso (o tengo éxito) me sentiré...*". La pregunta referida a las actitudes hacia el proceso es: "*teniendo en cuenta las cosas que tendría que hacer para hacer ejercicio, mi actitud hacia la realización de ejercicio me hace sentir...*". En el caso de la dieta se utilizan las mismas cuestiones, simplemente sustituyéndose la palabra *ejercicio* por *dieta*. Además de resultar confusos y de introducir explícitamente el término *actitud*, en ninguno de esos descriptivos se alude a qué se entiende por ejercicio, o qué relación establece el sujeto con la práctica física. No obstante, el hecho de hipotetizar que las actitudes hacia el ejercicio y la dieta son similares da a entender una cierta concomitancia entre la predisposición hacia dichas conductas. Sin decirse explícitamente, parece obvio que el nexo de conexión

entre ambas es la pérdida de peso. Esa concepción, como vimos en el marco teórico, resulta demasiado simplista.

En cambio, el Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.) aporta un conjunto de descriptivos que ayuda comprender de una forma más amplia la relación que establece el practicante con la práctica. Aún con la limitación propia de cualquier cuestionario, el C.A.A.F.S. permite abordar el estudio de las actitudes desde la comprensión de la actividad física relacionada con la salud como un fenómeno complejo e intrínsecamente unido, además de a aspectos psicofísicos, al actual contexto social y cultural. En este sentido, además de la distinción entre actitudes hacia el proceso y actitudes hacia el resultado, algunas dimensiones actitudinales del C.A.A.F.S. -como las de *autonomía*, *seguridad*, *apariencia* y *obsesión*- resultan una innovación respecto a instrumentos tradicionalmente usados en la investigación de actitudes hacia la actividad física (Kenyon 1968 a, 1968b; Simon y Smoll, 1976) e incluso respecto a otros de utilización más reciente (Bagozzi y Kimmel, 1995; Mathes y Battista, 1985; Martindale, Devlin y Vyse, 1990; Shultz, Smoll, Care y Mosher, 1985). La introducción de estas dimensiones actitudinales permite conectar el estudio de las actitudes hacia la actividad física con la investigación de alguno de los temas que hoy en día más preocupan en torno a la promoción de salud, como la creación de hábitos de práctica (Aarts et al., 1997) o el papel de la actividad física en relación con enfermedades *socioculturales* como la anorexia, la bulimia o el ejercicio compulsivo (Toro, 1996; Yates, 1991).

Una vez demostrada la diferenciación entre actitudes hacia el proceso (A.P.) y actitudes hacia el resultado (A.R.), y disponiendo de un instrumento de medida adecuado, en la segunda parte de la investigación abordamos el estudio del cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud de los estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física. Para ello propusimos un diseño de dos Grupos

no Equivalentes con mediciones pretest-postest. El programa docente de las asignaturas Teoría y Práctica del Acondicionamiento Físico fue la variable independiente de este estudio. Para el desarrollo de los contenidos teóricos nos servimos de técnicas de aprendizaje cooperativo (puzzle de Aronson) y de participación activa (rol-playing, fotopalabra y aproximación didáctica). El tratamiento de las prácticas se basó en la conexión entre los contenidos teóricos y el análisis de la propia experiencia. A partir de ese principio se propuso la realización de actividades prácticas para el desarrollo de la condición física relacionada con la salud, así como una adaptación del Programa de Acondicionamiento Físico y Salud propuesto por Devís y Peiró (1992a).

En lo concerniente al impacto del programa docente planteamos tres hipótesis, dos relacionadas con los cambios producidos en los grupos experimental y control, y una tercera relacionada con la variable sexo. Agruparemos la discusión de estas dos primeras hipótesis, analizando la referida al sexo por separado.

Hipotetizábamos que la aplicación del programa docente iba a producir en el grupo experimental un aumento estadísticamente significativo ($p > .05$) de las actitudes hacia el proceso y una disminución estadísticamente significativa ($p > .05$) de las actitudes hacia el resultado, y que dichos cambios diferirían con respecto al grupo control. En cuanto a las actitudes hacia el proceso, los resultados postest muestran que no se ha producido el aumento esperado. Por tanto, el programa docente no ha tenido el efecto previsto en relación con dichas actitudes. No obstante, este resultado es hasta cierto punto lógico dado que el diagnóstico actitudinal previo al desarrollo del programa reveló que un porcentaje muy elevado del alumnado mostraba actitudes positivas hacia el proceso. En consecuencia, no resultaba probable que sus actitudes mejoraran significativamente.

Algunas precisiones deben ser hechas sobre los resultados en torno a las actitudes hacia el proceso. En las mediciones pretest y postest las medias más altas en ambos grupos se concentraban en las dimensiones actitudinales *gratificación* y *continuidad*. Esto indica que los estudiantes de la especialidad de Educación Física tienen una predisposición muy positiva a realizar actividad física con frecuencia y a disfrutar llevándola a cabo. El análisis de la desviación típica revela además que existe un alto grado de coincidencia en las respuestas del alumnado de ambos grupos en torno a dichas dimensiones actitudinales. Estos resultados están en línea con dos estudios realizados sobre las actitudes hacia la actividad física de estudiantes universitarios. Mathes y Battista (1985) y Martindale, Devlin y Vyse (1990), utilizando versiones modificadas del *Attitudes Towards Physical Activity inventory* (A.T.P.A.), encontraron que los universitarios norteamericanos tenían actitudes especialmente positivas en relación con la diversión (*fun*) y logro personal (*achievement*), las cuáles pueden considerarse similares a las de *gratificación* y *continuidad*. Sin embargo en nuestro estudio hemos podido apreciar que, tanto en el pretest como en el postest, las medias bajan y las desviaciones típicas aumentan considerablemente en las dimensiones *autonomía* y *seguridad*. Esto muestra que las actitudes de los estudiantes de magisterio de la especialidad de Educación Física no son tan positivas en relación con estos dos aspectos. Puede que la causa estribe en que en el programa docente no se hayan enfatizado suficientemente aspectos vinculados al conocimiento práctico de las actividades. Por otra parte, aunque no se hallaron cambios globales en las actitudes hacia el proceso, sí los hubo en dos ítems. En el sentido propuesto en la hipótesis, el grupo experimental mostró en el postest una actitud más positiva que el grupo control ($p < .05$) en relación con la adecuación entre la práctica física y su propio horario. Sin embargo, el grupo control obtuvo una puntuación significativamente más alta en el postest ($p < .05$) en un ítem relacionado con la realización de ejercicios de estiramiento tras

una práctica intensa. Este último resultado es una consecuencia inesperada, puede que provocada por la combinación de factores diversos, como la falta de hábito del alumnado del grupo experimental en realizar ejercicios de estiramiento, el hecho de que durante la realización de programa de acondicionamiento físico y salud el profesor no obligara a realizar dichos ejercicios, o que en el grupo control se tratara el tema de los estiramientos de una forma más adecuada. En cualquier caso, el tratamiento de la realización correcta y efectiva del ejercicio propuesto en el programa docente deberá ser revisado.

En cuanto a la segunda hipótesis relacionada con el cambio actitudinal, tras el desarrollo del programa se ha producido una disminución estadísticamente significativa ($p < .05$) de las actitudes hacia el resultado (A.R.) en el grupo experimental, mientras que en el grupo control éstas no han variado significativamente. A ello hay que añadir que en el postest la puntuación del grupo control era estadísticamente superior ($p < .05$) a la del experimental en tres ítems (“Si no hago actividad física me veo mal físicamente.”; “Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal.”; “Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico.”), mientras que en la medición global y por ítems de las A.R. en el pretest ambos grupos presentaban puntuaciones totalmente equivalentes. Por consiguiente podemos afirmar que, tal y como se planteaba en la hipótesis, el programa docente ha provocado una disminución en las actitudes hacia el resultado en el grupo experimental.

Además de la disminución global, en el grupo experimental se ha producido un descenso significativo ($p < .05$) en dos ítems relacionados con la dimensión actitudinal *apariencia* (“Hago actividad física porque deseo mejorar mi apariencia.”; “Si no hago actividad física me veo mal físicamente.”) y en tres vinculados con la dimensión actitudinal *obsesión* (“Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal.”; “Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico.”; “Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento

físico.”). Esta disminución en el postest indica que el programa ha sido especialmente efectivo en relación con dichas dimensiones. Resulta destacable además que, frente a las puntuaciones medias relativamente altas obtenidas en otros ítems relacionados con la *apariencia*, tanto en el pretest como en el postest la puntuación más baja en todos los grupos se dio también en un ítem referido a esa misma dimensión actitudinal (“Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia.”). Aunque este hecho no fuera objeto del estudio, esta diferencia parece sugerir que en relación con la apariencia los estudiantes de magisterio de la especialidad de Educación Física tienen una predisposición diferente en función de atributos diversos. La comparación pretest-postest en el grupo experimental muestra que la disminución de las actitudes hacia el resultado no ha sido estadísticamente significativa en ningún ítem incluido en las dimensiones actitudinales de *victoria* y *rendimiento*. Puede que la razón estribe en las puntuaciones relativamente bajas obtenidas en el pretest. En cualquier caso, la intervención curricular sobre estas cuestiones debería ser replanteada en el futuro.

La última hipótesis del estudio estaba relacionada con la variable sexo. Planteábamos que el programa docente iba a producir una disminución de las actitudes hacia el resultado mayor en los alumnos del grupo experimental que en las alumnas. El ANOVA multivariado en función del sexo y grupo mostró que las A.R. eran equivalentes entre alumnas y alumnos de ambos grupos tanto en el pretest como en el postest. Por consiguiente no pudo demostrarse la hipótesis. A pesar de ello, deben hacerse algunas consideraciones sobre el cambio de las actitudes hacia el resultado en función del sexo. En el pretest hallábamos diferencias significativas, siempre a favor de los alumnos, en ítems relacionados con la dimensión actitudinal *apariencia* (“Si no hago actividad física me veo mal físicamente.” - $p < .01$ -; “Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás.” - $p < .05$ -) y *victoria*, (“Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física.” - $p < .05$ -; “Para disfrutar haciendo actividad física necesito

competir con otras persona." $-p < .01$ -). Ninguna de estas diferencias aparecen en el postest. A esto hay que añadir que el análisis de las medias y desviaciones típicas por grupo y sexo muestra un cambio en la tendencia de las puntuaciones del pretest y del postest. Mientras que los alumnos del grupo experimental eran los que presentaban medias más elevadas en el pretest, en el postest son los alumnos del grupo control los que lo hacen. Por tanto se ha producido una importante disminución en las actitudes hacia el resultado de los alumnos del grupo experimental, aunque ésta no haya sido significativa en relación con la de las alumnas del mismo grupo. El hecho de que éstas alumnas, al igual que sus compañeros, hayan disminuido en gran medida sus actitudes hacia el resultado, o el número relativamente pequeño de las alumnas del grupo experimental ($n=19$) pueden ser razones que expliquen porqué no se ha cumplido la hipótesis planteada.

Estos resultados se corresponden en parte con otras investigaciones sobre las actitudes realizadas en el ámbito de la población universitaria (Biddle y Bailey 1985; Mathes y Battista, 1985; Martindale, Devlin, Vyse, 1990). Estos estudios coinciden en atribuir a las mujeres una mayor predisposición hacia la experiencia social y la preocupación por la estética, mientras que los hombres destacan en el deseo por ganar, la mejora personal y la búsqueda de estatus. Resulta destacable que estas interpretaciones coinciden con ciertos rasgos que caracterizan los estereotipos de masculinidad y la femineidad (Scruton, 1995; Shilling, 1993). Las diferencias significativas halladas en el pretest a favor de los alumnos en relación con la dimensión *victoria* se corresponden con esa visión. Sin embargo, las diferencias significativas también a favor de los alumnos en la dimensión *apariencia* la contradice.

Este último resultado en relación con la apariencia tiene analogía con recientes estudios actitudinales realizados en el ámbito del deporte. Huddy y Cash (1997) plantean que los

corredores de maratón tienen una preocupación por su apariencia corporal muy elevada y similar a la de las corredoras. Cash (1994) tampoco encuentra diferencias por sexo en cuanto a la satisfacción de los deportistas en relación con su imagen corporal. Aunque las mujeres no deportistas se muestran más preocupadas por su imagen corporal que los hombres, en el caso de los deportistas las diferencias por sexo no existen. A pesar de sentirse satisfechos, los/las deportistas, hombres y mujeres, están tan preocupados por su apariencia como las personas no deportistas. Una tendencia similar a la de los deportistas parece darse en los/las estudiantes de Educación Física. Devís et al. (1994), en un estudio con alumnos y alumnas del último curso de los estudios superiores de Educación Física, plantean que su representación social del cuerpo posee un gradiente o jerarquía de actitudes en tres categorías: una actitud muy negativa hacia las personas gordas, otra menos negativa o positiva hacia las delgadas y una última actitud muy positiva hacia las personas que poseen un cuerpo atlético, cuya apariencia además es considerada como *normal* y *sana*. La gordura, además, es elevada a "categoría moral" (Devís et al., 1994:150), ligada a múltiples problemas y a estilos de vida considerados poco saludables, mientras que el ejercicio es considerado como una forma saludable de obtener el cuerpo deseado (el atlético). En este sentido, tal y como proponen Chatzisarantis y Biddle (1996), consideramos que habría que investigar en profundidad hasta qué punto se relaciona la práctica física con ciertos sentimientos de culpabilidad vinculados con la imagen corporal.

A tenor de los resultados del estudio podemos afirmar que, tal y como ya se ha planteado en otras áreas (Abraira Fernández, 1994; Fernández García, 1995; Fortuny Gras, 1985; González González, 1996; Moreno Moreno, 1993), es posible cambiar las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud en la formación de profesorado de Educación Física. Aun con las limitaciones de este modesto estudio (tamaño de la muestra, tamaño del grupo experimental, tiempo de intervención), los

resultados son alentadores en la reducción de las actitudes hacia el resultado, aunque no tanto en aumentar las actitudes hacia el proceso las cuáles, no obstante, son muy positivas.

En cuanto al programa docente, nos parece especialmente destacable la novedad que aporta el plantear la práctica física y el programa de acondicionamiento físico y salud como propuestas de educación actitudinal. La experiencia y análisis de la práctica motriz se unen así a otro tipo de procedimientos didácticos que ya han demostrado su eficacia para el cambio de actitudes, como las estrategias de comunicación persuasiva o las técnicas de participación activa y de aprendizaje cooperativo (Escámez et al., 1993; Moreno Moreno, 1994; Ovejero, 1990; Sales Ciges, 1996). Además de su utilización en un espacio físico diferente al tradicional entorno del aula, cabría señalar una principal característica distintiva de la práctica motriz como instrumento para el cambio actitudinal: la interiorización del conocimiento y la vivencia afectiva a través de la experiencia corporal. La posibilidad que ofrece la práctica física de que el conocimiento sea adquirido a través de la propia experiencia y que la propia experiencia se convierta de nuevo en fuente de conocimiento la hacen un importante recurso educativo para el desarrollo actitudinal. En este sentido conviene traer a colación la distinción que hace Slavin (1985) entre educación *sobre* actitudes y *en* actitudes. Educar sobre actitudes implica únicamente la transmisión de contenidos teóricos acerca de qué son las actitudes, cuáles son las principales teorías que abordan su estudio o cuál es la forma más eficaz para abordar su formación y cambio. Ninguno de estos aspectos fue tratado explícitamente en nuestro programa docente. En cambio, educar *en* actitudes conlleva propuestas de acción educativa que den pie a adquirir los conocimientos, experimentar las vivencias y practicar las conductas relacionadas con la actitud que se pretende aprender. Esta concepción no implica añadir nuevos contenidos, sino un cambio curricular que afecte a la selección de objetivos, contenidos y metodologías, así como la redefinición del

papel del alumnado y el profesorado (Ovejero, 1990). Por tanto, los cambios actitudinales producidos tras el programa deben entenderse como el resultado de experiencias personales y conocimientos adquiridos en relación con un contenido del plan de estudios (el acondicionamiento físico), no como una formación específica sobre actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. Pensamos que la formación del profesorado de Educación Física puede enriquecerse notablemente con la introducción de la formación *en* actitudes.

7.2 Conclusiones finales e implicaciones

A partir del análisis de los resultados obtenidos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- 1.- Mediante la elaboración y validación del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.) se ha demostrado empíricamente la existencia de dos tipos de actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: las actitudes hacia el proceso y las actitudes hacia el resultado.
- 2.- La comparación de mediciones pretest-postest muestra que el grupo experimental y el grupo control presentan actitudes positivas hacia el proceso y actitudes negativas hacia el resultado tanto en el pretest como en el postest.
- 3.- El programa docente no ha servido para aumentar las actitudes hacia el proceso. Los/las estudiantes tienen actitudes más positivas en relación con las dimensiones *gratificación* y *continuidad* que en relación con las de *seguridad* y *autonomía*.

4.- El programa docente ha provocado una disminución de las actitudes hacia el resultado en el grupo experimental, la cuál ha sido especialmente acusada en relación con las dimensiones actitudinales *apariencia y obsesión*.

5.- La disminución de las actitudes hacia el proceso ha sido similar en los alumnos y alumnas del grupo experimental.

Creemos que los resultados de este estudio pueden tener implicaciones tanto en la futura investigación sobre las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud como en el enfoque educativo de las actitudes en el ámbito universitario. En primer lugar, la distinción entre actitudes hacia el proceso y actitudes hacia el resultado abre una nueva perspectiva para investigar las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. En ese sentido, el Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física Relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.) es un instrumento prometedor, aunque mejorable, para la investigación de estas actitudes. Para corroborar la diferencia entre actitudes hacia el resultado y hacia el proceso será necesario realizar nuevos análisis factoriales confirmatorios en diferentes contextos y con muestras más amplias. Estos trabajos podrían dirigirse hacia grupos de personas cuya práctica física (tipo de actividad, frecuencia, intensidad) indujera a hipotetizar perfiles actitudinales diferenciados, según la descripción de las actitudes hacia el resultado y hacia el proceso. Puede que estos trabajos confirmen la diferenciación hecha en este estudio, u obliguen a redefinir los componentes cognitivos, afectivos o conductuales de las A.R. y las A.P. En ese caso, nuevos análisis factoriales exploratorios podrían servir para enriquecer su fundamentación teórica.

Así mismo, para conocer en profundidad la relación de las actitudes hacia el resultado (A.R.), las actitudes hacia el proceso (A.P.) y la propia práctica física debería profundizarse en la

capacidad explicativa y predictiva los modelos teóricos en los que se ha basado el estudio. En este sentido, parece especialmente sugerente el estudio de las actitudes hacia el resultado y hacia el proceso dentro de la Teoría del Intento (Bagozzi y Warshaw, 1990). Las A.R. y las A.P. deberían relacionarse entonces con el resto de los componentes del modelo: la frecuencia de los intentos pasados (*frequency of past trying*) y la proximidad temporal del intento en el pasado (*recency of past trying*). Para ello podrían añadirse al Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.) nuevos ítems referidos a dichos constructos. Del mismo modo, en relación con la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), podría estudiarse la relación entre las A.R. y las A.P. con la *norma subjetiva*. En este sentido, es posible que la norma subjetiva afecte en mayor medida a las actitudes hacia el resultado que a las actitudes hacia el proceso.

Como hemos planteado en la discusión, las A.R. y las A.P. podrían guardar analogía con los constructos de distintas teorías motivacionales. Para estudiarla proponemos aplicar el C.A.A.F.S. junto a otros instrumentos apropiados para la medición de dichos constructos. En cuanto a la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), sugerimos combinar el C.A.A.F.S. con instrumentos para medir la *regulación comportamental hacia el ejercicio* y el *comportamiento autónomo* (Chatzisarantis y Biddle, 1996; Pelletier et al., 1995). Para investigar la relación entre las A.R. y las A.P. con los constructos de *orientación al ego* y *orientación a la tarea* propuestos desde la Teoría de Motivacional de la Perspectiva de Metas de Logro (Ames, 1984; Duda, 1988; Dweck, 1986; Nicholls, 1984), parece apropiada la combinación del C.A.A.F.S. con la versión española del TEOSQ (Cuestionario de la Orientación de Meta Disposicional) (Peiró, 1996).

De nuestro estudio se deduce que, en el futuro, el tratamiento de las actitudes hacia la actividad física relacionada

con la salud debería basarse sobre todo en la disminución de las actitudes hacia el resultado, muy especialmente en la dimensión actitudinal *apariencia*, aunque también parece justificada en el caso de la dimensión *victoria*, especialmente et última en el caso de los alumnos. En este sentido habría que desmitificar la consideración del sobrepeso como factor de riesgo para la salud y de la actividad física como un medio para eliminarlo, así como destacar la influencia social y cultural en la construcción de los estereotipos de belleza, y la presión que esos modelos corporales ejercen sobre las personas en la práctica de actividad física. Del mismo modo, debería relativizarse la importancia de la victoria o la (auto)superación, de manera que esos aspectos no se convirtieran en la finalidad principal o única de la práctica física. En relación con las actitudes hacia el proceso, sólo parece justificado el tratar aspectos que tengan que ver con las dimensiones actitudinales *seguridad* y *autonomía*, como por ejemplo la realización correcta y efectiva del ejercicio, el conocimiento de los pros y los contras de cada actividad o la planificación, desarrollo y autoevaluación de la propia práctica.

La utilización de la práctica física como metodología para el cambio actitudinal es otra de las perspectivas de investigación que abre este estudio. Además de la actividad física relacionada con la salud, este enfoque metodológico podría servir para desarrollar otras actitudes. Sugerimos que este enfoque práctico podría resultar especialmente adecuado para desarrollar actitudes hacia el medio ambiente y la igualdad de sexos en la formación de profesorado especialista en Educación Física. Para ello las prácticas deberían enfatizar el análisis de la propia experiencia en relación con dichos aspectos.

Consideramos que la relación entre la imagen corporal y las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud es otro de los temas que en el futuro debería abordarse en profundidad. Actualmente existe un creciente aumento de patologías relacionadas con la distorsión de la imagen corporal, como la

anorexia y la bulimia, las cuáles están llegando a convertirse en un verdadero problema de salud pública. En muchos casos, la actividad física aparece como un elemento desencadenante o coadyuvante de la enfermedad. Esto no hace sino corroborar la enorme presión social del culto al cuerpo y a la apariencia que, sin tener que llegar a casos tan extremos, en mayor o menor medida nos afecta a todos/as. Para aclarar esta cuestión, sería interesante introducir nuevos descriptivos en las dimensiones *apariencia* y *obsesión* del C.A.A.F.S., los cuáles permitieran discriminar con mayor concreción cómo y en qué grado las actitudes hacia la actividad física se vinculan con la preocupación excesiva por la imagen corporal y el rendimiento físico.

Creemos que el estudio de la relación entre las actitudes hacia el resultado (A.R.), las actitudes hacia el proceso (A.P.) y el sexo resulta otro tema de interés para futuras investigaciones. Aunque en nuestro estudio no se hallaron diferencias notables por sexo, es posible que esta similitud actitudinal sea característica de los estudiantes de Educación Física. En este sentido, en un reciente estudio comprobamos que en cuanto a las actitudes hacia el resultado (A.R.) y las actitudes hacia el proceso (A.P.) los estudiantes de magisterio mostraban perfiles diferenciados en función del sexo y la especialidad: los alumnos de todas las especialidades y las alumnas de Educación física mostraban A.P. positivas y A.R. negativas, mientras que las alumnas del resto de especialidades mostraban actitudes negativas en general. Por tanto, excepto en Educación Física entre los alumnos y las alumnas del resto de especialidades sí se daban perfiles actitudinales diferenciados. (Pérez Samaniego y Romá Segura, 1998). Para profundizar más en la relación entre las A.R., las A.P. y el sexo, proponemos combinar su estudio con otras variables, como las características antropométricas o el rendimiento en las clases de Educación Física. La correlación entre estas variables podría darnos ideas acerca de la relación entre el género, la biotipología, el rendimiento físico y la adquisición las actitudes hacia la actividad física.

Con el fin de determinar las posibilidades y limitaciones del cambio actitudinal en los estudiantes de Educación Física, sería interesante aplicar este mismo programa, u otros similares, en diferentes centros de formación del profesorado, contrastando los resultados obtenidos con los de este estudio. Así mismo, tal y como sugieren diferentes autores (Cook y Reichardt, 1986; Kemis, 1992; McTaggart, 1991), la utilización de métodos cualitativos, como etnografías, historias de vida o análisis de contenido, podría resultar adecuado para analizar el proceso de intervención docente. La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos podría resultar muy útil para comprender mejor las causas de los cambios experimentados.

Sobre la cuestión de la formación del profesorado, parece difícil que su educación *en* actitudes pueda prosperar únicamente mediante intervenciones dispersas y/o aisladas. En todo caso, éstas siempre resultarán menos eficaces que los enfoques que impliquen a más personas e instituciones. Esta perspectiva globalizadora de la educación *en* actitudes debería incluir la definición explícita de las actitudes que se pretende desarrollar, así como un debate acerca de qué conceptos, vivencias y prácticas se consideran más convenientes para su desarrollo. Estos conceptos, vivencias y prácticas deberían incluirse entonces como principios didácticos fundamentales a tener en cuenta a largo de los estudios. De esta forma, la formación y cambio de actitudes podría tener una mayor continuidad en el tiempo y en el espacio de las diferentes materias. Traducir esta idea en práctica educativa, más que cambios en planes de estudio, implica una concepción del currículum de los estudios universitarios coherente con dicho enfoque. Habría que destacar la necesidad de la formación continua del profesorado universitario, así como la importancia del trabajo en equipo, lo que a su vez haría precisa la existencia de foros eficaces para el intercambio de ideas y la creación de proyectos interdisciplinarios de desarrollo actitudinal. En ese

sentido, el carácter pluridisciplinar de los estudios de magisterio proporciona un entorno idóneo para la formación en actitudes muy diversas.

Ninguno de estos retos es fácil de abordar e intentar asumirlos globalmente resultaría un error. Como afirma Sparkes (1992), el cambio educativo es un proceso azaroso, prolongado, difícil y complejo, especialmente si lo que se quiere cambiar son las actitudes y los valores. Pero tampoco conviene olvidar que “no tener ninguna visión del cambio sólo contribuye a engrosar las comitivas educativas” (Fullan, 1991:102). ¿Cómo puede aspirarse a una mejor educación actitudinal de los niños y niñas si los futuros docentes no son educados *en* actitudes? Aceptar la dificultad de plantear una formación universitaria *en* actitudes no puede ser una excusa para no abordarla. Los argumentos técnicos no debieran anteponerse a los argumentos éticos. Tampoco negar el problema sirve para solucionarlo. De este modo, cuando se reconoce un rumbo de cambio cualquier paso en ese sentido, aunque pequeño, resulta un avance.

BIBLIOGRAFÍA

-
- AA. VV. (1992). *Diccionario de las ciencias de los deportes*, Uniesport, Málaga.
- AARTS, H.; PAULUSSEN, T. y SCHAALMA, H. (1997). "Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviours", *Health education research*, **12**, (3), pp.363-374.
- ABOUD, F. (1994). *Children and prejudice*, Blackwell, Massachusetts.
- ABRAIRA FERNÁNDEZ, C. (1994). *Efectos de la evaluación formativa de alumnos de matemáticas de E.U. del profesorado de educación general básica*, Tesis doctoral, Departamento de métodos de investigación y diagnóstico en educación, Universidad Nacional a Distancia (U.N.E.D).
- AJZEN, I. (1985). "From intention to actions: a theory of planned behaviour" en KUHL, J. y BECKMAN, J. (Eds.) *Action-control from cognition to behaviour*, Springer, Heidelberg.
- AJZEN, I. (1991). "The theory of planned behaviour" *Organization Behaviour and Human Decision Processes*, **50**, pp. 179-211.
- ALMOND, L. (1992). "El ejercicio y la salud en la escuela", en DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (Eds). *Nuevas perspectivas curriculares en educación física. la salud y los juegos modificados*, Inde, Barcelona.
- ÁLVAREZ DEL VILLAR, A. (1988). *Preparación física del fútbol basada en el atletismo*, Paidotribo, Madrid.
- AMES, C. (1984). "Cooperative, competitive and individualistic goal structures: a cognitive-motivational analysis" en AMES, R. y AMES, C. (Eds.) *Research on motivation in education: student motivation*, Academic Press, Nueva York, pp. 177, 207.
- ANDER-EGG, E. (1985). *Técnicas de investigación social*, Humanitas, Buenos Aires, pp. 327-336.
- ANDERSON, A., BURKE, K. y PERAL, H. (1995). *Estar en forma Integral*, Barcelona.
- APPLE, M. (1985). *Ideología y currículum*, Morata, Madrid.
- ARIÑO, A. (1997). *La sociología de la cultura*, Ariel, Barcelona.

- ARNAU GRAS, J. (1984). *Diseños experimentales en educación*, Vol 2, Trillas, México.
- ARNOLD, P. (1991). *Cuerpo, movimiento y currículum*, Morata, Madrid.
- ARONSON, E. (1978). *The jigsaw classroom*, Beverly Hills Sage, California.
- BAGOZZI, R. Y WARSHAW, R. (1990). "Trying to consume". *Journal of consumer research*, 17, 127-140.
- BAGOZZI, R. y KIMMEL, S. (1995). "A comparaisón of leading theories for the prediction of goal-directed behaviours", *British journal of social psychology*, 34, 437-461.
- BAHRKE, M.S. Y MORGAN, W.P. (1978). "Anxiety reduction following exercice meditation", *Cognitive Therapy and Research*, 2, pp. 323-334.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*, Prentice Hall, Englewoods Clifs, New Jersey.
- BARBERO, J.L. (1996). "Cultura profesional y currículum (oculto) en Educación Física. Reflexiones sobre las (im)posibilidades de cambio" en *Revista de educación*, nº 311, 13-49.
- BASEN-ENGQUIST, K. y PARCEL, G.S. (1992). "Attitudes, norms and self-efficacy. A model of adolescents HIV-related sexual risk behaviour", *Health education quartely*, vol. 19, nº 2, verano, pp. 263-277.
- BEGOÑA IGLESIAS, E. (1993). "La utilidad de la teoría de la acción razonada en el tratamiento de fumadores", *Revista española de drogodependencias*, vol. 18, nº 1, pp. 3-14.
- BEST, D. (1975). "The aesthetic in sport", *Journal of Human Moviment Studies*, 1, pp. 41-49.
- BIDDLE, S.J. H. y BAILEY, C.I.A. (1985). "Motives for participation and attitudes toward physical activity of adult participants in fitness programs", *Perceptual and motor skills*, 61, pp. 831-834.
- BLACK, J. (1979). "The brain according to Mandell", *Runner's World*, 1 (7), pp. 78-87.

-
- BLAIR, S.N., JACOBS, D.S. y POWELL, K.E. (1992). Relationships between exercise or physical activity and other health behaviours. *Public Health Reports*, 100 (2), pp 172-180.
- BLASCO, T. (1994). *Actividad física y salud*, Martínez Roca, Madrid.
- BOLIVAR, A. (1995). *Evaluación de valores y actitudes* Anaya, Barcelona.
- BOLLEN, K.A. (1989). *Structural Equations with latent variables*, Wiley, Nueva York.
- BOONE, T. (1994). "El ejercicio obsesivo, algunas reflexiones" en *Revista de Educación Física*, León, 8, pp. 12-16.
- BOUCHARD, C., SHEPARD, R.J. STEPHENS, T., SUTTON, J.R. y MC PHERSON, B.D. (1990). "Exercise, fitness and health: the consensus statement", en BOUCHARD, C., SHEPARD, R.J. STEPHENS, T., SUTTON, J.R. y MC PHERSON, B.D. (Eds) *Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge*, Human Kinetics, Champaign, pp.3-28.
- BOURDIEU, P. (1994). *Per una sociologia reflexiva*, Herder, Barcelona.
- BROHM, J.M. (1993). *Tesis sobre el cuerpo*, en BARBERO, J.L. (Ed) *Fragmentos de sociología del deporte*, Ed. la Piqueta, Madrid.
- CANTERA GARDE, M.A. (1997). *Niveles de actividad física en la adolescencia. Estudio realizado en la población escolar de la provincia de Teruel*, Tesis doctoral, Departamento de fisioterapia y enfermería, Universidad de Zaragoza.
- CARLSON, R. y SHIELD, B. (1994). *Nueva conciencia de salud*, Kairos, Barcelona.
- CASH, T.F. (1994). "Body image attitudes: Evaluation, investment and affect" *Perceptual and Motor Skills*, 78, pp. 1168-1170.
- CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E. y CHRISTENSON, G.M. (1985). "Physical activity, exercise and physical fitness: definition and distinction for health-related research", *Public health report*, 100, pp. 126-131.
- CHATZISARANTIS, N. y BIDDLE, S. (1996) "Functional significance of psychological variables that re included in theory of planned behaviour: a self-determination theory approach to the study of

- attitudes, subjective norms, perceptions of control intentions” *European journal social psychology*, 28 pp. 303-322.
- COLQUHOUN, D. (1989). “Emancipatory health education and enviromental education. The new public health”, *Australian Journal of Enviromental Education*, Agosto, 5, pp. 1-8.
- COLQUHOUN, D. (1990). “Images of healthism in H.B.P.E.”, en KIRK, D. y TINNING, R. (EDS) *Physical education, curriculum and culture*, Falmer Press , Londres.
- COLQUHOUN, D. (1992a). “Health based physical education and health in primary Schools project”, en WILLIAM, T. , SPARKES,A. y ALMOND, L. (EDS) *Sport and Physical Activity*, E & FN Spon, Londres, pp. 390-401.
- COLQUHOUN, D. (1992b). “Emancipatory health education and the potencial and limitations of health based physical education” en WILLIAM, T., SPARKES,A. y ALMOND, L. (Eds) *Sport and Physical Activity*, E & FN Spon, Londres, pp. 350-362.
- COOK, T.D. y REICHARDT, CH.S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, Morata, Madrid.
- COVIÁN, G. (1988). *Nutrición y salud* , Temas de Hoy, Madrid.
- CRAWFORD, R. (1980). “Healthism and medicalization of everyday life” *International Journal of Health Services*, 10, 3, pp 365-388.
- DANSEREAU, D.F. (1988). “Cooperative estrategies” en WEINSTEIN, C. et al. (Eds) *Learninig and study strategies. Issues in assessment, instruction and evaluation*, Academic Press, Nueva York.
- DAVIDOFF, L (1986). *Introducción a la psicología*, MacGraw Hill, Madrid.
- DAVIS, C. (1990). “Weight and diet preoccupation and addictiveness” *Personality and Individual Differences*, 11, pp.823-827.
- DECI, E. y RYAN, R. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behaviour*, Plenum, Londres.
- DELGADO FERNÁNDEZ, M. y TERCEDOR SÁNCHEZ, P. (1998). “Actividad física y salud: reflexiones y perspectivas”, en RUIZ JUAN, F., GARCÍA LÓPEZ, A y CASIMIRO ANDUJAR, A (Eds) *Nuevos*

horizontes en la Educación Física y el deporte escolar, I.A.D., Málaga. pp. 35-44.

- DELGADO, M.A. y DEL VILLAR, F. (1995). "Análisis de contenido en la investigación de la enseñanza de la Educación Física" *Revista de motricidad*, 1, pp.25-44.
- DEVÍS, J. (1996). *Educación Física, deporte y currículum*, Visor, Madrid.
- DEVÍS, J. (1998). "La salud en la Educación física escolar: materiales curriculares para el alumnado de educación primaria", en VILLAMÓN, M. (Dir.) *La Educación Física en el currículum de primaria*, Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, València, pp.367-387.
- DEVÍS, J. (Ed) (en prensa). *Actividad física y salud para todos*, INDE, Barcelona.
- DEVÍS, J. Y PEIRÓ, C. (1995). "La salud en la enseñanza de la educación física. Una experiencia escolar" en P.L. RODRÍGUEZ y J.A. MORENO (comps). *Perspectivas de actuación en Educación Física*, Universidad de Murcia, Murcia, pp. 61-91.
- DEVÍS, J. y MOLINA, J. P. (1998). "Educación Física y escolaridad: funciones, racionalidad e ideología", en VILLAMÓN, M. (Dir.) *La Educación Física en el currículum de primaria*, Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, València, pp.13-30.
- DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1992a). *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física, la salud y los juegos modificados*, Inde, Barcelona.
- DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1992b). "El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud". *Gaceta sanitaria*, noviembre-diciembre, pp. 263-268.
- DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1993). "Actividad física y promoción de la salud en niños y niñas jóvenes. La escuela y la Educación Física" *revista de psicología del deporte*, nº 4, pp71-86.
- DEVÍS, J.; PERDIGUERO, E.; SILVESTRE, A. Y PEIRÓ, C. (1994). "La representación social del cuerpo en un grupo de estudiantes de Educación Física" en A. CLEMENTE, G. MUSITU y M. GUTTIERREZ (EDS.). *Intervención educativa y desarrollo humano*, Set ediciones, Valencia, pp. 147-155.

- DOWNIE, R.S.; FYFE, C. y TANNAHILL, A. (1990). *Health promotion. Models and values*. Oxford University Press. Oxford.
- DUBOS, R. (1975). *El espejismo de la salud*, Fondo de Cultura Económica, México.
- DUDA, J. L. (1988). "The relationship between goal perspectives, persistence and behavioural intensity among male and female recreational participants" *Leisure studies* , 10, 95-106.
- DURING, J. (1993). *La crisis de las pedagogías corporales*, Uniesport, Málaga.
- DWECK, C. (1986). "Motivational processes affecting learning", *American Psychology*, 41, 1040-1048.
- DZWALTWSKI, D.A. (1989). "Towards a model of exercise motivation", *Journal of Sport Exercise Psychology*, 11, 251-269.
- EAGLY, A. H. y CHAIKEN, S. (1993). *The psychology of attitudes*, Harcourt Brace Janovich, Orlando.
- ECO, U. (1994). *Signo*, Quinto Centenario, Bogotá.
- ERNST, J. (1990). *Es sano si es divertido*, Piramide, Barcelona.
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, J. (1984). *Formación de hábitos como teoría educativa*, Ed. Límite, Murcia.
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, J. (1989). "Actitudes en educación", en ESCÁMEZ, J. y ORTEGA RUÍZ, *La enseñanza de las actitudes y valores*, Nau Llibres, Valencia.
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, J. (Dir). (1990). *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*, Dykinson, Madrid.
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, J.; FALCO, P.; GARCÍA, R.; ALTABELLA, J. y AZNAR, J. (1993). *Educación para la salud: Un programa de prevención de la drogadicción*, Nau llibres, València.
- FALLON, A. (1994). "Culture in the mirror. Sociocultural determinants of body image" en CRASH, T.F. y PRUZINSKY, T. (Eds) *Body images. Development, deviance and change*, Guilford, pp. 80-109, Nueva York.

- FERNÁNDEZ GARCÍA, E. (1995). *Actividad física y género: representaciones diferenciadas en el futuro profesorado de educación primaria*, Tesis doctoral, Departamento de didáctica, organización escolar y didácticas especiales, Universidad Nacional de Educación a Distancia (U.N.E.D.).
- FERNAUD. (1988). "Misericordia y esplendor de la ilustración", en *Revista de occidente*, nº 88, p.127.
- FIDELUS, K. (1991). *Ejercicios físicos para el entrenamiento*, Gymnos, Madrid.
- FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1975). *Belief, attitudes, intention and behaviour. An introduction to theory and research*, Addison-Wesley, Massachussets.
- FORTUNY GRAS, M. (1985). *Un projecte d'educació sanitària pels estudiants de magisteri de catalunya*, Tesis doctoral, Departamento de pedagogia sistemática, Universitat de Barcelona
- FOUCAULT, M. (1984). *Castigo y pena*, Alianza, Madrid.
- FOX, K.R. (1991). "Physical Education and its contribution to health and well-being" en ARMSTRONG, N. y SPARKES, A. (Eds) *Issues in Physical Education*, Cassel, Londres, pp. 123-138.
- FREUD, S. (1981). *El malestar en la cultura*, Alianza Editoria, Madrid.
- FREUD, S. (1992). *Introducción al psicoanálisis*, (20 edición) Alianza Editoria, Madrid.
- FREUND, P. y MCGUIRE, M. (1991). *Health, illness and the social body*, Englewoodclifs, Nueva Jersey.
- FUCHS, R. (1996). "Causal models of physical exercise participation: testing predictive power of the constructe pressure to change" *Journal of applied psycology*, 26 (21) pp. 1931-1960.
- FULLAN, M (1991). *The new meaning of educational change*, Teachers college press, Nueva York.
- GARCÍA FERRANDO, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte*, Alianza, Madrid.

- GARCÍA FERRANDO, M. (1992). *Los españoles y el deporte (1980-1990): un análisis sociológico*, Instituto de ciencias de la Educación Física y el deporte, Madrid.
- GERVILLA CASTILLO, E. (1993). *Postmodernidad y educación. Valores y cultura de los jóvenes*, Dykinson, Madrid.
- GIBBONS, E. y BRESSAN, J. (1991). "The affective domain in Physical Education. A conceptual clarification and curricular commitment", *Quest*, 43, pp. 78-97.
- GIDDENS, A. (1990). *The consequences of modernity*, Polity Press, Cambridge.
- GODIN, G. y SHEPHARD, R.J. (1986). "Psychosocial factors influencing intentions to exercise of young students from grades 7 to 9", *Research quarterly for exercise and sport*, 57, pp. 41-52.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M. (1996). *El desarrollo de actitudes en el área de ciencias sociales: una propuesta de formación de profesores*, Tesis doctoral, Instituto de ciencias de la educación, Universidad de Extremadura.
- GROSSER, M., STRAISCHA, S. y ZIMMERMANN, E. (1988). *Principios del entrenamiento*. Martínez Roca, Barcelona.
- GUILLEMARD, G., MARCHAL, J.C., PARENT, M., PARLEBAS, P. y SCHMITT, A. (1989). *Las cuatro esquinas de los juegos*, Agonos, Lleida.
- GUYTON, J.K. (1989). *Tratado de fisiología médica (XVI edición)*, McGraw Hill, Madrid.
- HAGGER, M., CALE, L. y ALMOND, L. (1995). "The importance of childrens attitudes towards physical activity" en LIDOR, R., ELDAR, E. y HARARI, I. (Eds) *Windows to the future. Bridging the gaps between disciplines and instruction*, AIESEP, Israel.
- HALL, S. y GIEBEN, A. (1990). *Formation of modernity*, Polity Press, Cambridge.
- HARRIS, M. (1993). *Nuestra especie*, Alianza, Madrid.
- HAUSENBLAS, H., CARRON, A. Y MACK (1997). "Application of theories of reasoned action and planned behaviour to exercise behaviour: a

meta-analysis" *Journal of sport & exercise psychology*, **19**, pp. 36-51.

HELLISON, D. (1987). "The affective domain in P.E. Let's do some house-cleaning", *Journal of Physical Education, Recreation and dance*, **58**(6), pp. 41-43.

HEYWARD, V. (1996). *Evaluación y prescripción del ejercicio*, Paidotribo, Madrid.

HIMMELFAARB, S. (1993). "The measurement of attitudes" en EAGLY, A.H. y CHAIKEN, S. *The psychology of attitudes* HBJ, Orlando, pp. 23-87.

HIRST, P. H. (1974). *Knowledge and curriculum*, Routledge & Kegan, Londres.

HUDDY, D.C. y CASH, T. (1997). "Body Image attitudes among male marathon runner: a controlled comparative study" *International Journal of Sport Psychology*, **28**, pp.227-236.

ILLICH, I. (1974). "La expropiación de la salud", *Tribuna médica*, noviembre.

ILLICH, I. (1975). *Nemesis médica*, Urano, Madrid.

JIMÉNEZ, A. (1990). "Posibilidad y límites del encuentro entre Teología y racionalidad agnóstica", en *Escritos del Vedat*, Vol. XX, p. 27.

KEMIS, J. (1992). *La investigación-acción participativa: inicios y desarrollo*, Popular, Madrid.

KENYON, G.S. (1968a). "A conceptual model for characterizing physical activity", *Research Quaterly*, **39**, pp. 566-574.

KENYON, G.S. (1968b). "Six scales for assesing attitudes towards physical activity", *Research Quaterly*, **39**, pp. 575-583.

KIESLER, C.A.; COLLINS, B.E. y MILLER, N. (1969). *Attitudes change: A critical analysis of theoretical approaches*, John Wiley & Sons, Nueva York.

KIM, M.S. y HUNTER, J.E. (1993a). "Attitude-behaviour relations: a meta-analysis of attitudinal relevance and topic", *The journal of communication*, **43**(1), invierno, pp. 101-142.

- KIM, M.S. y HUNTER, J.E. (1993b). "Relationship among attitudes, behavioral intentions and behaviour", *Communication Research*, 20(3), junio, pp 331-364.
- KIRK, D. (1990). *Educación Física y currículum*, Universitat de València, València.
- KRATHWOHL, D., BLOOM, B. y MASIA, B. (1964). *Taxonomy of educational perspectives. Handbook II. Affective domain*. McKay, Nueva York.
- LE GOFF, J. (1992). "¿La cabeza o el corazón?" en FEHER, M., NAFFAR, R. y TAZI, F. (EDS.) *Fragmentos para una historia del cuerpo*, Taurus, Madrid, pp. 12-24.
- LEMON, A. (1973). *Attitudes an their measurement*, John Willey and Sons, Nueva York.
- LIKERT, R. (1967). "The method of constructing an attitude scale" en Fishbein, M. *Readings on attitudes theory and measurement*, John Willey and Sons, Nueva York.
- LILLEFORS, J. (1978). *The running mind*, World Publications, Mountain View.
- LÓPEZ MIÑARRO, P.A., J. (1998). "Análisis de ejercicios en las decisiones preactivas: detección de ejercicios contraindicados en E.F." en GARCÍA LÓPEZ, A, RUÍZ JUÁN, F. y CASIMIRO ANDUJAR, A (Coords) *Actas del II congreso internacional de la enseñanza de la educación física y del deporte escolar*, I.A.D., Almería, pp. 44-48.
- LÓPEZ-BARAJAS, J. (1985). *Pedagogía experimental*, Vol.2, UNED, Madrid.
- LOTMAN, T. (1979). *Semiótica de la cultura*, Cátedra, Madrid.
- LOZANO, J.M. (1990). "De la condición urbana como condición posmoderna", en *Cuadernos de Orientación Familiar*, nº 114, p.24.
- MARINA, A. (1988). *Elogio y refutación del ingenio*, Anagrama, Madrid.
- MARTINDALE, E., DEVLIN, A.S. y VYSE S.A. (1990). "Participation in college sports: motivational differences", *Perceptual and Motor Skills*, 71, pp. 1139-1150.

- MASLOW, F. (1989). *El hombre autorrealizado*, Kairós, Barcelona.
- MATHES, S.A. y BATTISTA, R. (1985). "College men's and women's motives for participation in physical activity" *Perceptual and Motor Skills*, 61, 719-726.
- MATVEEV, L. (1983). *Fundamentos del entrenamiento deportivo*. Raduga, Moscú.
- MAUSNER, J. y BAHN, A. (1985). *Epidemiology. An introductory text*, W.B. Saunders, Filadelfia.
- McGEORGE, S. (1992). "La seguridad como factor de salud en las clases de Educación Física," en DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (EDS.) *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física, la salud y los juegos modificados*, INDE, Barcelona.
- McTAGGART, R. (1991). "Principles for participatory action research" *Adult Education Quarterly*, 41(3), pp.168-187.
- MEDINA, J. (1996). "Proceso de entrenamiento de los codificadores para el entrenamiento de los codificadores del profesorado" *Revista de motricidad*, 2, pp.113-127.
- MEDINA, J. y DELGADO NOGUERA, M.A. (1998). "Una primera aproximación a la investigación sobre las teorías del alumno acerca de la Educación Física." en GARCÍA LÓPEZ, A., RUÍZ JUÁN, F. y CASIMIRO ANDUJAR, A. (Coords) *Actas del II congreso internacional de la enseñanza de la educación física y del deporte escolar*, I.A.D., Almería, pp. 446-451.
- MERLEAU-PONTY, J. (1975). *Fenomenología de la percepción*, Ed. Península, Barcelona
- MESTRE, J. (1996). *Estudio de las referencias a la salud en los textos de Educación Física*, Tesis Doctoral, Dpt de Historia de la Medicina, Universitat de València.
- MOLINA, J. P. (1998). "El currículum de la Educación Física: pensar y diseñar su práctica en la reforma", en VILLAMÓN, M. (Dir.) *La Educación Física en el currículum de primaria*, Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, València, pp.32-51.

MOODE, F.M. y FINKENBERG, M.E. (1994). "Participation in wellness course and attitude toward physical activity", *Perceptual and motor skills*, 79, pp. 767-770.

MORENO MORENO, J. (1994). *Programa pedagógico de formación de actitudes para la participación en los alumnos de la E.U. de profesorado de E.G.B. de la Laguna (Tenerife)*, Tesis doctoral, Departamento de historia y filosofía de la ciencia, la educación y el lenguaje, Universidad de la Laguna.

MORGAN, W.P. (1979). "Negative addiction in runners", *Physician and Sports medicine*, 7(2), pp. 56-63, 67-70.

MUNNÉ, T. (1989). *Psicosociología del tiempo libre*, Trillas, Madrid.

NICHOLLS, J.G. (1984). "Conceptions of ability and achievement motivation" en AMES y AMES (Eds) *Research on motivation in education: students motivation* Vol. 1, Academic Press, Nueva York, pp.39-73.

NUTBEAM, D. (1986). *Glosario de promoción de la salud*, Junta de Andalucía. Consejería de salud, Sevilla.

OLSON, J.M. y ZANNA, M.P. (1982). *Predicting adherence to a programme of physical exercise: an empirical study*, Report prepared for Ontario Ministry of Tourism and Recreation, Toronto.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) (1986). "Social justice and equity in health", *WHO meeting*. Copenague, Regional Office for Europe. WHO (ICP/HSR 804/m02).

OVEJERO, A. (1990). *El aprendizaje cooperativo. Una alternativa eficaz a la enseñanza tradicional*, Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona.

PARLEBAS, P. (1981). *Contribution à un lexique comménte en science de l'action motrice*, INSEP, Paris.

PARLEBAS, P. (1989). *Elementos de sociología del deporte*, Uniesport, Málaga.

PARTISANS. (1982). *Deporte, cultura y represión*, Alianza, Madrid.

PATE, R. R., BLAIR, S.; DRUSTINE, L., EDDY, D.O., HANSON, P., PAINTER, P., SMITH, K. y WOLFE, L. (1991). *Guidelines for*

exercise testing and prescription, American College of Sports Medicine, Lea & Febiger, Filadelfia.

- PEIRÓ, C. (1991). "Educación física y salud: realización correcta y segura de los ejercicios" en *Perspectivas de la actividad física y el deporte*, 8, pp. 14-17.
- PEIRÓ, C. (1996). *Proceso de socialización deportiva de las orientaciones de meta en la adolescencia*, Tesis doctoral, departamento de Metodología, psicobiología y psicología social, Universitat de València.
- PELLETIER, L.; FORTIER, M.; VALLERAND, R.; TUSON, K.; BRIERE, N. y BLAI, M. (1995). "Towards a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivation in sports; sports motivation scale (SMS)", *Journal of sport and exercise psychology*, 17, pp. 33-53.
- PÉREZ JUSTE, A. (1985). *Pedagogía experimental*, Vol.2, UNED, Madrid.
- PÉREZ SAMANIEGO, V. (1996). "Reflexiones sobre el peso, la delgadez, el ejercicio y la salud" en *Revista Edeània*, 10, pp. 94-109.
- PÉREZ SAMANIEGO, V. y ROMÁ SEGURA, A. (1998). "Actitudes hacia la práctica física y la salud del alumnado de magisterio" *Actas del IV congreso mundial de deporte para todos*, pp. 125-126, Barcelona.
- PETERS, L. (1970). *Physical education and curriculum*, Feathers, Londres.
- PLASENCIA, A. Y BOLIVAR, I. (1989). *Actividad física y salud*. Ajuntament de Barcelona, Barcelona.
- PLATONOV, V. (1988). *Entrenamiento deportivo, teoría y práctica*. Paidotribo, Barcelona.
- POWELL, K.E. y PAFFENBARGER, R.S. (1985). "Workshop on epidemiologic and the incidence of coronary disease; a summary" *Public health reports*, 100, pp.118-126.
- RACIONERO, L. (1989). *Del paro al ocio*, Anagrama, Madrid.
- RACIONERO, L. (1993). *El arte de vivir con los cinco sentidos*, Ediciones TH, Madrid.

-
- RASCH, P. y BURKE, R. (1986). *Kinesiología y anatomía aplicada*, El Ateneo, Madrid.
- RAUGH, D. Y WALL, R. (1987). "Measuring sport participation motivation", *International Journal of Sport psychology*, 2, pp. 355-362.
- REICH, W. (1981). *El análisis del carácter*, Paidós, Barcelona.
- RIBEAUX, S. Y POPPLETON, S.E. (1978). *Psychology and work: an introduction*, Macmillan, Londres.
- RIDDLE, P. (1980). "Attitudes, beliefs, behavioural intentions and behaviour in women and men towards regular jogging". *Research quarterly for exercise and sport*, 57, pp. 663-674.
- ROCKEACH, M. (1989). *Beliefs, attitudes and values. A theory of organization and change*, (9ª reimpresión de la 1ª edición, 1968). Jossey-Bass, San Francisco.
- RODIN, J. (1992). *Body traps*, Morrow, Nueva York.
- ROJO, P. (1991). *La percepción corporal: el eidosoma*, Nau Llibres, Valencia, pp12-20.
- RUÍZ OLABUÉNAGA, J.L. (1995). "Ocio y estilos de vida" en *informe sociológico sobre la realidad social en España*, Fundación FOESSA, Madrid.
- RUÍZ OLABUÉNAGA, J.L. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, Ed. Deusto, Bilbao, pp. 196-210.
- RUÍZ PÉREZ, J.L. (1995). *Competencia motriz*, Gymnos, Madrid.
- RYAN, R. (1993). "Agency and organization: Intrinsic motivation autonomy and self in psychological development" en DIENSTIBER, R. (Ed.) *Nebraska simposium on motivation*, University of Nebraska, Lincoln, pp. 1-56.
- RYAN, W. (1971). *Blaming the victim*, Vintage, Nueva York.
- SACHS, M.L. y PARGMAN, D. (1984). "Running addiction", en SACHS, M.L. Y BUFFONE, G. W. (Eds), *Running as a therapy. an integrated approach*, Nebraska University Press, Lincoln, pp. 231-253.

-
- SALES CIGES, M. A. (1996). *Educación intercultural y formación de actitudes*. Tesis doctoral. Dpto. Teoría de la Educación. Facultad de filosofía y ciencias de la Educación. Universidad de Valencia.
- SALES CIGES, M.A. y GARCÍA LÓPEZ, R. (1998). "Teacher training with a view towards developing favourable attitudes regarding intercultural education and cultural diversity" *European Journal of Intercultural Studies* 9(1) pp. 48-55.
- SALVADOR, J. L. (1997). "Flaqueza del espíritu, gordura del cuerpo." *Revista Española de Educación Física*, 65, p. 38.
- SALLERAS, L. (1985). *Educación Sanitaria*, Díaz Santos, Madrid
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, J.L. (1996). *La actividad física orientada hacia el proceso*, Biblioteca nueva, Madrid.
- SARTORI, I. (1997). *Homo videns*, Taurus, Madrid.
- SARTRE, J.P. (1989). *El ser y la nada*, Alianza, Madrid.
- SARTRE, J.P. (1992). *Fenomenología i existencialisme*, Laia, Barcelona.
- SAVATER, F. (1990). *El contenido de la felicidad*, Ed. El País, Madrid.
- SAVATER, F. (1995). *Diccionario Filosófico*, Planeta, Barcelona.
- SCRATON, S. (1995). *Educación Física para niñas. Un enfoque feminista*, Paidotribo, Barcelona.
- SHEEHAN, G. (1979) "Negative addiction: a runners perspective" *Physician and Sports medicine*, 7(6), pp.47-51.
- SHILDER, P. (1964). *The image and apparence of the human body* International University Press. Columbia.
- SHILLING, C. (1993). *The social body and social theory*, SAGE & TCS, Londres.
- SHULTZ, R.W., SMOLL, F.L. y WOOD, T.M. (1981). "A psychometric analysis of an inventory for assessing children's attitudes towards physical activity", *Journal of sport psychology*, 4, pp. 321-344.

- SHULTZ, R.W., SMOLL, F.L., CARRE, A.F. y MOSHER, R.E. (1985). "Inventories and norms for children's attitudes toward physical activity", *Res. Q. Exercise Sport*, **56** (3), pp. 253-256.
- SICILIA CAMACHO, A. (1998). "Educación Física, profesorado y posmodernidad", en RUIZ JUAN, F., GARCÍA LÓPEZ, A. y CASIMIRO ANDUJAR, A. (Eds) *Nuevos horizontes en la Educación Física y el deporte escolar*, I.A.D., Málaga, pp. 123-139
- SIMON, J.A. y SMOLL, F.L. (1976). "An instrument for assessing children's attitudes toward physical activity", *Res. Q. Exercise and Sport*, **56** (3), pp. 256-265.
- SLAVIN, R.E. (1985). *Cooperative learning*, Longman, Nueva York.
- SMITH, A y BIDDLE, S. (1992). "Attitudes and health Related Exercise. Review and critique" en WILLIAMS, T., ALMOND, L. y SPARKES, A. (Ed) *Sport and Physical Activity*, E and FN Spon, London, pp 347-352.
- SPARKES, A. (1992). "Reflexiones sobre el proceso de cambio" en DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (Eds) *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*, INDE, Barcelona.
- STANDFORD ALUMNI ASSOCIATION (1987). *The Stanford health and exercise handbook*. Leisure Press, Champaign.
- STAROBINSKY, J. (1991). "Historia natural y literaria sobre la percepción corporal", EN FEHER, M. (Ed.), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, Taurus, Madrid, pp. 357-389.
- THEODORAKIS, M. (1992a). "Attitudes toward physical activity in female physical fitness programs", *International Journal of Sport Psychology*, nº 23, pp. 262-273.
- THEODORAKIS, M. (1992b). "Prediction in athletic participation. A test planned behaviours theory", *Perceptual and motor skills*, nº 74, pp. 371-379.
- THEODORAKIS, M. (1993). "Reasoned Action Theory and the prediction of training participation in young swimmers", *British Journal of Physical Education*, nº 13, otoño, pp. 10-12.

-
- THEODORAKIS, M., DOGANIS, G., BAGIATIS, K. y MARIOS, G. (1991). "Preliminary study of the ability of reasoned action in predicting exercise behaviour of young children", *Perceptual and motor skills*, 72, pp. 51-58.
- THOMPSON, J.K. y PASMAL, L. (1991). "The Obligatory Exercise Questionnaire", *The behaviour therapist*, 14, pp.137-139.
- TINAJAS RUÍZ, A. y TINAJAS RUÍZ, J. V. (1992). *La grasa corporal y su reducción a través del ejercicio físico en Sport & Medicina*, enero-febrero, 13, pp. 17-22.
- TINNING, R. (1990). *Movement, Ideology and curriculum. opening Pandora's box*, Deakin University Press, Deakin.
- TINNING, R. (1992a). *La educación Física, la escuela y sus profesores*, Universitat de València, València.
- TINNING, R. (1992b). "Teacher education pedagogy. Dominant discourses and the process of problem-setting" en WILLIAMS, T., ALMOND, L. y SPARKES, A. (Eds) *Sport and Physical Education*, E and FN Spon, London.
- TONES, B.K. (1981). "Affective education and health promotion: new direction", *Journal of the Institute of Health Education*, 21, 121-131.
- TORO, V. (1996). *El cuerpo como delito*, Ariel, Madrid.
- TORRES, M. (1996). *El verano*, El País, 22, junio, p. 56.
- TRAFIMOV, D. y FISHBEIN, M. (1994). "The moderating effect of behaviour type on the subjective norm-behaviour relationship", *The Journal of Social Psychology*, vol 134, nº 6, septiembre pp. 755-763.
- TRAFIMOV, D. y FISHBEIN, M. (1995). "Do people really distinguish between behavioural and normative beliefs?", *The Journal of Social Psychology*, vol 34, nº 3, septiembre, pp. 755-763.
- TRIANDIS, H.C. (1971). *Attitudes and attitude change*, John Willey & Sons, Nueva York.
- VALOIS, P., DESHARNAI, R. y GODIN, G. (1988). "A comparaisón of the Fishbein and Ajzen and Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behaviour", *Journal of Behavioural Medicine*, 11, pp. 458-472.

- VARELA, J. y ÁLVAREZ-URÍA, F. (1989). *Sujetos frágiles*, Fondo de cultura económica, México.
- VICENS, J. (1995). *El valor de la salud*, S. XXI, Madrid.
- VICENTE PEDRAZ, M. (1989). "Nociones de cuerpo para la teoría general de la Educación Física", en *Perspectivas de la actividad física y el deporte*, nº 1, junio, León, pp. 5-9.
- WANKEL, L. (1997). "The social psychology of physical activity", en Curtis, J.E. y Russel, S.J. (Eds) *Physical activity in human experience, Interdisciplinar perspectives*, Human Kinetics, Champaign.
- WANKEL, L., MUMMERY, W.K.; STEPHENS, T. Y CRAIG, C. (1994). "Prediction of physical activity inventory from social psychology variables: results from Campbell's survey of Well-Being" *Journal of sport and exercise psychology*, 16, pp. 56-69.
- WEINBERG, R. y GOULD, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*, Ariel, Barcelona.
- WHELDALL, K. (1975). *Social behaviour*, Methuen, Londres.
- WHITEHEAD, M. (1990). "Conceptos y principios de igualdad y salud, proyecto de documento preparado por el Program de Políticas de Salud y Planificación". OMS, *Ministerio de sanidad y Consumo*, Madrid.
- WHITEHEAD, M. (1992). "Body as a machine and body as self in teaching P.E." en WILLIAM, T. , SPARKES, A. Y ALMOND, L. (Eds) *Sport and Physical Activity*, E & FN Spon, Londres, pp. 376-383.
- YATES, A. (1991). *Compulsive exercise and eating disorders: towards an integrated theory of activity*. Brunner/Mazel, Nueva York.
- ZINTL, F. (1991). *Entrenamiento de la resistencia*. Martínez Roca, Barcelona.

ANEXOS

ANEXO 1

**ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES
HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA
SALUD (C.A.A.F.S.)**

1.1 Sondeo

Edad *Edat* ()
Sexo *Sexe* ()
Especialidad *Especialitat* _____

1.- ¿Por qué razones crees que la gente realiza deporte? *Per quines raons creus que la gent fa esport?*

2.- ¿Crees necesario acudir a un lugar determinado para realizar actividad física? *¿Creus necessari acudir a un lloc determinat per tal de realitzar-hi activitat física?*

No

Sí (*¿Puedes sugerir alguno?*) (*En pots sugerir algú?*)

3.- ¿Piensas que hay gente que se excede en la práctica del ejercicio físico? *Penses que hi ha gent que se n'excedeix amb la pràctica de l'exercici físic?*

No

Sí

4.- ¿Qué rasgos crees que definen a una persona que se obsesiona con la práctica de ejercicio físico? *Quins trets creus que defineixen a una persona que s'obsesiona amb la pràctica de l'exercici físic?*

1.2 Rasgos extraídos del sondeo

Pregunta 1.- Por qué razones crees que la gente realiza deporte? *Per quines raons creus que la gent fa esport?*

Nº	RASGO	Total Frecuencias
1	Porque les gusta practicarlo	42
2	Porque les gusta estar con la gente/ Relacionarse socialmente	10
3	Para mantenerse en forma	43
4	Por problemas físicos (terapia)/ Motivos de salud recomendado por un médico/ Rehabilitar/ Necesidad	12
5	Sentirse bien, encontrarse mejor físicamente (con su cuerpo)	19
6	Para olvidarse de los problemas (evasión) y reducción de estrés	15
7	Buena salud/ Por estar sano/ Para prevenir enfermedades/ Cuidarse	36
8	Tener un cuerpo bonito/ Mantenerse estéticamente bien/ Presencia de físico/ Estar mazas/ Culto al cuerpo	20
9	Por diversión/Pasarlo bien	22
10	Adelgazar	10
11	Por influencia de la imagen ideal de la sociedad/ Está de moda/ T. V./ Presión social	11
12	Competir y averiguar quién es el mejor	1
13	Por ocio/ Entretenerse en el tiempo libre/ pasar un rato agradable/ Distracción	11
14	Porque le obligan (colegios)	2
15	Sentirse bien con uno mismo física y psicológicamente (equilibrio)	22
16	Satisfacción personal y superación personal y mejora	4
17	Estar más fuertes o mejora de la condición física	3
18	Por relajación	7
19	Bienestar general	16
20	Gustar más a la gente	1
21	Por dinero	2
22	Pasión hacia el deporte	5
23	Lucir los músculos en la playa	1
24	Por pertenecer a un club	1
25	Porque lo practican sus compañeros/as	1

TOTAL

305

2.- ¿Qué rasgos crees que definen a una persona que se obsesiona con la práctica de ejercicio físico? *Quines característiques creus que defineixen a una persona que s'obsesiona amb la pràctica de l'exercici físic?*

N	RASGO	Total Frecuencias
1	Ser profesional	2
2	Culto al cuerpo/ Obsesión por su físico/ Demasiado preocupado por su cuerpo	19
3	Persona débil psíquicamente/ Nerviosa/ Tensión/ Tímida/ Insegura en sí misma/ Ansiedad/ Maniática/ Neurótica/ Histérica/ Mal carácter/ Acomplejada/	26
4	Intolerante con ciertos aspectos (tabaco, alcohol, gordura, pasividad)	1
5	Demasiado preocupada por su salud/ Cuida su salud	5
6	Su físico define si hace ejercicio (músculo, forma de andar)/ Le gusta lucirse	10
7	Le gusta hacer marcas/ Rendimiento/ Para conseguir victorias/ Ser el mejor	5
8	Pensar continuamente en hacer ejercicio/ Rechaza otras sugerencias que no sean ejercicio	24
9	Tener complejos relacionados con lo físico	7
10	Persona activa/ Hiperactiva	3
11	Persona fuerte/ Halterofilia	7
12	Persona con mucha fuerza de voluntad/ Deseo de superarse	7
13	Soledad /Irritable e inestable/ Falta de quererse a sí mismo	2
14	Obligación de demostrar algo	1
15	Disciplinaria/ Muy exigente/ Entrenamiento severo y rígido/ Autocontrol excesivo/ Lo toma como una obligación	5
16	Con ganas de agradar a los demás/ Presumida	4
17	Persona que utiliza el deporte para desahogarse	2
18	No puede aplazarlo para otro momento	2
19	Deseo excesivo de superarse/ Sobreentrenamiento/ Deportista de élite que debe hacer mucho ejercicio/ Desgaste físico profundo/ Exceso de cantidad	21
20	Chicas/chicos que quieren perder peso/ Estar delgados	7
21	Hace ejercicio por tener/ a pesar de tener problemas de salud / Lesiones	4
22	No pasarlo bien/ No disfruta con la práctica del ejercicio/ No vivir con él sino para él	6
23	Anoréxica	1
24	Alimentación escasa o super especializada	11
25	Fanfarrona/ Le gusta llamar la atención/ Por hacerse el interesante	3
26	No tiene rasgos determinados	2
27	Se siente bien	1
28	Buena forma física	1
29	Enfermedad mental/ Obsesionada por todo	4
30	Adictos al deporte	2
31	Practican muchísimos ejercicios	1
32	Culturismo	2
33	Dificultades sociales de integración	1
TOTAL		224



1.3 Selección de rasgos por jueces expertos/as

CUESTIONARIO DE ACTITUDES VALORACIÓN DE JUECES EXPERTOS/AS

Estamos elaborando un cuestionario sobre la actitud de los estudiantes de magisterio hacia la práctica de actividad física. Hemos detectado los siguientes rasgos, basándonos en las contestaciones a una serie de preguntas abiertas. En el proceso de selección para definir una serie de ítems actitudinales resulta fundamental el papel que ejercen los *jueces expertos/as* que deben determinar qué rasgos pueden ser significativos para elaborar dicho cuestionario y cuáles no.

Para ello, le rogamos que puntúe cuáles de estos rasgos responden mejor a la pregunta que encabeza la tabla.

La puntuación es del 1 al 10, en orden creciente de especificidad del rasgo en relación con la pregunta formulada. Es decir, de 1 a 3, se considera que es un rasgo general de la personalidad. Del 3 al 7 se considera que puede tener que ver con la pregunta formulada, y del 7 al 10 que es específico de la cuestión.

NO TRATAMOS DE VALORAR SU OPINION ACERCA DE LA CUESTION, SINO DE CONOCER HASTA QUE PUNTO LOS RASGOS PRESENTADOS SE CORRESPONDEN ESPECIFICAMENTE CON LA PREGUNTA PANTEADA.

Muchas gracias por su colaboración.

Pregunta 1.- Por qué razones crees que la gente realiza deporte? *Per quines raons creus que la gent fa esport?*

N	RASGO	PUNTUACION
1	Porque les gusta practicarlo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2	Porque les gusta jugar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3	Porque les gusta estar con la gente/ Relacionarse socialmente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4	Para mantenerse en forma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5	Por problemas físicos (terapia)/ Motivos de salud recomendado por un médico/ Rehabilitar/ Necesidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6	Sentirse bien, encontrarse mejor físicamente (con su cuerpo)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7	Para olvidarse de los problemas (evasión) y reducción de estrés	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8	Buena salud/ Por estar sano/ Para prevenir enfermedades/ Cuidarse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9	Tener un cuerpo bonito/ Mantenerse estéticamente bien/ Presencia de tísico/ Estar mazas/ Culto al cuerpo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10	Por diversión/ Pasarlo bien	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11	Adelgazar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12	Por influencia de la imagen ideal de la sociedad/ Esta de moda/ I. V./ Presión social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13	Competir y averiguar quién es el mejor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14	Por ocio/ Entretenerse en el tiempo libre/ Pasar un rato agradable/ Distracción	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15	Porque le obligan (colegios)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16	Sentirse bien con uno mismo física y psicológicamente (equilibrio)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17	Satisfacción personal y superación personal y mejora	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18	Ligar con chicas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19	Estar más fuertes o mejora de la condición física	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20	Por relajación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21	Bienestar general	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22	Gustar más a la gente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23	Por dinero	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24	Pasión hacia el deporte	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25	Por ejercer una profesión	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26	Lucir los músculos en la playa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27	Por pertenecer a un club	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28	Porque se ha promocionado mucho la educación física	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29	Por manía (obsesión)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30	Por falta de taena	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31	Porque lo practican sus compañeros/as	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta 2.- ¿Qué rasgos crees que definen a una persona que se obsesiona con la práctica de ejercicio físico? *Quines característiques creus que defineixen a una persona que s'obsesiona amb la pràctica de l'exercici físic?*

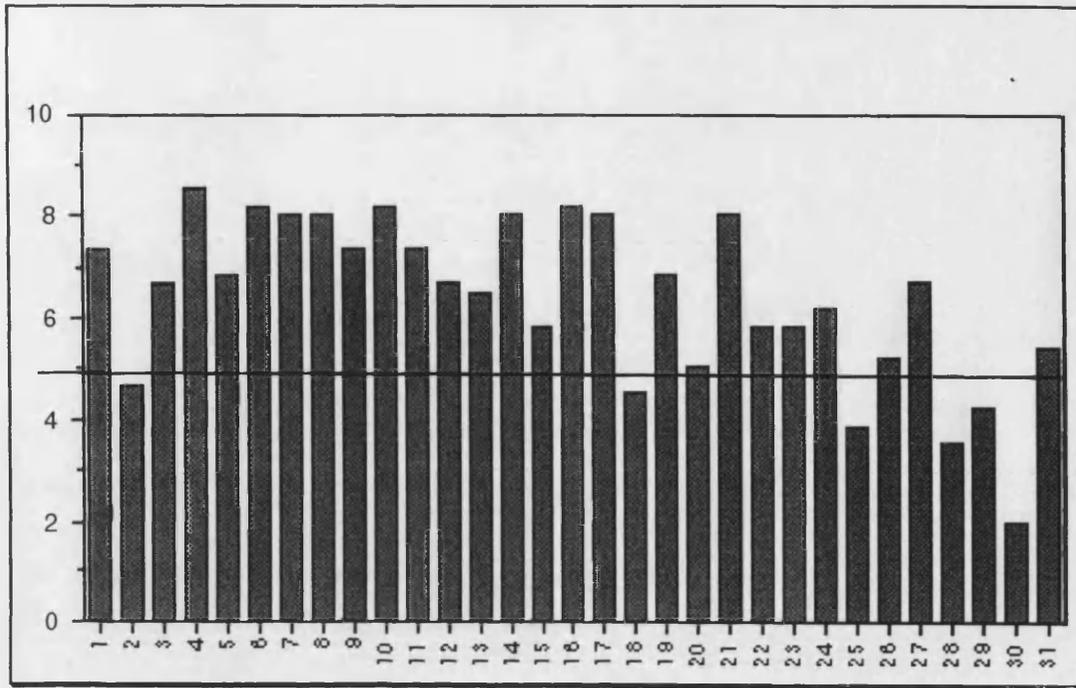
	RASGO	PUNTIJACION
1	Ser profesional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2	Culto al cuerpo/ Obsesión por su físico/ Demasiado preocupado por su cuerpo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3	Persona débil psicológicamente/ Nerviosa/ Tensión/ Ímida/ Insegura en sí misma/ Ansiedad/ Maniática/ Neurótica/ Histérica/ Mal carácter/ Acomplejada/	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4	Intolerante con ciertos aspectos (tabaco, alcohol, gordura, pasividad)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5	Persona débil físicamente/ Fatiga	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6	Demasiado preocupada por su salud/ Cuida su salud	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7	Su físico define si hace ejercicio (músculo, forma de andar) / Le gusta lucirse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8	Le gusta hacer marcas/ Rendimiento/ Para conseguir victorias/ Ser el mejor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9	Pensar continuamente en hacer ejercicio/ Rechaza otras sugerencias que no sean ejercicio	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10	Tener complejos relacionados con lo físico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11	Persona activa/ Hiperactiva	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12	Persona fuerte/ Halterofilia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13	Persona con mucha fuerza de voluntad/ Deseo de superarse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14	Soledad/ Irritable e inestable/ Falta de quererle a sí mismo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15	Obligación de demostrar algo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16	Disciplinaria/ Muy exigente/ Entrenamiento severo y rígido/ Autocontrol excesivo/ Lo toma como una obligación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17	Con ganas de agradar a los demás/ Presumida	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18	Persona que utiliza el deporte para desahogarse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19	No puede aplazarlo para otro momento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20	Deseo excesivo de superarse/ Sobreentrenamiento/ Deportista de élite que debe hacer mucho ejercicio/ Desgaste físico profundo/ exceso de cantidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21	Chicas/chicos que quieren perder peso/ Estar delgados	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22	Hace ejercicio por tener a pesar de tener problemas de salud/ Lesiones	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23	No pasó bien/ No disfruta con la práctica del ejercicio/ No vivir con él sino para él	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24	Anoréxica	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25	Alimentación escasa o super especializada	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26	Fanfarrona/ Le gusta llamar la atención/ por hacerse el interesante	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27	Hipertensos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28	El típico deportista	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29	No tiene rasgos determinados	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30	Lo más importante es la E. F.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31	Se siente bien	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32	Buena forma física	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33	Enfermedad mental/ Obsesionada por todo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34	Adictos al deporte	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35	No tienen verdaderas obligaciones/ Mucho tiempo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
36	Practican muchísimos ejercicios	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
37	Descargar energía	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
38	Problema de sobrepeso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39	Viste informal/ atuendo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
40	Culturismo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41	Dificultades sociales de integración	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42	Destrellat	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43	Utilización de los mitos de la actividad física	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44	Persona con problemas de algún tipo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45	Persona algo hueca y superficial, sin sentido de la trascendencia de la vida/ Que no cultiva su mente/ No toma decisiones razonadas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El grupo de jueces expertos/as estaba compuesto por 2 Doctores y 8 licenciados/as en Educación Física, miembros del Seminario de Educación Física y Salud (S.E.F.S.), adscrito al C. E. P. de Valencia desde 1993. Sus miembros eran:

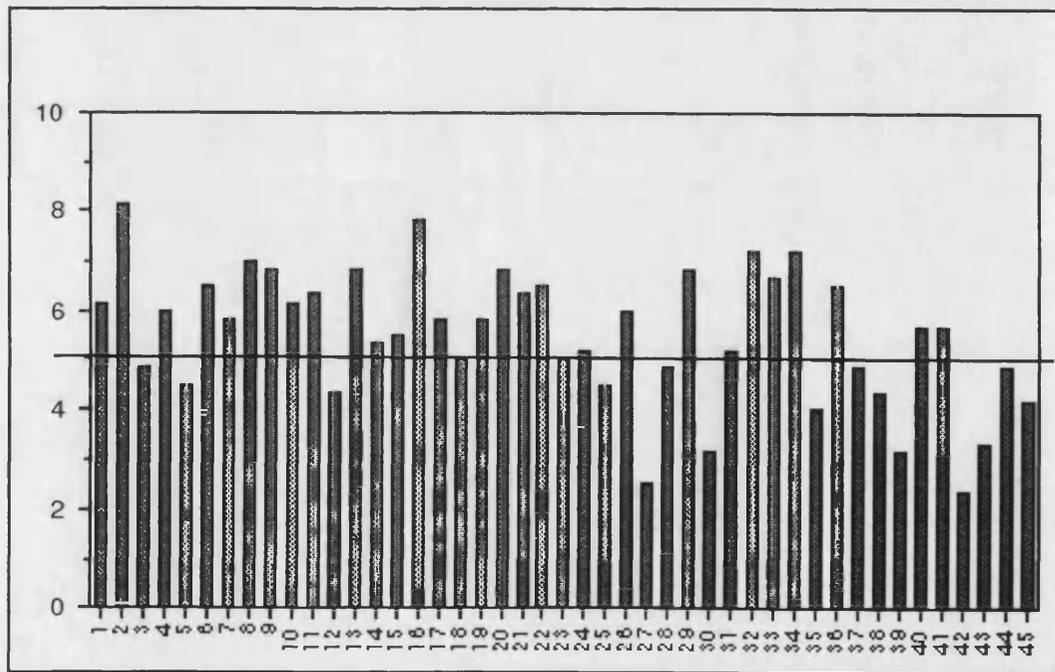
- DR. D. JOSÉ DEVÍS DEVÍS
Universitat de València
Institut Valencià de Educació Física
- DRA. DÑA CARMEN PEIRÓ VELERT
Universitat de València
E.U.M. Ausias March
- DÑA. JOSEFA PRIMO GARCÍA
Licenciada en EF
Profesora de enseñanzas medias
- DÑA. Mª JOSEP GOMAR I FRANCES
Licenciada en EF
Profesora de enseñanzas medias
- DÑA. EVA BALLESTER ALERTE
Licenciada en EF
Profesora de enseñanzas medias
- DÑA. AMPARO HERNÁNDEZ CLEMENTE
Universitat de València
Institut Valencià de Educació Física
- DÑA. ROBERTO SÁNCHEZ GARCÍA
Universitat de València
Institut Valencià de Educació Física
- D. SAORO GARCÍA
Licenciado en EF
Profesor de enseñanzas medias
- D. XAVIER DEVÍS I DEVÍS
Licenciado en EF
Profesor de enseñanzas medias
- VÍCTOR PÉREZ SAMANIEGO
Licenciado en EF
Profesor la E. U. M. Edetania

La valoración de los rasgos por parte de los/las jueces expertos/as se realizó en abril de 1996. Se les pidió que puntuaran el grado en que los rasgos extraídos de las respuestas del alumnado al cuestionario-sondeo se adecuaban a las preguntas a las que contestaban. Los rasgos cuya puntuación no superó como media el 5 no fueron tenidos en cuenta para la elaboración de ítems actitudinales. Los resultados se muestran a continuación

Anexo. Gráfica 1: Resultado de la evaluación de rasgos de los jueces-expertos/as a la pregunta 1 del sondeo.



Anexo. Gráfica 2: Resultado de la evaluación de rasgos de los jueces-expertos/as a la pregunta 2 del sondeo.



1.4 Rasgos agrupados por dimensiones actitudinales

Anexo. Tabla 3.- Rasgos agrupados por dimensiones actitudinales.

Dimensión	Rasgo	
	Pregunta 1)	Pregunta 2)
1.- Gratificación	1,6,9,13,16	27
2.- Continuidad	16,22	31
3.- Adecuación	2, 15, 24, 25	10, 17
4.- Autonomía	13, 15	12, 17
5.- Seguridad	7	
6.- Crítica	11, 10, 21	4, 5, 9, 3, 19 21, 23, 30
7.- Concepción terapéutico/preventiva	3, 5, 4	11, 28, 5
8.- Apariencia	5, 8, 10, 20	2, 6, 9, 16, 20, 25
9.- Victoria	10	7, 22
10.- Rendimiento	17	1, 12, 14, 15
11.- Obsesión		3, 4, 8, 9, 13, 18, 19, 20, 21, 23, 24,

1.5 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud inicial (C.A.A.F.S.-90).

EDAD: _____

SEXO: _____

CURSO: _____

ESPECIALIDAD: _____

¿Practicas habitualmente actividad física? Sí No (tacha lo que no proceda)

Te presentamos este cuestionario para investigar sobre la manera en la que se practica actividad física por los alumnos de la Escuela.

Al hablar de **actividad o práctica física** estamos haciendo referencia a un concepto amplio, que implica cualquier tipo de práctica que conlleve gasto energético, pero que no tiene porqué perseguir una finalidad concreta. Este concepto abarca tanto prácticas *formales* (como el deporte federado u otra actividad que se realice de forma más o menos habitual - por ejemplo ir al gimnasio-) como cualquier otro tipo de práctica más *informal* (correr de vez en cuando, hacer marchas, desplazarse caminando o en bici, etc.).

Lee atentamente cada una de las afirmaciones, y rodea con un círculo el número que coincida con tu opinión, según la siguiente tabla a continuación

CÓDIGO	VALORACIÓN
1	Muy de acuerdo
2	De acuerdo
3	Indiferente
4	En desacuerdo
5	Muy en desacuerdo

Muchas gracias

1.- Cuando estoy un tiempo sin hacer actividad física me siento mal con mi cuerpo	1	2	3	4	5
2.- Para mi, la mejor forma de pasarlo bien es hacer actividad física	1	2	3	4	5
3.- Cuando estoy haciendo actividad física, el tiempo se me pasa volando	1	2	3	4	5
4.- Hago actividad física principalmente porque me distraigo	1	2	3	4	5
5.- Prefiero hacer actividad física sólo, porque así me concentro más en la práctica que estoy realizando	1	2	3	4	5
6.- No siento ningún placer haciendo actividad física	1	2	3	4	5

7.- Considero que para hacer actividad física debo agotarme	1	2	3	4	5
8.- Practicaría más actividad física, si tuviera más amigos/as que la hicieran conmigo	1	2	3	4	5
9.- Lo que me más gusta de hacer actividad física es relacionarme con los demás	1	2	3	4	5
10.- Siempre que puedo practico actividad física	1	2	3	4	5
11.- Practico actividad física de forma regular desde hace años	1	2	3	4	5
12.- Para hacer actividad física, sigo un plan que me ayuda a mantenerme en forma	1	2	3	4	5
13.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien	1	2	3	4	5
14.- Practico actividad física en lugares que me resultan agradables	1	2	3	4	5
15.- No practico actividad física porque me cuesta demasiado dinero	1	2	3	4	5
16.- Planifico cuidadosamente mis ejercicios para no dañar mi salud	1	2	3	4	5
17.- Cuando practico actividad física, intento realizarla respetando siempre el límite de mis posibilidades físicas	1	2	3	4	5
18.- Dejo de practicar actividad física antes de llegar al agotamiento	1	2	3	4	5
19.- Busco realizar actividades que impliquen movimientos técnicamente muy difíciles	1	2	3	4	5
20.- Intento hacer actividad física teniendo en cuenta no degradar el entorno donde la practico	1	2	3	4	5
21.- Necesito a una persona (médico/a, entrenador/a, monitor/a, profesor/a), que me guíe para hacer actividad física	1	2	3	4	5
22.- No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física	1	2	3	4	5
23.- Me fijo principalmente en mis sensaciones somáticas (fatiga, cansancio muscular, estiramiento) para decidir cuándo debo dejar de hacer actividad física	1	2	3	4	5
24.- Para realizar actividad física, necesito el asesoramiento de una persona experta (médico/a, monitor/a, entrenador/a, entrenador/a)	1	2	3	4	5
25.- En lo referente a la práctica física, hago caso a los expertos/as (entrenador/a, monitor/a, profesor/a), porque creo que saben más que yo	1	2	3	4	5
26.- Si la actividad física que realizo no me parece adecuada, no dudo en cambiarla	1	2	3	4	5
27.- Si creo que un ejercicio no me conviene, no lo hago.	1	2	3	4	5
28.- No necesito que nadie dirija mi práctica física	1	2	3	4	5
29.- Antes de hacer actividad física, realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar a continuación	1	2	3	4	5
30.- Considero que el tipo de actividad que realizo habitualmente es de intensidad moderada	1	2	3	4	5
31.- Cuando realizo ejercicios de estiramiento busco que no haya dolor	1	2	3	4	5
32.- Después de una sesión de práctica física intensa realizo ejercicios de estiramiento	1	2	3	4	5
33.- Después de realizar actividad física, suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares	1	2	3	4	5
34.- En ocasiones, hago ejercicio a pesar de estar lesionado/a	1	2	3	4	5
35.- Conozco los riesgos de la práctica física para la salud	1	2	3	4	5
36.- Hago actividad física porque está de moda	1	2	3	4	5
37.- Los profesionales del deporte están más sanos que las personas normales	1	2	3	4	5
38.- Considero que la salud se emplea en la sociedad como un reclamo publicitario	1	2	3	4	5
39.- Considero que las personas que no realizan actividad física atentan contra su salud	1	2	3	4	5

40.- No bebo durante la práctica física porque me produce flato	1	2	3	4	5
41.- Cuanto más ejercicio hago, mejor para mi salud	1	2	3	4	5
42.- Si quiero mejorar mi salud con la práctica física, debo sufrir	1	2	3	4	5
43.- Considero que la práctica física forma parte del mercado del cuerpo	1	2	3	4	5
44.- Considero que mantenerme en forma haciendo ejercicio es fundamental para mi salud	1	2	3	4	5
45.- Me gustaría hacer cada vez más ejercicio para conseguir una buena forma física	1	2	3	4	5
46.- Practico actividad física con la única intención de mejorar mi condición física	1	2	3	4	5
47.- Haría actividad física para prevenir la aparición de enfermedades	1	2	3	4	5
48.- La práctica de actividad física es la mejor forma de evitar que aparezcan enfermedades	1	2	3	4	5
49.- Si estuviera enfermo/a, debería practicar actividad física para curarme	1	2	3	4	5
50.- Los médicos/as son las personas que mejor me pueden aconsejar sobre la actividad física que debo practicar para mi salud	1	2	3	4	5
51.- Estando gordo/a tengo mayor riesgo de sufrir enfermedades que estando delgado/a	1	2	3	4	5
52.- Hago actividad física para tener un cuerpo sano que me permita tener una mente sana	1	2	3	4	5
53.- Hago actividad física fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
54.- Me gusta hacer actividad física porque así consigo un cuerpo mejor	1	2	3	4	5
55.- La actividad física es la mejor forma para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
56.- Haciendo actividad física gusto más a la gente	1	2	3	4	5
57.- Considero que las personas que hacen actividad física están obsesionadas con su apariencia externa	1	2	3	4	5
58.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente	1	2	3	4	5
59.- Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia	1	2	3	4	5
60.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás	1	2	3	4	5
61.- Considero que obteniendo mejores marcas en mi rendimiento físico mejoraría mi salud	1	2	3	4	5
62.- Considero que una prueba de que hago actividad física saludable es obtener mejoras en mis marcas personales	1	2	3	4	5
63.- Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física	1	2	3	4	5
64.- Si no gano, dejo de hacer actividad física	1	2	3	4	5
65.- La victoria constituye el estímulo más importante para que yo haga actividad física	1	2	3	4	5
66.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas	1	2	3	4	5
67.- Considero que estar en forma es necesario para mi profesión	1	2	3	4	5
68.- Hacer actividad física es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4	5
69.- Al acabar una sesión de actividad física, solamente me siento bien si me encuentro cansado/a físicamente	1	2	3	4	5
70.- Me siento obligado de demostrar que soy capaz de conseguir determinados logros físicos	1	2	3	4	5
71.- Me entreno severa y rígidamente porque quiero mejorar mi rendimiento	1	2	3	4	5
72.- En lo relacionado con la actividad física, soy una persona muy exigente conmigo mismo/a	1	2	3	4	5

73.- Busco siempre una mejora en mi rendimiento físico personal	1	2	3	4	5
74.- Cuando realizo actividad física, lo más importante para mi es superarme	1	2	3	4	5
75.- Para mi, es más importante mejorar mi rendimiento que disfrutar	1	2	3	4	5
76.- Hago actividad física porque considero que las personas que no la hacen atentan contra su salud	1	2	3	4	5
77.- Estoy siempre pensando en hacer actividad física	1	2	3	4	5
78.- Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal	1	2	3	4	5
79.- Lo único que me gusta es hacer ejercicio	1	2	3	4	5
80.- Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física	1	2	3	4	5
81.- Mis verdaderos amigos y amigas están vinculados al mundo del deporte	1	2	3	4	5
82.- Pienso continuamente en hacer ejercicio	1	2	3	4	5
83.- Cuando deseo hacer ejercicio no puedo dejarlo para otro momento	1	2	3	4	5
84.- En ocasiones siento impulsos irrefrenables de hacer ejercicio	1	2	3	4	5
85.- Creo que practico demasiada actividad física	1	2	3	4	5
86.- En ocasiones he practicado actividad física a pesar de que sabía que no era lo más recomendable para mi salud	1	2	3	4	5
87.- Considero que las lesiones son un mal necesario en la práctica de actividad física	1	2	3	4	5
88.- Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico	1	2	3	4	5
89.- Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico	1	2	3	4	5
90.- Aunque considero que hago demasiado ejercicio, me siento bien conmigo mismo/a	1	2	3	4	5

1.6 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud provisional (C.A.A.F.S.-37)

EDAD _____

SEXO _____

CURSO _____

ESPECIALIDAD _____

¿Practicas habitualmente actividad física? Sí No (Tacha lo que no proceda)

Te presentamos este cuestionario para investigar sobre la manera en la que se practica actividad física por el alumnado de la Escuela.

Al hablar de **actividad o práctica física** estamos haciendo referencia a un concepto amplio, que implica cualquier tipo de práctica que conlleve gasto energético, pero que no tiene porque perseguir una finalidad concreta. Este concepto abarca tanto prácticas *formales* (como el deporte federado u otra actividad que se realice de forma más o menos habitual - por ejemplo ir al gimnasio-) como cualquier otro tipo de práctica más *informal* (correr de vez en cuando, hacer marchas, desplazarse caminando o en bici, etc.).

Lee atentamente cada una de las afirmaciones, y rodea con un círculo el número que coincida con tu opinión, según la siguiente tabla a continuación

CÓDIGO	VALORACIÓN
5	Muy de acuerdo
4	De acuerdo
3	Indiferente
2	En desacuerdo
1	Muy en desacuerdo

Muchas gracias

1.- Cuando estoy haciendo actividad física, el tiempo se me pasa volando	1	2	3	4	5
2.- No siento ningún placer haciendo actividad física	1	2	3	4	5
3.- Siempre que puedo practico actividad física	1	2	3	4	5
4.- Practico actividad física de forma regular desde hace años.	1	2	3	4	5
5.- Para hacer actividad física, sigo un plan que me ayuda a mantenerme en forma	1	2	3	4	5

6.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien	1	2	3	4	5
7.- Cuando practico actividad física, intento realizarla respetando siempre el límite de mis posibilidades físicas	1	2	3	4	5
8.- No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física	1	2	3	4	5
9.- No necesito que nadie dirija mi práctica física	1	2	3	4	5
10.- Antes de hacer actividad física, siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar a continuación	1	2	3	4	5
11.- Después de una sesión de práctica física intensa, siempre realizo ejercicios de estiramiento	1	2	3	4	5
12.- Después de realizar actividad física, suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares	1	2	3	4	5
13.- Considero que la salud se emplea en la sociedad como un reclamo publicitario	1	2	3	4	5
14.- Considero que la práctica física forma parte del mercado del cuerpo	1	2	3	4	5
15.- Practico actividad física con la única intención de mejorar mi condición física	1	2	3	4	5
16.- Hago actividad física para tener un cuerpo sano y que así mi mente esté sana	1	2	3	4	5
17.- Hago actividad física fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
18.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente	1	2	3	4	5
19.- Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia	1	2	3	4	5
20.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás	1	2	3	4	5
21.- Considero que obteniendo mejores marcas en mi rendimiento físico mejoraría mi salud	1	2	3	4	5
22.- Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física	1	2	3	4	5
23.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras persona	1	2	3	4	5
24.- Considero que estar en forma es necesario para mi profesión	1	2	3	4	5
25.- Hacer actividad física es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4	5
26.- Me siento obligado/a a demostrar que soy capaz de conseguir determinados logros físicos	1	2	3	4	5
27.- En lo relacionado con la actividad física, soy una persona muy exigente conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
28.- No hago actividad física por diversión, sino para superarme	1	2	3	4	5
29.- Si no hago actividad física todos los día me encuentro mal	1	2	3	4	5
30.- Lo único que me gusta es hacer ejercicio	1	2	3	4	5
31.- Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física	1	2	3	4	5
32.- En ocasiones siento impulsos irrefrenables de hacer ejercicio	1	2	3	4	5
33.- En ocasiones he practicado actividad física a pesar de que sabía que no era lo más recomendable para mi salud	1	2	3	4	5
34.- Considero que las lesiones son un mal necesario en la práctica de actividad física	1	2	3	4	5
35.- Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico	1	2	3	4	5
36.- Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico	1	2	3	4	5
37.- Aunque considero que hago demasiado ejercicio, me siento bien conmigo mismo/a	1	2	3	4	5

1.7 Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud definitivo (C.A.A.F.S.-21)

SEXO _____

CURSO _____

ESPECIALIDAD _____

¿Practicas habitualmente actividad física? Sí No (Tacha lo que no proceda)

Te presentamos este cuestionario para investigar sobre la manera en la que se practica actividad física por el alumnado de la Escuela.

Al hablar de **actividad o práctica física** estamos haciendo referencia a un concepto amplio, que implica cualquier tipo de práctica que conlleve gasto energético, pero que no tiene porque perseguir una finalidad concreta. Este concepto abarca tanto prácticas *formales* (como el deporte federado u otra actividad que se realice de forma más o menos habitual - por ejemplo ir al gimnasio-) como cualquier otro tipo de práctica más *informal* (correr de vez en cuando, hacer marchas, desplazarse caminando o en bici, etc.).

Lee atentamente cada una de las afirmaciones y rodea con un círculo el número que coincida con tu opinión, según la tabla que presentamos a continuación

CÓDIGO	VALORACIÓN
5	Muy de acuerdo
4	De acuerdo
3	Indiferente
2	En desacuerdo
1	Muy en desacuerdo

Muchas gracias

1.- Cuando estoy haciendo actividad física, el tiempo se me pasa volando	1	2	3	4	5
2.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente	1	2	3	4	5
3.- Siempre que puedo practico actividad física	1	2	3	4	5
4.- Vencer es una de las razones primordiales por la que hago actividad física	1	2	3	4	5
5.- Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal	1	2	3	4	5
6.- No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física	1	2	3	4	5
7.- Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física	1	2	3	4	5
8.- Antes de hacer actividad física, siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar a continuación	1	2	3	4	5

9.- Hago actividad física fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
10.- No siento ningún placer haciendo actividad física	1	2	3	4	5
11.- Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico	1	2	3	4	5
12.- Practico actividad física de forma regular desde hace años	1	2	3	4	5
13.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas	1	2	3	4	5
14.- Después de una sesión de práctica física intensa, siempre realizo ejercicios de estiramiento	1	2	3	4	5
15.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás	1	2	3	4	5
16.- Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico	1	2	3	4	5
17.- Después de realizar actividad física, suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares	1	2	3	4	5
18.- Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia	1	2	3	4	5
19.- No hago actividad física por diversión, sino para superarme	1	2	3	4	5
20.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien	1	2	3	4	5
21.- Lo único que me gusta es hacer ejercicio	1	2	3	4	5

1.8 Dimensiones actitudinales del Cuestionario de Actitudes hacia la Actividad Física relacionada con la Salud (C.A.A.F.S.)

Subescala Actitudes hacia la Práctica (A.P.)

Gratificación

1.- Cuando estoy haciendo actividad física, el tiempo se me pasa volando	1	2	3	4	5
10.- No siento ningún placer haciendo actividad física	1	2	3	4	5

Continuidad

3.- Siempre que puedo practico actividad física	1	2	3	4	5
12.- Practico actividad física de forma regular desde hace años	1	2	3	4	5

Adecuación

20.- No hago actividad física porque no encuentro un horario que me vaya bien	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Autonomía

6.- No tengo suficientes conocimientos como para dirigir mi propia práctica física	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Seguridad

8.- Antes de hacer actividad física, siempre realizo un calentamiento adecuado al tipo de actividad que voy a realizar a continuación	1	2	3	4	5
14.- Después de una sesión de práctica física intensa siempre realizo ejercicios de estiramiento	1	2	3	4	5
17.- Después de realizar actividad física suelo sentir algún tipo de molestias físicas, como por ejemplo agujetas o dolores articulares	1	2	3	4	5

(los ítems 10, 20, 6 y 17 están formulados en sentido contrario a la dimensión actitudinal que miden)

Subescala Actitudes hacia el Resultado (A.R.)

Mejora de la apariencia

9.- Hago actividad física fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
2.- Si no hago actividad física me veo mal físicamente	1	2	3	4	5
18.- Hago actividad física porque me gusta llamar la atención con mi apariencia	1	2	3	4	5
15.- Hago actividad física porque así obtengo una apariencia agradable para los demás	1	2	3	4	5

Victoria

4.- Vencer es una de las razones primordiales por las que hago actividad física	1	2	3	4	5
13.- Para disfrutar haciendo actividad física necesito competir con otras personas	1	2	3	4	5

Aumento del rendimiento

19.- No hago actividad física por diversión sino para superarme	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Obsesión por el ejercicio

5.- Si no hago actividad física todos los días me encuentro mal	1	2	3	4	5
21.- Lo único que me gusta es hacer ejercicio	1	2	3	4	5
7.- Mis únicos amigos y amigas están vinculados al mundo de la actividad física	1	2	3	4	5
16.- Me alimento de forma especializada para conseguir un mejor rendimiento físico	1	2	3	4	5
11.- Consumo productos dietéticos con el fin de mejorar mi rendimiento físico	1	2	3	4	5

ANEXO 2

**MATERIALES PARA EL ALUMNADO DE LA
ASIGNATURA TEORÍA DEL ACONDICIONAMIENTO
FÍSICO: TEMARIO COMENTADO Y REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

INDICE

TEMA 1.- Concepto de Condición física

TEMA 2.- Resistencia

TEMA 3.- Fuerza

TEMA 4.- Relajación

Tema 5.- Evaluación de la condición física

Bibliografía básica

Tema 1.- CONCEPTO DE CONDICIÓN FÍSICA

1.1 Referentes

- a) Como componente del rendimiento deportivo
- b) Como componente de la calidad de vida

1.2 Tratamiento de la condición física en la escuela

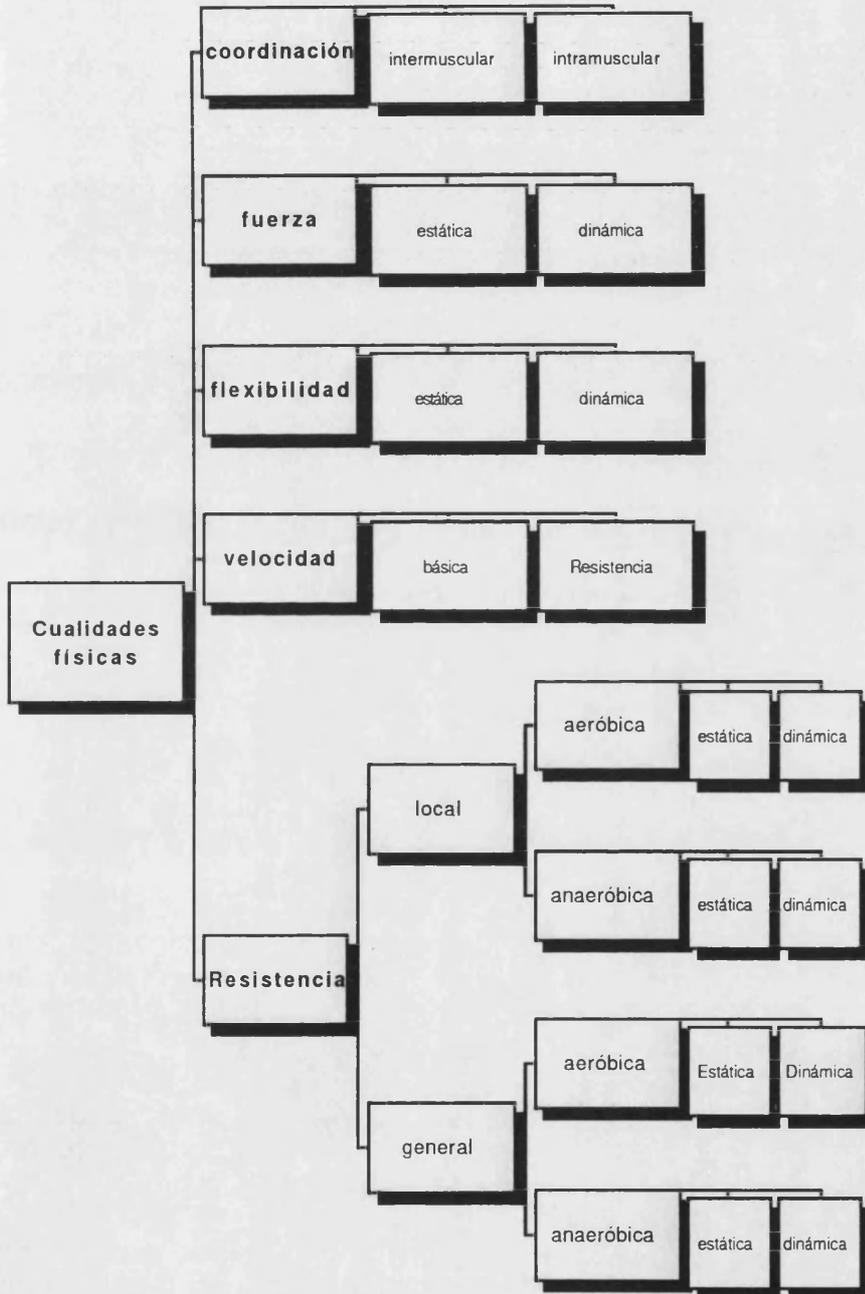
- 1.2.1 D. C. B. primaria
- 1.2.2 E. S. O.
- 1.2.3 Cuestiones

1.3 Conceptos fundamentales de la teoría del entrenamiento

1.4 Cuestiones

1.1 Referentes

a) Como componente del rendimiento deportivo
(Alvarez del Villar, 1987, pp. 188-183, p.553)



b) Como componente de la calidad de vida

(Diccionario de las ciencias del deporte, 1992) p.225
(Devís y Peiró, 1992) p.31

1.2 Tratamiento de la condición física en la escuela

1.2.1 D. C. B. primaria

Introducción (p. 211)

El objetivo es que el alumnado tome conciencia de la responsabilidad que tiene con su cuerpo y condiciones de salud.

El profesorado ha de ofrecer alternativas de resolución de situaciones motoras que amplíen las posibilidades de actuación del alumnado y le permitan incorporarlas a su experiencia motriz.

(En el DCB de primaria no existe un bloque específico que haga relación al desarrollo de la capacidad física)

Objetivos asociados a la condición física (p. 221)

- Valorar el cuerpo y la actividad física empleando ésta última para organizar el tiempo libre y como medio para divertirse, de conocerse y de sentirse a gusto consigo mismo y con los demás.
- Utilizar sus capacidades físicas básicas y su conocimiento de la estructura y funcionamiento del cuerpo, en la actividad física y en el control de movimiento adaptados a las circunstancias y condiciones de cada situación.
- Adoptar hábitos higiénicos, posturales, de ejercicio físico y de salud manifestando una actitud responsable hacia el propio cuerpo y relacionado estos hábitos con sus efectos sobre la salud.
- Regular y dosificar su esfuerzo llegando a un nivel de autoexigencia acorde con las posibilidades reales y la naturaleza de la tarea que se realiza, así como utilizar el esfuerzo, y no el resultado obtenido, como criterio fundamental de valoración.

Contenidos: Bloque la salud corporal (p. 232)

- El cuidado del cuerpo: rutinas, normas y actividades
- Efectos de la actividad física en la salud y mantenimiento corporal
- Hábitos de trabajo presentes en la actividad corporal
- Gusto por el cuidado del cuerpo
- Autonomía ligada a los aspectos básicos del mantenimiento
- Valoración de la importancia de un desarrollo físico equilibrado y de la salud

Orientaciones específicas para al evaluación (p. 254)

- Las transformaciones del aparato locomotor y cardiovascular que se producen al final de la etapa permiten esperar del alumnado mejores rendimientos. El maestro (sic) debe estar atento a que se vayan produciendo estas transformaciones antes de hacer planteamientos de cierta exigencia que pudieran ser contraproducentes. Por ello, y sólo a partir de los últimos ciclos, las actividades deben planificarse con un nivel de esfuerzo creciente.
- Las actividades de enseñanza y aprendizaje de este bloque (la salud corporal) han de basarse en la creación de hábitos higiénicos y de salud, como son el cambio de ropa, el aseo personal, hábitos posturales, los hábitos alimenticios, el calentamiento y la relajación al comenzar y al acabar el ejercicio, relacionar las funciones básicas del cuerpo y el ejercicio (la fuerza de los músculos, la respiración, la coordinación ...).

1.2.2 E. S. O. (Orientaciones pedagógicas del área de E. F. Caja Roja)

Introducción (p. 7)

La enseñanza en este área implica tanto mejorar las posibilidades de acción de los alumnos (sic), como propiciar la reflexión sobre al finalidad, sentido y efecto de la acción misma.

Los alumnos y alumnas de esa edad hacen ejercicio porque, además de divertirse, les sirve para mejorar su imagen ante sí mismos y ante los demás, para sentirse mejor, más hábiles, más eficaces, para conservar y mejorar su salud, para jugar mejor y superar retos, para integrarse y hacerse aceptarse dentro del grupo.

Objetivos (p. 18)

- 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.
- 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.
- Aumentar las posibilidades de rendimiento motor mediante el acondicionamiento y mejora de las capacidades físicas y el perfeccionamiento de sus funciones de ajuste, dominio y control corporal. desarrollando actitudes de autoexigencia y superación.

Contenidos. Bloque de Condición física (p. 19)

- Condición y capacidades físicas.
- Fundamentos biológicos de la conducta motriz.
- El calentamiento: fundamentos y tipos. Preparación para la actividad física.
- Acondicionamiento físico general: desarrollo de las capacidades físicas.
- Aplicación de sistemas específicos de desarrollo de las distintas capacidades físicas.
- Calentamiento.
- Técnicas de respiración y relajación.
- Prevención y actuación en caso de accidentes en actividades físicas.
- Planificación del trabajo de condición física.
- Toma de conciencia de la propia condición física y responsabilidad en el desarrollo de la misma.
- Valoración y toma de conciencia de la propia imagen corporal, de sus límites y sus capacidades.
- Valoración del hecho de alcanzar una buena condición física.
- Disposición positiva hacia la práctica habitual de actividad física sistemática como medio de mejora de las capacidades físicas, al salud y la calidad de vida.
- Respeto a las normas de prevención de las disminuciones funcionales derivadas de determinadas conductas posturales, actividades habituales y escolares.
- Actitud crítica ante los fenómenos socioculturales asociados a las actividades físico-deportivas.

Evaluación (P.22)

- Utilizar las modificaciones de la frecuencia cardiaca y respiratoria como indicadores de la intensidad y/o adaptación del organismo al esfuerzo físico con el fin de regular la propia actividad.
- Realizar de manera autónoma actividades de calentamiento.
- Analizar el grado de implicación de las diferentes capacidades físicas que se están poniendo en juego en actividades realizadas por sí mismo o por los demás.
- Utilizar en la planificación y el desarrollo de al condicen física los principios básicos de continuidad, progresión, sobrecarga, multilateralidad e individualización.
- Haber incrementado las capacidades físicas de acuerdo con el momento de desarrollo motor acercándose a los valores normales del grupo de edad en el entorno de referencia.

1.2.3 Cuestiones

1.- ¿Qué te sugieren estos conceptos en relación con la propuesta de acondicionamiento físico en la escuela que se hace en los de los DCB?

Rendimiento; Mejora ; Comprensión; Autonomía;
Placer; Seguridad; Autoestima...

- 2.- ¿En qué cualidades físicas te parece que se hace mayor hincapié?
¿Por qué se eligen estas y no otras?
- 3.- ¿Qué actitudes se favorecen hacia la práctica de la actividad física?
- 4.- ¿Te parece que existe coherencia entre los objetivos y contenidos con las sugerencias para la evaluación?
- 5.- Según esta propuesta, ¿qué aspectos te parece que deberá tener siempre presentes el profesorado al hacer el trabajo de acondicionamiento físico en al escuela?
- 6.- ¿En qué se parecen y en qué se diferencias dichos aspectos de los que deberá tener en cuenta un entrenador-a o un monitor-a deportivo?
- 7.- ¿Existe algún aspecto con el que no entiendas, con el que no estés de acuerdo, o que crees que necesita matizaciones?
- 8.- ¿Crees que la propuesta de los DCB se centra en la condición física o se orienta hacia la práctica?

1.3 Conceptos fundamentales de la teoría del entrenamiento

(Zintl, 1991) pg. 10-15

Principios del entrenamiento

Grosser et al. (1988)

Síndrome general de adaptación

(Álvarez del Villar, 1986) p 616

Modelos adaptativos al entrenamiento

(Zintl, 1991) p. 169

1.4 Cuestiones

1.- ¿Cuál es el objetivo fundamental del entrenamiento de la condición física en el deporte? ¿En que se parece y en qué se diferencian ese objetivo con el tratamiento de la condición física en al escuela? Propón un término alternativo al de entrenamiento para la mejora de la condición física en la escuela.

2.- ¿Cuántos métodos de entrenamiento conoces? ¿Cuáles has practicado? ¿Conoces sus objetivos? ¿Cuáles son los factores que determinan su elección?

3.- ¿El volumen de la carga es igual a la duración total del ejercicio o la sesión?

4.- ¿La intensidad es directamente proporcional a la velocidad de ejecución?

5.- ¿Como tendrán que ser los descansos para que aumente al densidad de la carga? ¿Cómo se relaciona con la intensidad de la carga?

6.- ¿En qué se diferencian la frecuencia y la duración de un entrenamiento? ¿Qué es un microciclo?

TEMA 2.- RESISTENCIA

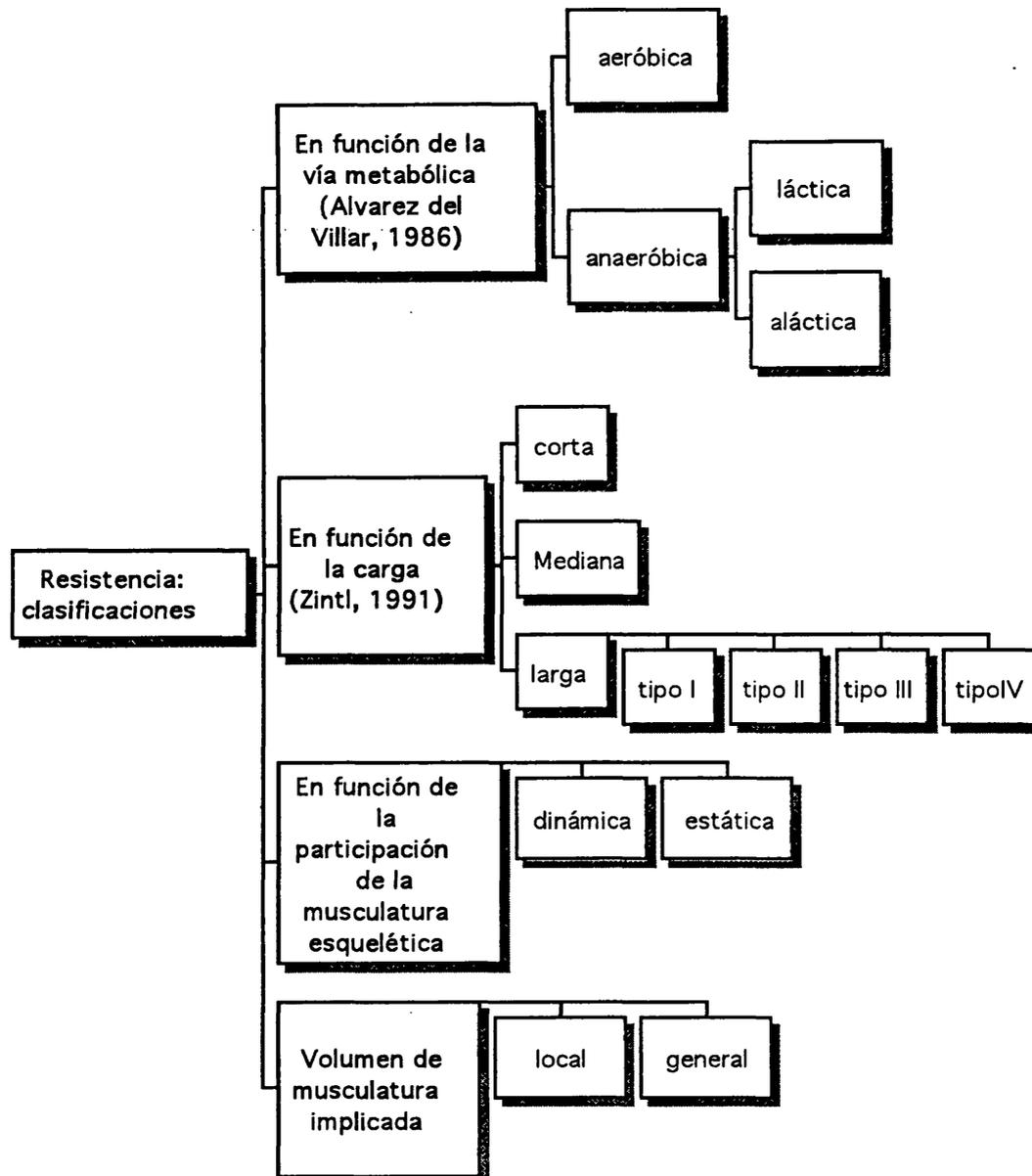
- 2.1 Definición
- 2.2 Clasificaciones
- 2.3 Fundamentos biológicos de la resistencia
 - 2.3.1 Metabolismo anaeróbico
 - 2.3.2 Metabolismo aeróbico
 - 2.3.3 Relación entre las diferentes vías energética
 - 2.3.4 Déficit, deuda y estado estable de oxígeno
 - 2.3.5 Umbral aeróbico y umbral anaeróbico
- 2.4 Métodos fundamentales de trabajo de la resistencia
- 2.5 Actividad aeróbica
- 2.6 Referentes para la evaluación de la actividad aeróbica
 - 2.6.1 Pulsaciones y zona de actividad
 - 2.6.2 Referentes subjetivos
- 2.7 Bibliografía fundamental
- 2.8 Cuestiones

2.1 Definición

(Zintl, 1991) p. 31

(Lambert, 1993) p. 107

2.2 Clasificaciones



2.3 Fundamentos biológicos de la resistencia

2.3.1 Metabolismo anaeróbico

(Zintl, 1991) p.50

2.3.2 Metabolismo aeróbico

(Zintl, 1991) p.52-54

2.3.3 Relación entre las diferentes vías energética

(Zintl, 1991) p.58

2.3.4 Déficit, deuda y estado estable de oxígeno

(Zintl, 1991) p.65-76

2.3.5 Umbral aeróbico y umbral aneróbico

(Zintl, 1991), p.76

2.4 Métodos fundamentales de trabajo de la resistencia

(Zintl, 1991) p.110 y siguientes

Métodos continuos:

- Continuo constante
- Continuo variable
- Fartlek

Métodos interválicos:

- Interválico intensivo
- interválico extensivo

2.5 Actividad aeróbica

(Devís y Peiró, 1992) p.81

2.6 Indicadores para la evaluación de la actividad aeróbica

2.6.1 Pulsaciones y zona de actividad

Las pulsaciones suelen tomarse en tres partes del cuerpo:

- 1.- En el cuello, por debajo del ángulo de la mandíbula
- 2.- En la muñeca
- 3.- En el pecho

No deben tomarse con el dedo pulgar.

Al cesar la actividad física, las pulsaciones se mantienen o suben ligeramente, para ir decreciendo poco a poco. Si queremos conocer nuestro ritmo cardiaco por minuto, es útil el tomar las pulsaciones en 15 sg y multiplicarlas por 4.

Índice cardíaco máximo

El aumento de pulsaciones tiene un límite. Este límite se denomina **Índice Cardíaco Máximo (ICM)**.

Aunque cada uno de nosotros tenemos un ICM diferente, una forma fácil de calcularlo es el siguiente:

$$\text{ICM} = 220 - \text{edad}$$

p.e. Si tienes 20 años, tu ICM será:

$$\text{ICM} = 220 - 20 = 200 \text{ ps}$$

El ICM nos sirve para conocer de forma sencilla y general cuál es el límite de pulsaciones que podemos alcanzar, y nos servirá como referencia universal para conocer cuál es la *zona de actividad* adecuada a una edad determinada .

Zona de actividad

La **Zona de Actividad (ZA)** nos ayuda a conocer los límites saludables del ejercicio. Por debajo del límite inferior de la ZA, no estaríamos produciendo adaptaciones que contribuyeran a mejorar nuestro sistema cardio-respiratorio. Por encima, estaríamos sobrepasando la intensidad recomendada para la salud. La ZA delimita el régimen de pulsaciones en el que deberían realizarse las **actividades aeróbicas**.

Zona de actividad basada en el ICM

La zona de trabajo o actividad es la comprendida entre el 60% y el 85% del ICM de una persona¹

$$\text{Límite superior de ZA[ICM]} = \frac{\text{ICM} \times 85}{100}$$

$$\text{Límite inferior de ZA[ICM]} = \frac{\text{ICR} \times 60}{100}$$

P.e. La zona de actividad de una persona de 20 años sería:

$$\text{Límite superior de ZA[ICM]} = \frac{(220 - 20) \times 85}{100} = 170 \text{ ps}$$

$$\text{Límite inferior de ZA[ICR]} = \frac{(220 - 20) \times 60}{100} = 120 \text{ ps}$$

La ventaja de esta forma de calcular la **zona de actividad basada en el ICM** es su sencillez y universalidad. La ZA de todas las personas de la misma edad será idéntica, y esto favorece el trabajo pedagógico con el concepto. Se pueden elaborar Tabla anexos de este tipo que sirvan de referencia a todo el alumnado, para conocer su zona de actividad. El inconveniente es que no se tiene en cuenta la diferencias individuales, con lo que personas de la misma edad con una condición física muy diferente, tendrían una zona de actividad idéntica. Se trataría de un indicador *genérico*.

Conclusiones

Las **pulsaciones** y la **Zona de Actividad** nos pueden servir, de forma sencilla, como indicador para conocer un poco más intensidad de la actividad física. Su incremento, reducción y mantenimiento, nos van a dar información a cerca de cómo reacciona nuestro cuerpo a las diferentes propuestas de actividad.

Aunque se trata sin duda de referentes con un indudable valor para el planteamiento didáctico, en un planteamiento de actividad física, *no*

¹ Devís y Peiró (1992), pp 82-84

deberían convertirse en objetivos en sí mismos. No deberíamos *empecinarnos* en mantener nuestras pulsaciones dentro de la zona de actividad a toda costa, porque sino “no estoy realizando una actividad física correcta”. Las sensaciones experimentadas en la práctica, la interacción con el grupo o la adecuación de la naturaleza de la actividad con el entorno pueden ser elementos tan importantes o más para el desarrollo de una actividad física basada en criterios de salud. La atención a las pulsaciones no deben “encorsetar” el desarrollo de las actividades. De lo contrario, estaríamos reproduciendo patrones de trabajo típicos del entrenamiento deportivo, en donde la eficiencia del funcionamiento del aparato cardio-respiratorio *sí* es un objetivo intrínseco.

2.6.2 Indicadores subjetivos

Los indicadores subjetivos son aquellos que se relacionan con la vivencia personal de la práctica de actividad física, y que nos dan información acerca de lo que de forma genérica se denomina *sensación*. Cada persona puede entender o experimentar la actividad física de forma diferente. También una misma persona en distintas circunstancias puede experimentar sensaciones diferentes ante la misma práctica. Una misma propuesta puede provocar sensaciones diferentes en personas distintas, por lo que dichos indicadores no son cuantificables. Sin embargo, eso no quiere decir que no se deban tener en cuenta. Más bien al contrario, la vivencia de la práctica es lo que en gran medida va a determinar que la actividad física se incluya o no en el estilo de vida del individuo.

Algunos de estos indicadores tienen que ver con:

- Sensación somáticas personales
 - Fatiga
 - Cansancio muscular
 - Estiramiento
 - placer
- Relaciones personales
 - Individual o grupal
 - Conocimiento de otras personas
- Naturaleza de la actividad:
 - Actividad cooperativa o competitiva
 - Actividad novedosa o rutinaria
 - Esfuerzo que implica realizarla
 - Dificultad

- Relación con el medio
 - Medio natural o artificial
 - Accesibilidad al lugar de práctica
 - Equipamientos e instalaciones necesarias
 - Costo económico que implica realizarla

Del mismo modo que al plantear la actividad física se deben tener en cuenta el nivel de cada alumno, también se habrá de buscar la máxima adecuación entre las expectativas relacionadas con los indicadores subjetivos y las propuestas prácticas.

2.7 Bibliografía fundamental

- ALVAREZ DEL VILLAR, C (1986): *Preparación física del fútbol basada en el atletismo*, Gymnos, Madrid
- DEVÍS, J. y PEIRÓ, C (1992): *Nuevas perspectivas curriculares en E. F.: la salud y los juegos modificados*, Inde, Barcelona.
- GROSSER, M., STRAISCHA, S. y ZIMMERMANN, E. (1988): *Principios del entrenamiento*. Martínez Roca, Barcelona.
- LAMBERT, G. (1993): *El entrenamiento deportivo*, Paidotribo, Madrid.
- ZINTL, F. (1991): *Entrenamiento de la resistencia*, Martínez Roca, Madrid.

2.8 Cuestiones

- 1.- ¿En qué referente de la condición física crees que se basan las diferentes definiciones de resistencia? ¿Y la de actividad aeróbica?
- 2.- ¿Que tipo(s) de resistencia está más indicada para su desarrollo en el contexto educativo? ¿Por qué? ¿Qué métodos son los más adecuados para su desarrollo? Pon ejemplos.
- 3.- ¿Qué diferencias y similitudes ves entre los conceptos mejora de la resistencia aeróbica y práctica de actividades aeróbicas? ¿Cuál consideras más en la edad escolar? ¿Por qué?
- 4.- ¿Cuál crees que es el valor educativo de la Zona de Actividad? ¿Cómo crees que se deben evaluar los indicadores subjetivos en la escuela?

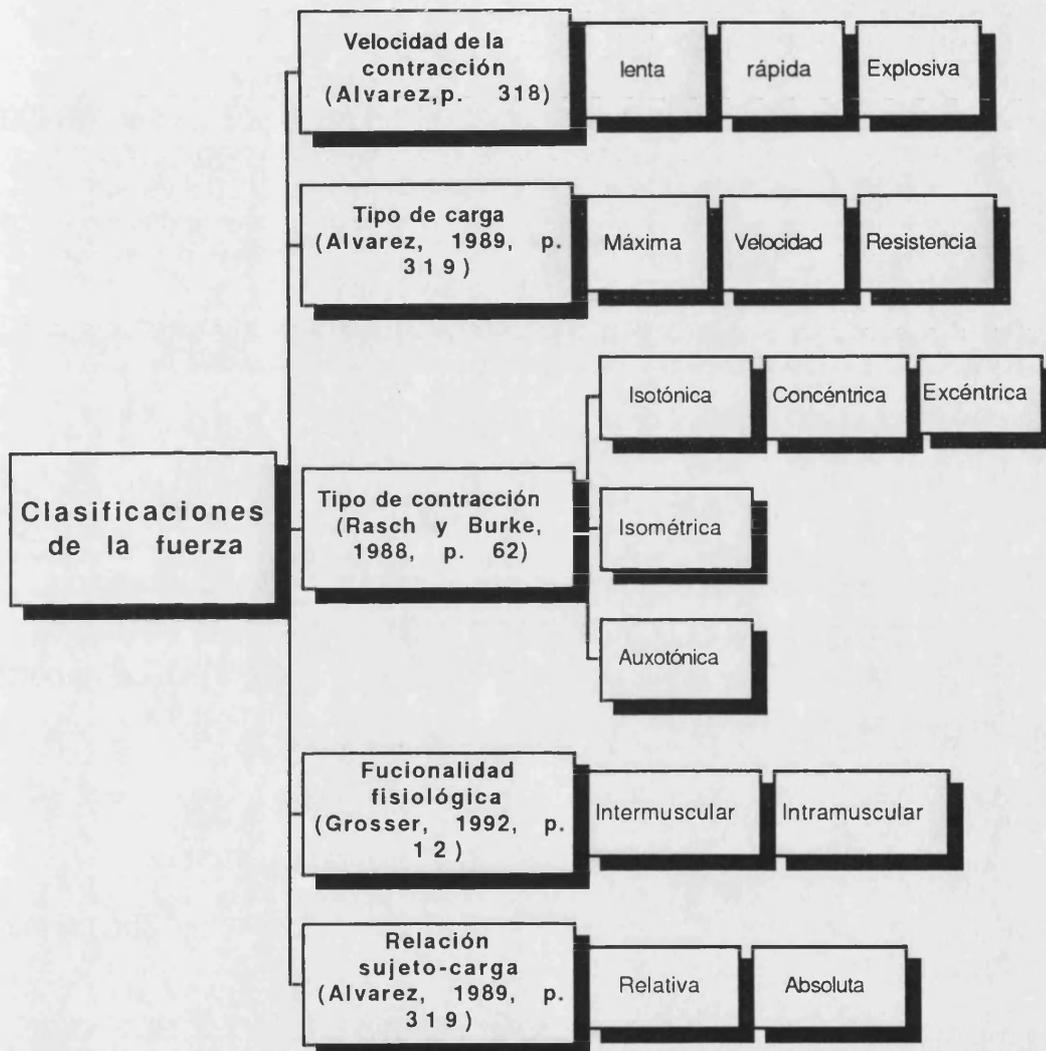
TEMA 3.- FUERZA

- 3.1 Definición
- 3.2 Clasificaciones
- 3.3 Fundamentos biológicos de la fuerza
 - 3.3.1 Estructura fibrilar del músculo esquelético
 - 3.3.2 Control de los impulsos nerviosos que activan la contracción muscular
 - 3.3.3 Tipos de músculos, la musculatura de la estática y la musculatura dinámica
 - 3.3.4 Tipos de fibras musculares
 - 3.3.5 Formas de trabajo y de contracción de la musculatura
 - 3.3.6 Fundamentos para la mejora de la fuerza
- 3.4 Métodos fundamentales de trabajo de la fuerza
- 3.5 Medios para el entrenamiento de la fuerza
- 3.6 Bibliografía fundamental
- 3.7 Cuestiones

3.1 Definición

(Alvarez, 1989) p.317

3.2 Clasificaciones



3.3 Fundamentos biológicos de la fuerza

3.3.1 Estructura fibrilar del músculo esquelético

(Guyton, 1989) p.50,112

3.3.2 Control de los impulsos nerviosos que activan la contracción muscular

(Ehlenz, Grosser y Zimmerman, 1990) p.25, 33

3.3.3 Tipos de músculos, la musculatura de la estática y la musculatura dinámica

(Ehlenz, Grosser y Zimmerman, 1990) p.34

3.3.4 Tipos de fibras musculares

(Ehlenz, Grosser y Zimmerman, 1990) p.42

3.3.5 Formas de trabajo y de contracción de la musculatura

(Ehlenz, Grosser y Zimmerman, 1990) p.61

3.3.6 Fundamentos para la mejora de la fuerza

Hipertrofia: Aumento de la masa

Hiperestimulación: Aumento de la coordinación intramuscular

Técnica: Mejora de la coordinación intermuscular

Mejora de la resistencia local: Mejora en la capacidad de soportar el estímulo de carga.

3.4 Métodos fundamentales de trabajo de la fuerza

a) Entrenamiento general de la fuerza (Ehlenz, Grosser y Zimmerman, 1990) p.104)

b) Entrenamiento específico de la fuerza (Lambert, 1990 p.229)

1.- *Entrenamiento de la fuerza máxima.*

Desarrollo muscular (hipertrofia).

Coordinación intramuscular

Métodos combinados (Pirámide)

2.- *Entrenamiento de la fuerza explosiva*

3.- *Entrenamiento de la fuerza resistencia*

3.5 Medios para el entrenamiento de la fuerza

Ambito de la recreación, educativo y de ocio	Entrenamiento específico	Rehabilitación
El propio cuerpo Plinto Balón medicinal Extensores Zapatos lastrados Sacos lastrados	Chalecos lastrados Mancuernas Halteras Máquinas multiestaciones Máquinas de entrenamiento sincrónico Máquinas isocinéticas	Máquinas isocinética Electroterapia

3.6 Bibliografía fundamental

EHLENZ H. , GROSSER, M. y ZIMMERMAN, E. (199): *Entrenamiento de la fuerza*, Martínez Roca, Madrid.

LAMBERT, G. (1993): *El entrenamiento deportivo*, Paidotribo, Madrid.

ALVAREZ DEL VILLAR, C. (1986): *Preparación física del fútbol basada en el atletismo*, Gymnos, Madrid.

GUYTON, A. (1988): *Tratado de fisiología médica*, McGraw Hill, Madrid.

3.7 Cuestiones

1.- ¿Sueles trabajar la fuerza? ¿De qué manera? ¿Por qué?

2.- ¿Cuál de los distintos tipos de fuerza crees que es más importante en la E. F.?

3.- Plantea una actividad en forma de circuito para trabajar la fuerza que fuera gratificante, en la que cupiera la posibilidad de que cada persona decidiera acerca de su nivel de intensidad. Ten en cuenta los siguientes puntos:

- Naturaleza de la actividad
- Volumen en cada estación (tiempo, repeticiones)
- Intensidad(es)
- Número de series
- Tiempo de recuperación entre series

4.- ¿Cuáles crees que podrían ser los referentes subjetivos del trabajo de fuerza? ¿Crees que se podrían evaluar? ¿Cómo?

5.- ¿Hasta que punto crees que es conveniente la hipertrofia muscular como objetivo en trabajo de fuerza en la escuela? ¿En qué medida crees la apariencia física es un factor que incide en la importancia que se le da al trabajo de fuerza?

6.- ¿Crees que se deben realizar trabajos de fuerza basados en contracción isométrica en la edad escolar? Pon un ejemplo de porqué sí o porqué no.

7.- ¿Qué medios se te ocurren para trabajar la fuerza en la escuela?

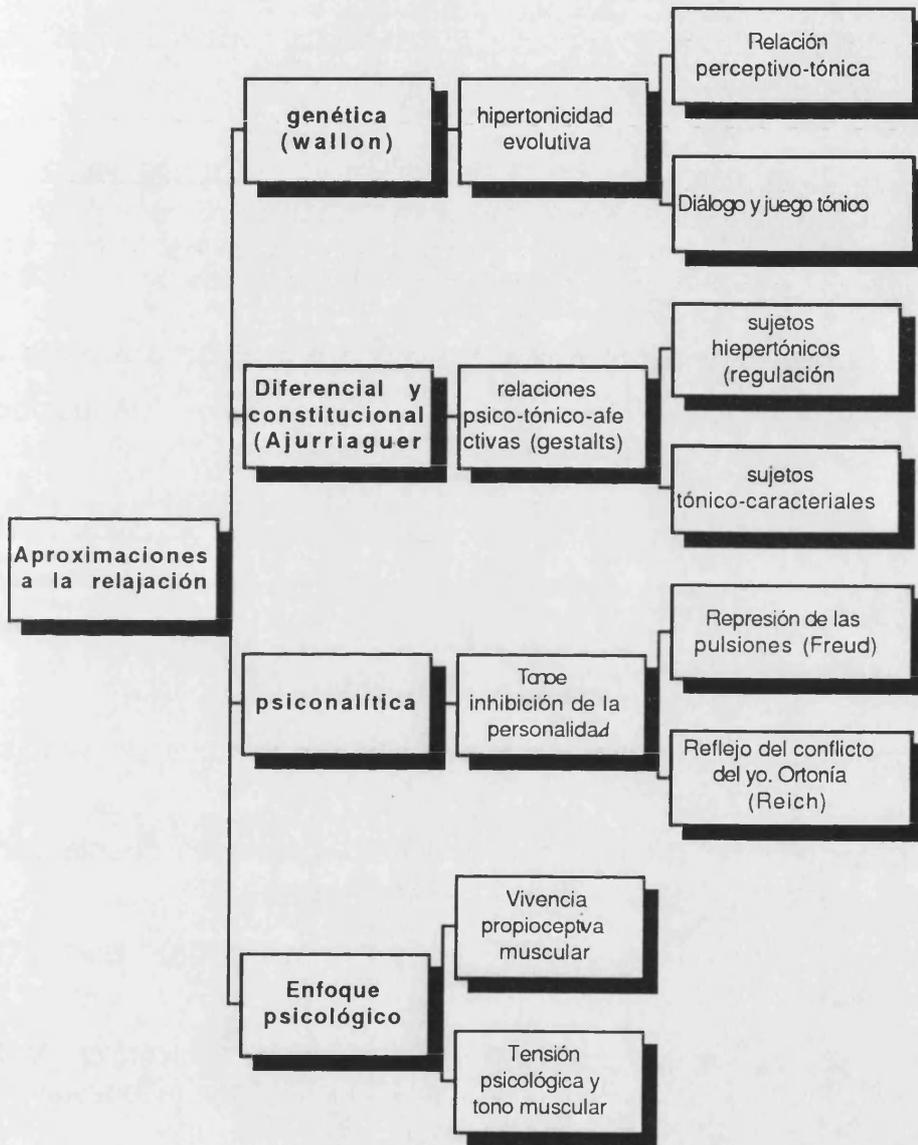
TEMA 4.- RELAJACIÓN

- 4.1 Concepto
- 4.2 Aproximaciones al estudio de la relajación
- 4.3 Fundamentos biológicos de la relajación
- 4.4 Métodos de trabajo de la relajación
 - 4.4.1 Métodos analíticos basadas en una visión psicofísica: Relajación progresiva de Jacobson
 - 4.4.2 Técnicas Globales basadas en la psicoterapia: Entrenamiento autógeno de Schultz
- 4.5 Bibliografía fundamental
- 4.6 Cuestiones

4.1 Concepto

(Durand, 1992) p.7-10

4.2 Aproximaciones al estudio de la relajación



4.3. Fundamentos biológicos de la relajación

(Durand, 1992), pp. 12-13

4.4. Métodos de trabajo de la relajación

4.4.1 Métodos analíticos basadas en una visión psicofísica: Relajación progresiva de Jacobson

(Durand, 1992) p.29

4.4.2 Técnicas Globales basadas en la psicoterapia: Entrenamiento autógeno de Schultz

(Durand, 1992) p.37

4.5 Bibliografía fundamental

DURAND DE BOUSINGEN, R. (1992): *La relajación*, Paidotribo, Barcelona.

4.6 Cuestiones

- 1.- ¿Qué cualidad física se mejora con el trabajo de relajación?
- 2.- ¿Crees que el papel del profesorado cambia en algo cuando se hace relajación?
- 3.- Señala condiciones técnicas que deberían tenerse en cuenta para realizar un trabajo de relajación en la escuela.
- 4.- ¿Qué relación existe entre la respiración y la relajación? Justifica tu respuesta.
- 5.- ¿Crees que la relajación favorece el autoconocimiento? ¿Y la autoestima? ¿Y el conocimiento de los demás? Justifica tus respuestas.

TEMA 5.- EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA

- 5.1 Concepto
- 5.2 Objeto de evaluación
- 5.3 Principios de la evaluación
- 5.4 Evaluación, medición, calificación
- 5.5 Modos de evaluación
 - 5.5.1 Evaluación normativa:
 - 5.5.2 Evaluación criterial
- 5.6 Tipos de evaluación y técnicas de medición en el acondicionamiento físico
 - 5.6.1 Tipos de evaluación: objetiva y subjetiva
 - 5.6.2 Técnicas de medición: cuantitativas y cualitativas
- 5.7 Instrumentos de evaluación del acondicionamiento físico
- 5.8 Bibliografía fundamental

5.1 Concepto

(Blázquez, 1992) p.14
(Bolívar, 1995). p. 55

5.2 Objeto de evaluación

- 1.- Alumnado: dominio cognoscitivo, psicomotor y socio-afectivo
- 2.- Profesorado: características personales, comportamientos, resultados del alumnado
- 3.- Proceso de interacción didáctica: coherencia, adaptación, adecuación, metodología
- 4.- Metaevaluación: evaluación de los criterios e instrumentos de evaluación

5.3 Principios de la evaluación

(Blázquez, 1992) p.21 y (Bolívar, 1995) p.58

5.4 Evaluar, medir, calificar

MEDIR	CALIFICAR	EVALUAR
expresión cualitativa	Expresión cuantitativa general y consensuada	Término cualitativo
Proceso descriptivo	Proceso informativo y selectivo	Proceso de valoración
Fin en sí mismo	Prescripción educativa	medio para la mejora del proceso educativo
restringido: relacionada con el rasgo definido	personal: se relaciona con la eficacia de la persona	abarca todos los elementos del proceso educativo
objetivo e impersonal	Pretendidamente objetivo	Susceptible de subjetividad
Aséptico	Unidireccional	Multifacético

A partir de (Blázquez, 1992) p.23 y (Bolívar, 1995) p.57-59

5.5 Modos de evaluación

5.5.1 Evaluación normativa:

(Blázquez, 1992) p.48
(Devís y Peiró, 1992) p.34

5.5.2 Evaluación criterial

(Blázquez, 1992) p.49-50

5.6 Tipos de evaluación y técnicas de medición en el acondicionamiento físico

5.6.1 Tipos de evaluación: objetiva y subjetiva

Evaluación objetiva: resulta de la utilización de pruebas mensurables o cuantificables, previamente elaboradas

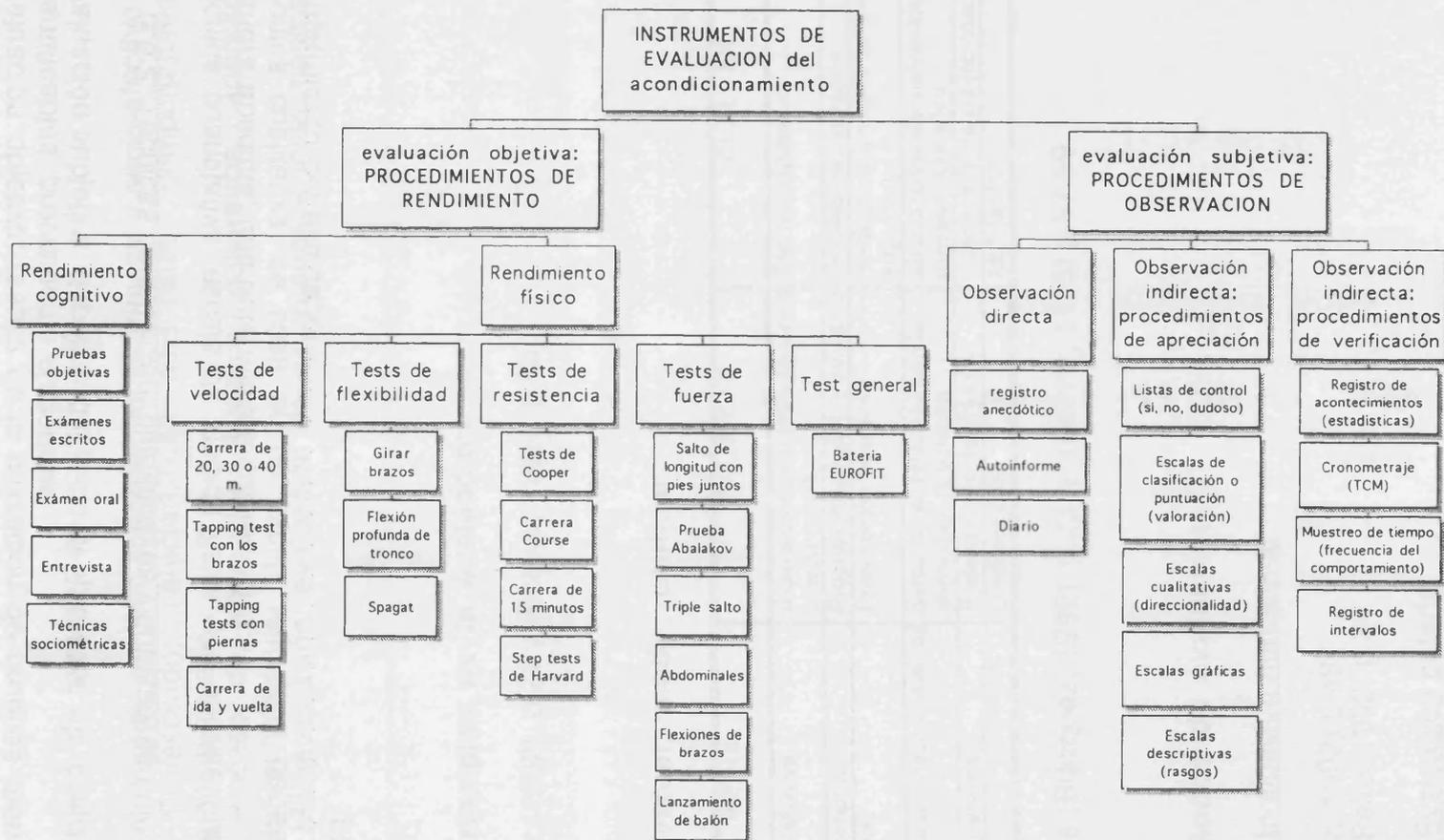
Evaluación subjetiva: depende del juicio del profesor.

5.6.2. Técnicas de medición: cuantitativas y cualitativas

Técnica cuantitativa: escala de medida física que permite cuantificar de manera absoluta, una determinada cualidad física

Técnica cualitativa: se basa en un escala valorativa dependiente del pensamiento del evaluador.

5.7 Instrumentos de evaluación del acondicionamiento físico



5.8 Bibliografía fundamental

BLÁZQUEZ SÁNCHEZ, D. (1992): *Evaluar en educación física*, INDE, Barcelona.

BOLÍVAR, A. (1995): *La evaluación de valores y actitudes*, Anaya, Madrid.

DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1992): *Nuevas perspectivas curriculares: la salud y los juegos modificados*, INDE, Barcelona.

TEORÍA DEL ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

ALVAREZ DEL VILLAR, C. (1986): *Preparación física del fútbol basada en el atletismo*, Gymnos, Madrid.

BLÁZQUEZ SÁNCHEZ, D. (1992): *Evaluar en educación física*, INDE, Barcelona.

BOLÍVAR, A. (1995): *La evaluación de valores y actitudes*, Anaya, Madrid.

DEVÍS, J. y PEIRÓ, C. (1992): *Nuevas perspectivas curriculares en E. F.: la salud y los juegos modificados*, Inde, Barcelona.

DURAND DE BOUSINGEN, R. (1992): *La relajación*, Paidotribo, Barcelona.

EHLENZ H. , GROSSER, M. y ZIMMERMAN, E. (1992): *Entrenamiento de la fuerza*, Martínez Roca, Madrid.

GUYTON, A. (1988): *Tratado de fisiología médica*, McGraw Hill, Madrid.

LAMBERT, G. (1993): *El entrenamiento deportivo*, Paidotribo, Madrid.

ZINTL, F. (1991): *Entrenamiento de la resistencia*, Martínez Roca, Madrid.

ANEXO 3

**MATERIALES PARA LA ASIGNATURA PRÁCTICA DEL
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO**

INDICE

Introducción

CAPÍTULO 1.- ¿Qué actividad física es saludable?

CAPÍTULO 2.- Cómo disfrutar con seguridad de la actividad física

CAPÍTULO 3.- Planifico mi actividad física

Introducción

En la primera parte del curso (asignatura de Teoría del Acondicionamiento Físico) vimos como la forma de concebir la mejora de condición física puede variar en función del referente con la que la relacionemos, y concluimos que al hablar de acondicionamiento físico en la escuela, la salud parece ser la noción que preside el currículum. A menudo protestamos porque no vemos la relación entre las propuestas teóricas y la aplicación práctica. Nosotros intentaremos basar la parte práctica de la asignatura en la nociones de las que hablábamos cuando nos referimos al referente de salud, que culminará con el diseño, desarrollo y evaluación de una Programa de Condición Física y Salud.

Estos apuntes pretenden servir de ayuda para ello. Intentan recoger por una parte aspectos fundamentales de lo que consideramos actividad física saludable. Y por otra, presenta propuestas prácticas que ilustran esa idea, así como un guión para la elaboración del programa. En último término, os invitamos aprender a conocer más acerca de vuestra propia práctica física, reflexionando sobre los aspectos más significativos que puedan trascender el ámbito de lo personal para pasar al del campo profesional. Espero que disfrutéis y que le deis vida leyéndolo y practicándolo.

CAPÍTULO 1

¿QUÉ ACTIVIDAD FÍSICA ES SALUDABLE?

- 1.1 Introducción
- 1.2 ¿Qué tipo de actividades son saludables?
- 1.3 ¿Cómo deben realizarse las actividades?
- 1.4 ¿Qué características personales condicionan la realización?
- 1.5 ¿Qué actividad física es más saludable para mí?

1.1 Introducción

La actividad física es un concepto amplio que aglutina prácticas muy variadas. En un momento podríamos elaborar un larguísimo listado de prácticas físicas, pero no todas son iguales desde el punto de vista de la salud. Unas son más seguras y otras comportan más riesgos, unas nos proporcionan más satisfacción personal y otras pueden resultar una experiencia apática o incluso traumática. Por esta razón conviene plantearse la pregunta siguiente: ¿qué actividades físicas son saludables?

Una pregunta tan sencilla como ésta encierra una gran complejidad en su respuesta. Para contestarla resulta fundamental conocer los beneficios y los riesgos de la realización de actividad física. Nuestra intención es presentar los beneficios y los riesgos de forma relacionada, y no por separado como suele ser habitual, porque de acuerdo al planteamiento de este libro, lo realmente importante es el efecto global de la actividad física sobre la salud de las personas. Obviamente, la estrategia clave de actuación sobre este tema, consiste en aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los riesgos. Se trata de una idea clara aunque problemática porque la relación riesgo-beneficio depende de factores muy diversos.

En este capítulo vamos a presentar estos factores en tres grandes categorías interrelacionadas: a) el tipo de actividad: b) la manera de

realizarla) las características personales de los y las participantes. A partir de las generalidades expresadas en cada una de las categorías anteriores, se trata de que cada lector o lectora las aplique a sí mismo.

1.2 ¿Qué tipo de actividades son saludables?

A poco que observemos o practiquemos, algunas actividades físicas como, por ejemplo, andar, bailar y jugar un partido de fútbol, nos percataremos de que presentan unas exigencias físicas muy distintas para los participantes en cada una de ellas. El ritmo de ejecución, los movimientos corporales, la existencia o ausencia de competición, el medio en que se realizan y otras características particulares las hacen diferentes en cuanto a la intensidad que requieren.

La gran diversidad de actividades físicas implica niveles de intensidad muy distintos. Así, por ejemplo, las actividades cíclicas como correr, nadar o ir en bicicleta garantizan un mejor control de la intensidad porque se trata de movimientos repetidos y fáciles de mantener a ritmo constante según la voluntad del practicante. Lo mismo ocurre con muchas danzas y bailes. Otras actividades, en cambio, implican movimientos rápidos o importantes cambios de ritmo como ocurre en el baile del *rock-and roll* o en la mayoría de los deportes. Los riesgos asociados a estas últimas actividades son mucho mayores, no sólo porque existan movimientos o cambios de ritmo más bruscos, sino porque pueden existir impactos con móviles, obstáculos y oponentes, así como problemas psicológicos y de relación social asociados a la competitividad. Aún así, no debemos olvidar que las actividades deportivas ofrecen un gran potencial para el disfrute y la relación social. Sin embargo si pensamos en el bienestar global debemos tener presente los riesgos de lesión y el malestar que surge cuando nos implicamos en una actividad muy por encima de nuestras capacidades físicas.

Debido a la gran variedad de actividades existentes y los beneficios y riesgos asociados a cada tipo de actividad, se han intentado ofrecer clasificaciones que permitieran discriminar actividades adaptables a distintos tipos de personas.

TABLA 1 : Clasificación actividades según Intensidad

	Tipo de actividades	Mantenimiento de la intensidad	Variabilidad intensidad entre personas
Grupo 1	pasear ir en bicicleta carrera suave, etc.	constante	poca
Grupo 2	nadar esquí de fondo, etc.	constante para experimentados	depende de la habilidad
Grupo 3	bailar baloncesto frontón, etc.	variable por naturaleza	Mucha Intensidad en función del desarrollo de la actividad

Fuente: Pate et al. (1991)

Imagina que quieres realizar una actividad con un nivel de esfuerzo constante; seguramente elegiremos actividades del Grupo 1, que implican ejecuciones cíclicas y repetitivas, cuya realización exige un nivel de destreza técnica bajo o nulo. Son las ideales por ejemplo para personas con muy distintos niveles de condición física que quieran realizar la práctica juntas. ¡Claro que aquellas con una mejor preparación física deberán amoldarse a las demás disminuyendo su ritmo, y no al contrario! Es importante destacar que no se trata de actividades mejores o peores para la salud, sino diferentes. Las de los Grupos 2 y 3, en las que resulta más difícil controlar la intensidad, pueden ser muy aconsejables para la salud, ya que el juego y el baile por ejemplo son actividades altamente motivantes. Sólo hay que tener en cuenta algunas consideraciones como se explica en las actividades prácticas de la segunda parte (Actividades 2, 3 y 4).

1.3 ¿Cómo deben realizarse las actividades?

El mayor o menor grado de beneficio-riesgo no depende únicamente de las actividades, sino, en la mayoría de los casos, de la manera de realizarlas. Las actividades podemos realizarlas con distintas intenciones que pueden marcar mayor o menor grado de exigencia personal produciéndose diferentes efectos sobre el organismo. A menudo la intensidad y la cantidad de ejercicio varía en función de la intención y la actitud con que lo practiquemos. Cuando la intención de la práctica es de rendir al máximo, como hacen los deportistas de élite, la actitud de los participantes es gran implicación física, mientras que si la intención es recreativa, la actitud no suele ser de tan gran implicación, aunque puede variar en función del deseo de los participantes.

Precisamente por estos matices las prácticas de los deportes es problemática desde el punto de vista de la salud. Por una parte los deportes ofrecen a los participantes grandes posibilidades para el disfrute y el bienestar psicológico y social (mental y de relación con demás y entorno), pero también poseen muchos riesgos de lesiones y otros de tipo psicológico y social derivados de la dedicación profesional. Por estas razones, las diferencias de intención o actitud, ligadas fundamentalmente al carácter recreativo o de rendimiento de su práctica, son fundamentales para la salud de las personas.

¿Sabías que... ?

Las personas e instituciones que se han ocupado de la promoción de la actividad física han desarrollado diversas recomendaciones durante los últimos veinte años. Inicialmente se recomendó la actividad vigorosa (intensidad suficiente para producir sudor y jadeo), mantenida de forma continua durante aproximadamente treinta minutos y con una frecuencia de, al menos, tres veces por semana. Este tipo de prescripción no logró que los grupos de población más necesitados de los beneficios saludables de la actividad física (sedentarios, obesos y otras personas con baja capacidad funcional) se iniciaran en estas prácticas. Los niveles de exigencia física de lo que significaba una actividad apropiada no estaban al alcance de todas las personas sino de los iniciados, deportistas y personas con buena capacidad física y predisposición a la actividad vigorosa. Sin embargo, estudios posteriores especialmente orientados a la salud, encontraron beneficios saludables sin llegar a los niveles mínimos antes señalados. Por esta razón recomendaron la acumulación de treinta minutos de actividad moderada (intensidad que puede mantenerse cómodamente durante largos periodos de tiempo con la capacidad que posean las personas en ese momento) sin necesidad de que se realice de manera continua en una misma sesión, pero sí durante todos los días de la semana. Desde el punto de vista de la promoción de la actividad física saludable, esta prescripción reciente es más flexible y permite que más personas puedan beneficiarse de la realización de actividad física.

Esto no quiere decir que la actividad vigorosa no siga siendo un elemento importante desde el punto de vista de la promoción de la salud. Algunos autores y autoras, para recoger la importancia de ambos tipos de actividad, consideran que la actividad física apropiada es la que va de moderada a vigorosa, dependiendo de las características de la persona.

Es raro el caso, de un/a deportista de élite que no haya sufrido algún problema físico, del que la misma competición no le permite recuperarse, ya que posiblemente los intereses creados alrededor del deporte, no le dejan opción. Sólo unos pocos de los muchos que practican alcanzan los éxitos, y por tanto, la gran mayoría, sometida a una fuerte presión, experimenta el fracaso y la consiguiente frustración. Una infiltración antiinflamatoria, un vendaje, el simple aguante físico y psicológico ante el dolor, les permite seguir compitiendo, pero se trata de situaciones contradictorias desde el punto de vista de la salud.

¿Sabías que... ?

Las gimnastas del equipo español de gimnasia rítmica, estuvieron concentradas durante los meses previos a las olimpiadas de Atlanta. Una de ellas escribió un diario en el que se ve reflejada la disciplina a la que estaban sometidas. Entrenaban diez horas diarias. La dieta consistía en muy poca comida baja en calorías y todos los días lo mismo. El agua llegó a ser un elemento prohibido, ingerían un vaso al día. Diariamente las pesaban y si sobrepasaban el máximo exigido, las castigaban a cenar la mitad, que en este caso era una fruta o un yogur. Las gimnastas presentaban deficiencias vitamínicas y anemias de hierro. Ellas mismas se provocaban vómitos para no ser castigadas. alguna de ellas tuvo mareos en los entrenamientos debido al gran esfuerzo. A las gimnastas les era muy difícil conciliar el sueño por las noches debido al cansancio y al dolor que sentían. Cuando conseguían dormirse soñaban con la comida. Llegó a ser una obsesión para ellas. Intentaban comer a escondidas, pero el perro de la entrenadora pasaba por las habitaciones, le tenían adiestrado para buscar comida. Durante ese año no fueron a la escuela. La entrenadora les proponía que estudiaran por la noche, después de los entrenamientos y las gimnastas se quedaban perplejas pues la fatiga era extrema. Una de ellas tuvo que mantener su noviazgo a escondidas porque la entrenadora consideraba que interfería en su trabajo. Conforme se acercaba el gran evento olímpico la disciplina era mayor y la presión insostenible. Esta gimnasta empezó a entrar en una crisis psicológica que no le permitía rendir, pero en ese momento nadie la ayudó, ni siquiera el psicólogo del equipo. Semanas más tarde llamó a sus padres porque no aguantaba más esa disciplina y volvió a casa.

Conforme vamos bajando el escalón dentro del deporte de rendimiento, los riesgos disminuyen. Sin embargo, la práctica de los deportes, sin una exigencia exagerada en la competición, puede ser muy gratificante si se realiza con intención recreativa, es decir anteponiendo

los objetivos de bienestar personal y disfrute, a los de rendimiento y éxito. (ver actividad 3).

El deporte recreativo que realizamos las personas puede perseguir intereses muy diferentes. Para unos es la mejora de la capacidad funcional, para otros la diversión, aprender y mejorar habilidades y estrategias de juego, conocer personas y entornos nuevos. También pueden ser una combinación de los anteriores. La competición puede suponer un placer para la persona, pero entendida como un elemento que nos permite disfrutar de la actividad debido a la incertidumbre y aliciente que aporta. De esta forma el resultado pierde la significación y transcendencia social que suele llevar asociado en el deporte de alto rendimiento, disminuyendo las repercusiones negativas y poco saludables. Si los deportistas de alto nivel hablan de disfrute, éste está ligado al resultado final, mientras que el disfrute de una persona que participa recreativamente está ligado al proceso de la práctica y menos al resultado (ver actividad 4).

Aunque los límites en cuanto a la cantidad de actividad física para que esta sea saludable no están claramente definidos, lo que sí podemos afirmar es que los mayores beneficios se obtienen con niveles de actividad bajos o moderados y decrecen con el aumento de actividad. El sobrepasar ciertas cantidades de actividad física puede suponer la aparición de efectos contraindicados. Lo difícil es establecer a partir de que momento los riesgos empiezan a aparecer.

Cuando atendemos a los riesgos relacionados a la cantidad de actividad física, no podemos eludir el mal uso de ésta cuando se convierte en abuso, o lo que también se ha denominado el "ejercicio obsesivo". Una implicación excesiva en la práctica de actividad física puede convertirse en una adicción. El ejercicio inapropiado y/o excesivo puede provocar una serie de daños psicofísicos importantes. Quizás, la idea de que hay que sobrepasar un umbral de ejercitación en cuanto a intensidad, para que se den respuestas significativas en el organismo, se ha enfatizado demasiado. La obsesión por la victoria en el deporte de competición, el deseo de semejarse a ídolos con cuerpos esculturales o, la impaciencia de un enfermo rehabilitando por conseguir la mejora, entre otros motivos, pueden sumir a los participantes en el erróneo planteamiento de que *más es mejor* . Podemos afirmar que cuando una persona pone en peligro su

salud, en aras de su condición física o la victoria, la obsesión ya es evidente.

TABLA 2 : Consecuencias del ejercicio obsesivo

Síntomas del abuso de ejercicio

Disminución significativa de la capacidad de ejecución
Dificultad en alcanzar el sueño
Dificultad en volver a dormirse
Pérdida de autoconfianza
Mayor irritabilidad
Nerviosismo
Incapacidad de relajarse
Desórdenes en el apetito
Falta de actividad y motivación
Frecuentes resfriados y dolores de garganta
Dolores y anquilosamientos articulares y musculares
Elevación mantenida de pulsaciones tras el ejercicio

Fuente : BOONE, T: "El ejercicio obsesivo," *Perspectivas en E. F. y el deporte*, León, 8, pp 12-16.

1.4 ¿Qué características personales condicionan la práctica?

Las características personales determinarán que un mismo tipo de actividad, realizada de la misma manera, se traduzca en efectos para el organismo diferentes en función de la capacidad física de las personas. ¿Cuales son los factores que influyen en estas diferencias ?

Según en el periodo de nuestra vida en el que nos encontremos, las características físicas y la madurez mental, nos hace afrontar la vida de diferente manera. La relación de las personas con la actividad física, como un elemento más de la vida, puede ser diferente debido a estos matices, pero teniendo en cuenta una serie de factores, la actividad física es para todas las edades.

El cuerpo humano pierde eficacia con la edad y esto es aceptado de una forma natural, pero no es inevitable. El envejecimiento va acompañado de una pérdida de la velocidad y la vigorosidad a la hora de realizar actividades. Si ante esta situación dejamos de hacerlas, el organismo acelera su declive. Sin embargo si llevamos una vida activa, el proceso de envejecimiento se retrasa de una manera excepcional. Los problemas de la vejez (desórdenes cardiovasculares, diabetes, atrofia muscular, debilidad ósea, tendinosa y ligamentosa, etc...), en cierto modo, están ligados más a la inactividad, frecuentemente asumida por de este grupo de población, que al propio envejecimiento. "No dejamos de jugar porque somos viejos, nos hacemos viejos porque dejamos de jugar"

Otro de los grupos de edad que cabe resaltar es el de niños/as y jóvenes. Los niños no son adultos con cuerpo pequeño, sino que son anatómicamente, fisiológicamente y psicológicamente inmaduros, esto quiere decir que están en constante crecimiento y cambio. La actividad es inherente a la niñez y serán activos de una manera natural si tienen la oportunidad. La práctica infantil más frecuente es el juego. Mientras que en muchas ocasiones la actividad de los adultos está pensada y estructurada, los niños, practican esporádicamente y a lo largo del día suman más cantidad de ejercicio, y de manera inconsciente obtienen beneficios de él. No reparan si es saludable o no como los adultos. A partir de la actividad física alimentan sus necesidades más básicas, tanto físicas como psicosociales : de movimiento, de afiliación y diversión con sus semejantes, de creatividad motriz y de superación mediante el aprendizaje.

Es el mejor periodo para el aprendizaje de habilidades y éste puede garantizar un estilo de vida activo en su vida. Pero si por parte de sus mayores aparece una presión para conseguir éxitos de estos aprendizajes, es cuando pueden empezar a aparecer los riesgos.

El deporte escolar tal y como está planteado en una gran mayoría de los casos puede no ser beneficioso, si se olvidan los naturales intereses de los niños/as y jóvenes, cuando juegan y se hace énfasis en la competición . Por este motivo es pertinente hacer hincapié, en que el papel tanto de entrenadores y entrenadoras como de padres y madres, es importante para que esta parte de la población realice deporte de una

manera saludable, y, así, poder contrarrestar los valores que se promueven con gran fuerza desde la sociedad.

Si se da mucho énfasis a la competición y a la victoria y, se establecen comparaciones con otros, la no consecución del éxito puede llevar a la frustración y abandono. Además, los intereses creados en el mundo del deporte, pueden llevar al practicante a la especialización temprana, con grandes riesgos de sobreentrenamiento que a estas edades pueden ser peligrosos para su bienestar físico, psicológico y social. En este caso, podríamos recordar el concepto de ejercicio obsesivo del que hablábamos anteriormente.

Generalmente los niveles de rendimiento entre hombres y mujeres difieren, ya que morfológicamente y fisiológicamente son distintos, sin embargo responden de manera similar ante el ejercicio mostrando iguales proporciones de mejora en el organismo. Cada vez más mujeres se benefician de un estilo de vida activo ya que se van derrumbando ciertos tópicos que mantenían al género femenino alejado de la actividad física. En ocasiones la discriminación de la mujer se justificaba afirmando que la actividad física confería apariencia hombruna o constituía un riesgo para su salud reproductiva. Hoy queda claro que estas ideas, y muchas otras en torno a la actividad física y la salud, son mitos sin ninguna justificación científica. el nivel de desarrollo muscular depende tanto del nivel tipo e intensidad de ejercicio como de los niveles de testosterona, hormona que las mujeres poseen en menor medida que los hombres. Además, ¿por qué las mujeres siempre deben aparentar que son más frágiles que los hombres? Los estereotipos de belleza, que están a sujetos a modas y usos sociales que cambian con el tiempo, hoy día muchas veces implican apariencias tan delgadas que en sí mismos constituyen un riesgo para la salud. Por otra parte, la menstruación es una parte más del ciclo reproductivo de la mujer. Cómo las mujeres experimentan la menstruación varía en gran medida. Algunos estudios afirman que la práctica regular de ejercicio pueden disminuir algunos de los efectos negativos que se dan en la menstruación, como puede ser los cambios de humor, la depresión, la ansiedad o la irritabilidad. La dismenorrea o menstruación dolorosa, probablemente no son causadas ni curadas por el ejercicio, lo que si se ha demostrado es que puede disminuir la frecuencia de calambres. Esto quizás es debido al incremento del tono abdominal, al incremento de la circulación hacia el útero o a la elevación de las *endorfinas*, liberadoras

del dolor. Mientras la mujer esté cómoda, puede continuar realizando ejercicio físico durante todo el mes.

1.5 ¿Qué actividad física es más saludable para mí?

Cuando hablamos de actividad física y salud, si además de llevar una "vida activa" nos proponemos realizar un plan de ejercicio físico, practicar algún deporte y/o realizar diferentes actividades o juegos con cierta frecuencia, debemos tener en cuenta algunas consideraciones. (Ver el punto 3 "planifico mi propia actividad física" y la actividad 8 de la segunda parte)

Después de analizar las relaciones riesgos-beneficios de los diferentes tipos de actividades y las posibles maneras de realizarlas, sólo nos queda atender a nuestros gustos, intereses y posibilidades para tomar decisiones, de manera que la práctica será más saludable, cuanto más se acerque al estado óptimo mi bienestar, a todos los niveles. Antes de realizar el test para ver si la actividad es saludable para ti es importante preguntarse algunas cuestiones relacionadas con mi relación con las práctica física.

Me gusta realizar actividades :

En solitario	En compañía
Con un componente intelectual mayor Con carácter lúdico	Más directivas. Que me permitan concentrarme en mi cuerpo y en los movimientos
Con música	Sin música
Al aire libre	En espacios cerrados
De rendimiento	Recreativas : cooperativas o competitivas

Mi capacidad física es :

Muy buena	bastante buena	Regular	Poca
-----------	----------------	---------	------

¿Tengo alguna enfermedad? _____

Ahora elige una actividad y analiza diferentes factores que te darán información del balance riesgos-beneficios a la hora de la práctica

TIPO DE ACTIVIDAD

A. Intensidad en función del tipo de actividad

Muy intensa Baja-moderada
1-----2-----3-----4

B. Características movimientos

Muy bruscos Suaves y controlados
1-----2-----3-----4

C. Riesgos relacionados con el entorno :

Alta probabilidad Escasa o nula probabilidad
1-----2-----3-----4

MANERA DE REALIZAR LA ACTIVIDAD

D. Actitud (intención) a la hora de realizar la práctica

Alta intensidad Moderada-baja intensidad
1-----2-----3-----4

Alto rendimiento recreativa
1-----2-----3-----4

E. frecuencia de práctica

Ocasionalmente Habitualmente
1-----2-----3-----4

CARACTERÍSTICAS DEL PARTICIPANTE

F. Nivel de disfrute- satisfacción personal (en función del gráfico anterior)

Aburrida Muy satisfactoria
1-----2-----3-----4

G. Adecuación del tipo de actividad elegida y la manera de realizarla a la condición física, el género y la edad del participante

Muy poco adecuada Muy adecuada
1-----2-----3-----4

TIPO DE ACTIVIDAD

>RIESGOS

>BENEFICIOS

A	1	2	3	4
B	1	2	3	4

C

1	2	3	4
---	---	---	---

MANERA DE REALIZARLA>**RIESGOS** _____>**BENEFICIOS**

D

1	2	3	4
---	---	---	---

E

1	2	3	4
---	---	---	---

CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES>**RIESGOS** _____>**BENEFICIOS**

F

1	2	3	4
---	---	---	---

G

1	2	3	4
---	---	---	---

A partir de este esquema, podemos valorar cada actividad concreta atendiendo a todos los factores a tener en cuenta (tipo de actividad, cómo realizarla y cuánta, mis propios intereses y capacidades), de manera que la práctica será más saludable para mi cuanto más se acerque todo aquello analizado (la mayoría) al margen derecho del gráfico.

Realizar ciertas prácticas físicas puede proporcionarnos un bienestar físico, pero realizando algunas de ellas ¿nos aburrirnos? ¿llega a ser un sacrificio? Quizás haya otra, no tan estrictamente beneficiosa para nuestro organismo pero trabajada en grupo, o con un componente intelectual mayor, que nos hace disfrutar o estar entretenidos al mismo tiempo que ejercitamos nuestro cuerpo. O por el contrario, aquella que nos parecía aburrida en un principio, nos parece interesante y motivante ya que ha acabado con alguno de nuestros problemas : ansiedad diaria, molestias musculares, etc. Sólo tendremos que elegir aquellas que se adapten mejor a nuestras necesidades, intereses y posibilidades.

CAPÍTULO 2

CÓMO DISFRUTAR CON SEGURIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- 2.1 Introducción
- 2. Seguridad en la actividad física estructurada
 - 2.2.1. Antes de la actividad física
 - 2.2.2. Durante la actividad física
 - 2.2.3. Después de la actividad física
- 2.3 Reflexiones finales
- 2.4 Recuerda que...

2.1 Introducción

Hablar de salud y seguridad resulta complicado. Muy frecuentemente al hacer referencia a la seguridad se alude a prácticas aburridas, que si bien minimizan la posibilidad de lesión, aumentan el riesgo de abandono de la práctica por desidia.

Para nosotros la seguridad tiene más que ver con el conocimiento de los fundamentos de las distintas prácticas y de sus posibles consecuencias, para así poder calibrar con mayor rigor la conveniencia o no de realizarlas. En este sentido, la seguridad no haría alusión solo al riesgo de lesión, sino a otros factores menos relacionados aparentemente con la salud, como por ejemplo el riesgo por la adicción al ejercicio o el de resultar discriminado por la edad, el sexo o el nivel de condición física.

2.2 Seguridad en la actividad física estructurada

La seguridad, cuando se trata de realizar actividad física estructurada, no puede limitarse a las condiciones materiales del lugar donde se lleve a cabo la práctica. También hace referencia a mi situación y características personales, la forma de realizar la actividad, las

características de la práctica, la distribución y el tipo de ejercicios a realizar durante una sesión, la experiencia y el conocimiento que se tenga sobre la actividad física, así como la relación social que se establezca entre las personas participantes. En las próximas líneas trataremos estas cuestiones, pero atendiendo al antes, durante y después de la práctica física.

2.2.1. Antes de la actividad física

Comenzar a realizar práctica física habitual y frecuente no supone ningún problema para la mayoría de las personas. Sin embargo, el sentido común nos indica la conveniencia de conocer nuestro estado general de salud y capacidad física antes de implicarnos en una sesión o programa de actividad física estructurada. Pero, ¿cómo podemos conocerlos? En las líneas que siguen se aborda esta cuestión, así como otras consideraciones ambientales y materiales.

TABLA 1 El cuestionario personal de preparación para la actividad física (PAR-Q)

La actividad física regular es saludable y es segura para la mayoría de la gente. Si usted tiene entre 15 y 69 años y quiere saber si necesita una revisión médica, siga las instrucciones de este cuestionario. Si tiene más de 69 años, y no está acostumbrado al ejercicio físico, visite a su médico. Lea atentamente las preguntas y responda con sinceridad “sí” o “no”.

1.- ¿Le ha dicho alguna vez el médico que tiene una enfermedad del corazón y que sólo debería hacer actividad física bajo su control?

Sí No

2.- ¿Siente dolor en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física?

Sí No

3.- ¿Ha sentido molestias en el pecho durante el último mes sin estar haciendo actividad física?

Sí No

4.- ¿Pierde el equilibrio o incluso la conciencia a causa de mareos?

Sí No

5.- ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones, como artritis, que pueda verse agravado o empeorado con la actividad física?

Sí No

6.- ¿Le ha prescrito su médico alguna medicación (por ejemplo, diuréticos) para la presión arterial o para algún problema del corazón?

Sí No

7.- ¿Existe alguna buena razón no expresada en este cuestionario por la que crea, aunque lo deseara, que no debería seguir un programa de actividad física?

Sí No

Si responde afirmativamente, al menos a una pregunta, consulte a su médico antes de realizar actividad física. Si la respuesta es negativa en todas las preguntas, puede realizar actividad física.

Fuente: (rPAR-Q): Thomas, S.; Reading, J. y Shephard, R. J. (1992) *Canadian Journal of Sport and Science*, 17(4): 338-345, 1992.

=====**Actividad**=====

Contesta al cuestionario de preparación para la actividad física (PAR-Q) de la figura 1 para conocer la necesidad o no de realizar una revisión médica previa a la realización de actividad.

Algunos profesionales de la salud y del ejercicio físico recomiendan la realización de pruebas físicas que sirven de test para conocer el nivel de capacidad física de las personas que desean comenzar a realizar actividad física habitual y estructuradamente. Sin embargo, cualquier persona que sea honesta consigo misma sabe o conoce si tiene problemas para atarse los cordones de los zapatos o realizar alguno de los movimientos o actividades de la vida cotidiana. Al menos, podrá comparar su situación actual con la de otro momento anterior de su vida. Incluso si deseamos tener una idea más precisa podemos observar la respuesta de nuestro organismo a las exigencias físicas de la vida diaria o hacerlo a la vez que iniciamos un programa de ejercicio físico para la salud que empieza con actividades moderadas y progresa gradualmente hasta actividades vigorosas.

Para las personas aparentemente sanas, es decir, las que no poseen enfermedades y ninguno de los grandes factores de riesgo, la realización de tests físicos resulta injustificada. En un informe de 1986 y realizado conjuntamente por el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, se consideran de escaso valor, inapropiados o contraindicados para este tipo de personas. Además, presenta algunas incoherencias como la de buscar salud y a la vez realizar unos tests que, a menudo, violan una conducta saludable al ejecutarlos al máximo o insistir en aspectos cuantitativos y mensurables cuando la práctica saludable se encuentra en el proceso de participación y no en buscar grandes resultados.

Además del estado físico, antes de hacer actividad física hay que tener en cuenta las condiciones ambientales. Cuando hace calor y humedad se aconseja realizar el ejercicio físico en los momentos más frescos del día y reponer líquidos antes, durante (un vaso de agua cada

15 minutos) y después de la práctica aunque no se tenga sed. Asimismo es conveniente vestir ropas de colores claros y amplias para reflejar el calor y facilitar la evaporación del sudor y, si es necesario, parar la actividad al mínimo síntoma de dolencia o exceso de calor. Cuando nos encontramos en ambientes con bajas temperaturas se recomienda que la práctica de ejercicio se realice en los momentos más calurosos del día y donde no haga viento. La protección del frío la realizaremos vistiendo distintas capas de ropa para producir un efecto aislante y poder quitar o añadir piezas según las necesidades y el cambio de condiciones. Además, no debemos olvidarnos de cubrir las partes de nuestro cuerpo que más calor eliminan como son la cabeza y las manos. El frío no debe limitar nuestra actividad planificada, pero tampoco debemos apurar las energías hasta el final y, si es necesario, debemos alterar nuestros planes con otras actividades a cubierto.

¿Sabías que...?

La práctica de ejercicio físico en condiciones de frío y calor intenso puede causar graves problemas corporales que debemos vigilar. Una de ellas es la *congelación* de dedos, nariz y orejas que se produce en ambientes muy fríos y ventosos. En estos casos debe sumergirse la parte afectada en agua caliente para recuperar la circulación normal antes de acudir al médico y en ningún caso debe aplicarse un masaje a la zona afectada. Si el frío y el viento están acompañados de lluvia y el ejercicio físico se lleva hasta la fatiga puede producirse un descenso excesivo de la temperatura corporal que se conoce por *hipotermia*. Además de perder el control de los movimientos, tener el pulso lento y sentir frío intenso, la hipotermia va acompañada de deseos de acostarse que deben evitarse. Ante estos síntomas debe protegerse a la persona afectada del viento y el frío proporcionándole ropa seca y caliente, bebidas calientes no alcohólicas y calor ambiental que no le provoque somnolencia. Si después de todo esto no se recupera pronto debe proporcionársele atención médica. Por el contrario, cuando realizamos actividad física en un ambiente caluroso y observamos palidez, piel húmeda, pulso débil, zumbidos en la cabeza, calambres y sensación de fatiga y sed, entonces nos encontramos ante un *agotamiento por calor*. La persona afectada debe rehidratarse inmediatamente y dejarla descansar en un sitio fresco. Pero cuando la temperatura corporal es muy alta y está acompañada de piel seca, náuseas, pulso rápido e incluso pérdida de conocimiento, se trata de un *golpe de calor* y necesita atención médica urgente.

La realización de actividad física en un ambiente contaminado aumenta los efectos biológicos de una exposición normal en estas condiciones. Estos van de la irritación de las vías respiratorias a las dolencias crónicas como el asma, la bronquitis o las alergias. Ante esta situación debemos evitar la actividad próxima a zonas industriales o túneles de la ciudad y también exigir de los poderes públicos que tomen medidas para mejorar las condiciones del aire que respiramos, así como

facilitar zonas de práctica física más segura a los ciudadanos y ciudadanas.

¿Sabías que...?

La ropa y el calzado son importantes en la realización de actividad física. La ropa, más allá de las modas, debe ser cómoda y permitir la transpiración y la absorción del sudor, así como la protección de las condiciones climáticas externas. Debe estar seca y limpia para evitar irritaciones de la piel e infecciones por bacterias y hongos, especialmente en las zonas con posibles restos de humedad como pies, ingles y axilas. Se desaconsejan las prendas plásticas impermeables durante el ejercicio, no sólo por cuestiones higiénicas debido a que impiden la transpiración del sudor, sino también por evitar un excesivo aumento de la temperatura corporal que puede provocar graves problemas de salud. El calzado, por otra parte, además de protegernos de las condiciones climáticas, amortigua los impactos de nuestro peso corporal que repercuten sobre las articulaciones del aparato locomotor, especialmente de los pies, piernas, caderas y columna vertebral. La zapatillas deben ajustarse a los talones y el empeine, dejando espacio suficiente para poder mover los dedos.

2.2.2. Durante la actividad física

Una vez iniciamos la actividad física, debemos tener en cuenta aspectos relacionados con la elección de los ejercicios más adecuados, el orden en el que los hacemos, e incluso las sensaciones personales y el tipo de relación social que surge durante la actividad.

La sesión

Cada sesión de práctica física debe empezar con unos ejercicios suaves que sirvan de preparación o calentamiento para una actividad posterior más intensa y, de la misma forma, debe haber otros ejercicios suaves de vuelta a la calma después de la actividad principal para finalizar la sesión.

TABLA 2. Estructura de la sesión de actividad física

CALENTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">- Objetivo: preparar al organismo tanto física como mentalmente para actividad intensa posterior, y prevenir el riesgo de lesiones.- Contenido: ejercicios suaves y de baja intensidad que eleven ligeramente pulsaciones, así como ejercicios de movilidad articular y estiramientos suaves y estáticos.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTE PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: trabajar la resistencia cardiorrespiratorio y la resistencia y fuerza muscular. - Contenido: actividades tales como bailar, caminar, correr, ir en bici, nadar, patinar o esquiar, entre otras, que se prolonguen más allá de 15 o 20 minutos. Ejercicios dirigidos a trabajar la fuerza y resistencia de los grandes grupos musculares y los más necesitados.
VUELTA A LA CALMA	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: volver, de forma gradual y sin problemas, al estado anterior al inicio de la sesión. - Contenido: actividades de baja intensidad como carrera suave, pasajes, ejercicios respiratorios y estiramientos estáticos. Ducha.

Un calentamiento puede durar de 5 a 20 minutos, dependiendo de la intensidad y de la duración de la actividad posterior, de la temperatura exterior o incluso del espacio y terreno de los que disponemos. Los estiramientos que se realicen durante el calentamiento, conviene hacerlos en posición de pie, para que no disminuya la frecuencia cardíaca, mientras que en la vuelta a la calma se pueden utilizar otros más cercanos al suelo, que nos ayuden a recuperarnos y relajarnos. Intentaremos evitar los estiramientos balísticos o con rebotes, que pueden producirnos lesiones. La parte principal puede durar de 30 a 60 minutos o incluso más. Aunque las primeras sesiones duren menos tiempo, se puede ir progresando y variando según se esté mejor de forma.

La vuelta a la calma, al contrario que el calentamiento, debe ser de intensidad decreciente, empezando con ejercicios parecidos a los de la parte principal, hasta que notemos que la frecuencia cardíaca se ha reducido aproximadamente a 100 pulsaciones por minuto. En esta parte de la sesión podemos trabajar mejor la flexibilidad porque los músculos han aumentado su temperatura interna después del trabajo anterior.

¿Sabías que...?

La intensidad de las actividades aeróbicas, aquéllas que necesitan un aporte continuo de oxígeno para poder realizarlas durante más de 15 o 20 minutos, puede controlarse por medio de la frecuencia cardíaca. Se trata de contar las veces que el corazón bombea la sangre hacia el resto del organismo en un tiempo determinado, y la medimos en pulsaciones por minuto. Para contabilizar las pulsaciones se colocan los dedos índice y corazón sobre la arteria carótida del cuello, la radial en la muñeca o directamente en la sien o sobre el corazón.

Las asociaciones médicas y de promoción de la actividad física consideran que la Zona de Actividad Física Saludable se encuentra entre el 55% y el 85% del Índice Cardíaco Máximo (ICM = 220-edad). Este sistema para conocer la intensidad de la actividad aeróbica saludable tiene en cuenta la edad de las personas y las formas particulares de respuesta del organismo a la actividad física que se mide con la

frecuencia cardiaca. Además, este sistema es rápido y fácil de seguir durante la actividad, ofreciendo una información valiosa a los propios participantes. Al inicio de un programa o después de un periodo de inactividad se recomienda que la frecuencia cardiaca se encuentre en la parte inferior de la Zona de Actividad.

Ejercicios seguros y efectivos

Si nos paramos a considerar aisladamente la idoneidad de los ejercicios a utilizar en nuestras sesiones, observaremos que ha aumentado la preocupación respecto a la conveniencia o no de utilizar los ejercicios tradicionales, que se han usado durante mucho tiempo, pero que pueden resultar contraindicados. Lo serán si requieren que el cuerpo en general o partes del cuerpo se muevan de manera forzada, con el riesgo potencial de lesiones que esto conlleva, y su contraindicación puede deberse a la misma naturaleza del ejercicio, a una ejecución incorrecta de éste o a su uso por parte de personas con unas debilidades particulares.

Aunque no existe una ciencia exacta que nos los detecte y descarte, se pueden aplicar unos criterios de seguridad básicos (Tabla anexo A) para analizar los ejercicios. Aunque este análisis requiere unos conocimientos específicos, ya han sido identificados algunos ejercicios que conllevan más riesgos que beneficios, y la mayoría de los ejercicios con alto nivel de riesgo pueden realizarse de forma más segura, eligiendo otros alternativos, igualmente efectivos (Tabla anexo B). Debemos recordar, que la ausencia de dolor no es un criterio que excluya riesgos, ya que los daños pueden ser graduales y no manifestarse después de algunos años

A la hora de elegir los ejercicios para nuestras sesiones, debemos intentar que sean lo más seguros posible, es decir, que trabajen unos músculos o una parte del cuerpo, sin perjudicar otras articulaciones, músculos o tendones.

Como podemos deducir, algunos ejercicios, aunque tradicionalmente hayan sido ampliamente usados, pueden resultar contraindicados si se examinan con detenimiento. Se consideran así aquellos cuya ejecución implica más riesgos que beneficios, bien porque suponen realizar unos movimientos forzando estructuras o músculos,

porque se ejecutan de forma no correcta o porque los realizan personas con unas debilidades particulares.

Aunque resulta complicado un análisis exhaustivo de los todos los ejercicios, porque se requieren unos buenos conocimientos sobre el movimiento humano, siguiendo unos principios de seguridad básicos (se ofrecen en la Tabla anexo A) se ha logrado identificar algunos ejercicios que conllevan más riesgos que beneficios, y que se consideran ejercicios a evitar (Tabla anexo A). Estos deben ser sustituidos por otros alternativos más seguros e igualmente efectivos (Tabla anexo B).

TABLA 2 Aspectos a considerar en la realización más segura de los ejercicios y ejercicios a evitar.

Aspectos a considerar

Hay que evitar la hiperextensión y la hiperflexión al nivel de las articulaciones de la rodilla y la columna, y la hiperextensión en la zona lumbar.

Hay que evitar los movimientos rápidos e incontrolados de la zona cervical (círculos en el cuello e hiperextensión de cuello).

No debemos la curvatura lumbar al realizar abdominales. Los haremos con las rodillas flexionadas, espalda totalmente en contacto con el suelo y evitando sujetar los pies en algún sitio, así como presionar la zona cervical con las manos.

Evitaremos aquellos ejercicios en los que el tronco quede a favor de la gravedad con el único sostén de los ligamentos de la zona lumbar. (Así, en el ejemplo que ves, si flexionas ligeramente las rodillas, habrás pasado gran parte del peso del tronco a las piernas, cuyos músculos son más fuertes que los lumbares).

Procuraremos la alineación de la articulación de la rodilla con la del tobillo, porque ocasiona una excesiva tensión en la parte interna de la rodilla, perdiendo con ello su capacidad estabilizadora. Evita, también, aplicar una fuerza de rotación a la rodilla.

Intenta no bloquear las articulaciones.

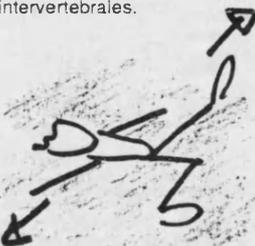
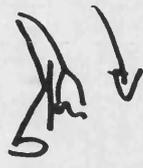
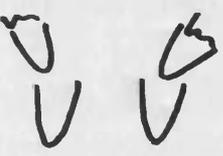
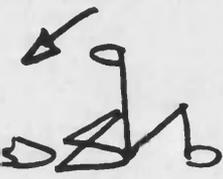
Intenta mantener la espalda recta y utilizar los músculos más potentes o los apoyos para modificar las posiciones.

No debemos contener la respiración en la realización de los ejercicios, porque esto eleva la presión arterial.

=====Actividad=====

Busca en la Tabla 3 los ejercicios realizados de la forma más segura que se corresponden con los de la Tabla 2. Pruébalos para identificar los músculos que se estiran o contraen.

TABLA 3: ejercicios alternativos a los ejercicios contraindicados o a evitar.

<p>1. Fortalezco los abdominales</p> 	<p>2. Estiro los isquiotibiales y la ingle sin perjudicar los ligamentos internos de la rodilla.</p> 	<p>3. Estiro los músculos isquiotibiales y los músculos del cuello sin producir tensión en la zona lumbar y sin lesionar Los discos intervertebrales.</p> 	<p>4. Estiro isquiotibiales sin hiperflexión de rodillas.</p> 
<p>5. Estiro los músculos del cuello sin peligro a presionar sus nervios.</p> 	<p>6. Fortalezco el cuádriceps sin hiperflexión de rodillas, y también lo estiro.</p> 	<p>7. Estiro los isquiotibiales sin tensión en la zona lumbar y sin hiperextensión de rodillas.</p> 	<p>8. Fortalezco los glúteos sin hiperextensión de cuello ni de la zona lumbar.</p> 

Ya vemos que no hay necesidad de elegir los ejercicios más problemáticos si se puede trabajar y conseguir lo mismo con ejercicios más seguros e igualmente efectivos. Poco a poco ampliamos nuestra cultura física y sabemos como evitar problemas en las zonas más vulnerables. Anímate a ser crítico/a con los ejercicios y a sustituirlos por alternativos más seguros en tus sesiones prácticas.

Si tienes dudas ante cualquier ejercicio, consulta con el profesor.

Escuchar al propio cuerpo

Aunque hemos dado orientaciones sobre cómo realizar la actividad de forma más segura, no debemos olvidar que el indicador más personal es nuestra propia sensación al realizar los ejercicios. Aunque la intensidad adecuada de una actividad cardiorrespiratoria la podemos saber aproximadamente por la frecuencia cardiaca, debemos escuchar y atender a nuestro propio cuerpo. La practica física provoca múltiples sensaciones de todo tipo, pero a veces estamos tan centrados en indicadores objetivos como el tiempo, la distancia, o el número de

repeticiones que no nos paramos a analizarlas. Y si lo hacemos, a veces las despreciamos pensando que sufrir es un mal necesario par alcanzar una buena salud.

La diferencia entre esforzarse y sufrir es muy sutil, y en último término solo puede percibirla la propia persona que hace actividad física. Por ejemplo ¿como identificar la diferencia entre estar cansado/a y agotado/a? ¿y dónde está el límite entre la sensación de cansancio muscular y el dolor? Desde un punto de vista de salud, cada uno/a debe aprender a conocer sus límites, no para llegar a ellos o traspasarlos, sino para acercarse lo menos posible. Para ello pueden servir algunos indicadores subjetivos; por ejemplo, si durante una práctica aeróbica eres capaz de hablar o de mantener una respiración fluida (no entrecortada o jadeante), seguramente estarás dentro de la zona de actividad. ¿Y qué mejor indicador de estar pasándolo bien que reírse durante la práctica? Si prefieres hacer práctica física en solitario ¿no te ocurre que te vienen a la mente muchas ideas e imágenes? Si la única que te llega es la de acabar, entonces con toda probabilidad estás por encima de tus límites.

No debemos dejarnos influir por la creencia popular de que si no duele, no aprovecha el ejercicio. El dolor o el malestar después de la actividad, si aparece, no es consecuencia natural de la práctica, sino una señal que debe ponernos sobre aviso. Quizá hemos trabajado en exceso o a una intensidad inadecuada o exista algún problema mecánico y haya que ir más despacio. En definitiva no debemos ejercitarnos con dolor. Cuando éste existe, no es recomendable que decidamos por nosotros mismos lo que nos pasa, podríamos agravar una posible lesión. En estos casos es conveniente acudir a un profesional, especialmente si:

- La parte del cuerpo implicada no está en su posición anatómica.
- La lesión duele mucho o el dolor no ha mermado durante varios días.
- Se escuchó un crujido o sonido extraño en algún momento de la actividad.
- No se puede cargar mucho peso sobre esa parte o se ha perdido algo de fuerza.

Y respeto a los demás...

No debemos olvidar que en la mayoría de los casos la actividad física se realiza con más personas que también pretende disfrutar de una práctica saludable con las que compartimos nuestro tiempo, los materiales, los intereses y las instalaciones. En esos momentos, el respeto a las personas y el material se hacen imprescindibles para facilitar una práctica más segura para todos los participantes. También la participación responsable y la cooperación con los demás y con el programa de actividad física contribuye al disfrute de todos, bien sea porque se aportan ideas para mejorar el programa o porque se ayuda y está atento a signos de alerta en la práctica de los compañeros y compañeras.

Realizar actividad física en compañía resulta entretenido y motivante. Pero como tenemos un capacidades físicas muy distintas aparece el problema de la intensidad que resulta más adecuada. Suele pasar que "el que más tira" anima a los demás a ir cada vez más de prisa. Estos, bien por timidez o porque consideran que es culpa no estar tan en forma, suelen callarse hasta que acaban agotados. Si se da ese caso, hay que pensar que el camino adecuado es el contrario, Aquellos/as con una mejor preparación deben esforzarse por adaptar su ritmo al de los demás; ya tendrán otra ocasión para hacer actividad física más adecuada a su capacidad. Ese día disfrutarán de la presencia de los demás; ya entrenarán otro día.

También suele ocurrir que cuando practicamos un juego deportivo, alguien empieza a hacer alardes de sus capacidades, impidiendo que los demás tengan la más mínima participación. Esta actitud, si bien es la propia del ámbito competitivo, crees que es la más relacionada con la práctica de actividad física y salud (si respondes que sí, lee inmediatamente la actividad 3 de la segunda parte)

2.2.3. Después de la actividad física

Los hábitos sanos e higiénicos, siempre aportaran beneficios a nuestra práctica. Así pues, no se debe olvidar la necesidad de la ducha tras el ejercicio que además de proporcionar sensación de relax y comodidad nos protege contra las infecciones eliminando los restos de sudor, polvo, suciedad y olor corporal.. Es conveniente acabar la ducha

con una pasada de agua fría -esto produce una vaso-constricción de los vasos sanguíneos, que nos refresca y favorece la circulación- y debe ir acompañada de un secado completo, insistiendo en los pliegues de la piel, que son zonas donde puede permanecer la humedad (axilas, ingles, entre los dedos de los pies... para evitar infecciones molestas. Con este mismo propósito en los vestuarios y zonas húmedas (bajo la ducha, alrededor de una piscina...) se debe usar chancletas de goma, para evitar el contacto con la humedad y con el agua residual o encharcada, y evitar compartir toallas, ropa húmeda, etc. Un detalle imprescindible es el de recordar sacar y lavar la ropa húmeda de la bolsa de deporte lo antes posible.

Y tan importante como una buena ducha tras el ejercicio, es la recuperación del esfuerzo. El descanso inadecuado o insuficiente, en las horas o días posteriores a una sesión de ejercicio, puede implicar fatiga en las siguientes, y practicar así eleva el riesgo de lesiones y problemas. Las necesidades de descanso varían, pero es aconsejable dormir 7-8 horas diarias. Alternaremos días de práctica y descanso si nos sentimos mejor, y tras una lesión o enfermedad, hay que recuperarse totalmente antes de empezar de nuevo con la práctica.

2.3 Reflexiones finales

En último término, las decisiones sobre la práctica física dependen de cada uno/a de nosotros. Pero esto no quiere decir que sean libres. Todos/as estamos condicionados por múltiples factores, que van desde nuestros horarios y ocupaciones cotidianas a nuestro nivel de ingresos o nuestras inquietudes culturales. Modas e intereses de todo tipo también influyen mucho en nuestras decisiones. Además no siempre disfrutamos con las mismas cosas, ni tenemos la misma predisposición ni contamos con las mismas oportunidades de realizarlas. No existe "la" actividad saludable por antonomasia. Por eso quizá sea más conveniente plantearse la cuestión como una búsqueda personal. Y en ese proceso, mejor y con mayor libertad podremos optar cuanto más y mejor información tengamos.

2.4 Recuerda que...

A la hora de **estructurar nuestra actividad física** debemos garantizar que ésta sea **segura**. Para ello debemos tener en cuenta una serie de factores, fáciles de recordar, tanto antes como durante y después de la práctica. Se trata simplemente de considerar nuestros intereses personales, y nuestras capacidades, estudiar la climatología y las condiciones con las que me voy a encontrar e intentar prevenir problemas escogiendo el calzado y el equipamiento adecuado a cada caso. Es imprescindible mantenerse hidratado en todo momento, así como calentar antes de la actividad física y recuperar poco a poco después, escoger los ejercicios más seguros y recordar que la frecuencia cardiaca nos orienta sobre la intensidad en las actividades cardiorrespiratorias. No obstante siempre es importante escuchar nuestras sensaciones y encontrarnos a gusto con lo que hacemos. Unos buenos hábitos higiénicos, la alimentación equilibrada y el descanso merecido tras la actividad, completarán con éxito nuestra propuesta.

Desde una perspectiva más amplia de lo que entendemos por actividad física, la seguridad comienza por analizar nuestras **acciones cotidianas**, corrigiendo las posturas y hábitos que diariamente pueden estar perjudicando a las articulaciones, especialmente a la espalda. Además no todos los músculos actúan y trabajan por igual para mantener el equilibrio corporal. Por esta razón, es conveniente estirar los músculos más fuertes (gemelos, isquiotibiales y flexores de la cadera) y trabajar la fuerza resistencia en los que tienden a debilitarse (especialmente músculos abdominales y dorsales).

Capítulo 3

PLANIFICO MI ACTIVIDAD FÍSICA

- 3.1. Introducción
- 3.2. La importancia planificar mi práctica de ejercicio físico.
- 3.3. ¿Qué necesito saber?
 - Las variables del principio F.I.T.T.
 - Los componentes del ejercicio físico
 - A) El ejercicio cardio-respiratorio o aeróbico
 - B) La fuerza muscular y la resistencia muscular
 - C) La flexibilidad
 - D) La composición corporal
- 3.4. ¿Cómo elaboro mi programa de ejercicio físico?
- 3.5. La dimensión placentera de la actividad física
- 3.6. El programa de actividad física
- 3.7. Recuerda que...

3.1. Introducción

Llevar un estilo de vida activo y saludable puede abarcar desde actividades físicas cotidianas como, por ejemplo, pasear, subir y bajar las escaleras de nuestra casa en lugar de coger el ascensor, o ir andando o en bicicleta en lugar de coger el coche o la moto, hasta la realización de ejercicios estructurados y planificados. Es, por tanto, importante para nuestra salud que vayamos introduciendo estas actividades físicas en el día a día y, sobre todo, que las mantengamos habitualmente.

Cuando hablamos de ejercicio físico no nos referimos únicamente a la realización de actividad deportiva, puesto que ejercicios hay muchos y aunque pueden pertenecer a un deporte en concreto no tienen por qué. Asimismo, pensemos por un momento en los espacios al aire libre que tenemos a nuestro alrededor y que podríamos utilizar para realizar actividad física: playa, caminos de huerta, parques, montaña, carriles bici o de paseo. Espacios que resultan más económicos y donde el contacto y

disfrute de la naturaleza puede resultarnos reconfortante. Y si a esto le añadimos la compañía de amigos y amigas o familiares podemos disfrutar de un rato ameno y divertido. Piensa que las probabilidades de abandonar la práctica de ejercicio físico serán menores si conseguimos unirnos a un grupo de personas que estén dispuestas a llevar un estilo de vida más activo.

En este capítulo, vamos a concretar los elementos que te pueden orientar y ayudar a la hora de planificar y llevar a cabo tu propia práctica física. Para ello vamos a ofrecerte desde elementos más medibles y cuantificables (las variables del principio FITT y los componentes físicos de salud) a elementos más vivenciales y subjetivos basados en las sensaciones placenteras que pueden experimentarse con la práctica de actividad física.

3.2. La importancia planificar mi práctica de ejercicio físico.

Es importante que tengas unos conocimientos relacionados con el ejercicio físico y la salud que te resultarán de gran utilidad a la hora de planificar y gestionar tu propia práctica física. Si te gusta realizar actividad física y quieres comenzar a hacerla (o continuar la que ya realizabas), estos conocimientos te ayudarán a seleccionar y utilizar convenientemente la información de la que dispones y tomar decisiones apropiadas a la hora de planificar y llevar a la práctica un programa personal de ejercicio físico y salud (e incluso elaborar un programa para un amigo/a o algún miembro de tu familia).

3.3. ¿Qué necesito saber?

Para que seas capaz de planificar y gestionar tu propia práctica de ejercicio físico, y que ésta sea segura y saludable, es importante que

conozcas una serie de aspectos o elementos que te serán muy útiles. En las próximas páginas encontrarás unos aspectos más cuantitativos, muy puntuales y fáciles de combinar, como son las variables del principio F.I.T.T. y los componentes físicos de salud, y más adelante te hallarás ante unos aspectos más cualitativos con los que pretendemos llamar tu atención sobre la importancia de escuchar tu cuerpo y las sensaciones que te produce la práctica de actividad física.

Las variables del principio F.I.T.T.

Frecuencia: se refiere a las veces por semana que una persona debería realizar una actividad determinada.

Intensidad: se refiere a cuánto debería trabajar una persona, referente al esfuerzo, en cada sesión.

Tiempo: es la duración de cada ejercicio y de cada sesión.

Tipo de actividad: las diferentes clases de actividades que una persona debería realizar para conseguir beneficios saludables.

Además de estas cuatro variables podríamos añadir otras dos a tener en cuenta:

Progresión: se refiere a cómo debes aumentar los niveles de tus ejercicios. No debes pensar que la progresión significa incrementar continuamente la frecuencia de tus sesiones, la intensidad y el tiempo de los ejercicios. Esto podría resultarte agotador y aumentar la probabilidad de lesión e incluso abandono de la práctica física. Para la salud es mejor combinar el aumento gradual de estas variables y el mantenimiento de ellas. Así, por ejemplo, en cuanto a la intensidad no debería incrementarse más de un 10% cada semana, y la duración de cada ejercicio podrías mantenerla durante 3 ó 4 días y después aumentarla hasta el momento en que te encuentres a gusto y decidas no seguir incrementándola sino mantenerla.

Variedad: un programa de ejercicio físico saludable debe incluir variedad de actividades, ya que así evitamos el riesgo de lesiones que puede acarrear el trabajo repetitivo de unas mismas articulaciones y grupos musculares si nos centramos en actividades o ejercicios muy especializados. Por lo tanto, deberíamos combinar en cada sesión:

ejercicios aeróbicos, ejercicios de resistencia y fuerza muscular y de flexibilidad. Piensa que cuantas más actividades conozcas más posibilidades tienes de saber con cuáles disfrutas más y obtener así una mayor satisfacción y bienestar.

Los componentes del ejercicio físico:

A) El ejercicio cardio-respiratorio o aeróbico

¿Qué es y por qué es importante?

Consideramos que el ejercicio es aeróbico si es regular, constante y continuo de manera que el corazón proporciona todo el oxígeno que necesitan los músculos. Estos ejercicios utilizan los grandes músculos de nuestro cuerpo y suelen tener un carácter continuo y vigoroso. El ejercicio cardiovascular está también en función de la capacidad personal (es importante que estés atento y atenta a tus sensaciones).

Como ejemplos de ejercicios aeróbicos podemos encontrar: correr, ir en bici, pasear, nadar, patinar, saltar a la cuerda, bailar, etc.

(¿Sabías que...?

Muchas personas se lanzan desaforadas a realizar gran número de ejercicios principalmente para la cintura, el vientre, las nalgas y los glúteos, con la intención de reducir la grasa o adelgazar en estas partes del cuerpo. Esta conducta, que desaparece en cuanto no consiguen los resultados esperados, se basa en la creencia de que la realización de ejercicios específicos dirigidos a una determinada zona corporal produce un adelgazamiento o reducción del tejido adiposo en estas partes. Para comprobar si esta creencia tan arraigada socialmente era cierta, un grupo de investigadores realizaron un estudio con tenistas que entrenaban seis o más horas semanales. Sometieron al brazo dominante de los tenistas (el que tiene la raqueta) a un mayor trabajo físico que el brazo no dominante para saber si había diferencias en la cantidad de músculo y grasa de ambos brazos. Los resultados del estudio indicaron que el brazo dominante tenía más masa muscular que el otro, pero la cantidad de grasa era la misma en los dos brazos de todos los tenistas estudiados. Estos resultados los compararon con los de un grupo de personas no tenistas y observaron que los tenistas tenían menos grasa en ambos brazos que los no tenistas. La conclusión fue que el ejercicio estimula la reducción de la grasa en todo el cuerpo en su conjunto y no en una zona específica del mismo.

El ejercicio aeróbico es importante porque nos ayuda a mantener y mejorar la salud y un bienestar global. Los principales beneficios asociados al ejercicio aeróbico son:

Fortalece el corazón y permite que el sistema cardiovascular sea más eficiente.

Fortalece los huesos y los músculos.

Alivia del estrés y la tensión de la vida cotidiana.

Ayuda a que nos sintamos mejor.

Ayuda a controlar nuestro peso corporal.

Ayuda a reducir el riesgo de enfermedades coronarias.

B) La fuerza muscular y la resistencia muscular

¿Qué es la fuerza muscular?

Es la cantidad de esfuerzo que puede ejercer un grupo muscular contra una resistencia. Si no hay movimiento aparente de la articulación, la contracción que se produce en el músculo se denomina *estática* o *isométrica*. Si, por el contrario, existe un movimiento visible de la articulación, las contracciones son *dinámicas* (concéntricas o excéntricas). Un ejemplo de *contracción concéntrica* se produce cuando cogemos una caja de un estante o mesa y la acercamos a nuestro cuerpo, el músculo se acorta al ejercer la tensión y se mueve la palanca ósea (huesos del antebrazo y brazo). Si esa misma caja la queremos dejar otra vez donde estaba notarás que ese músculo también es capaz de tensarse cuando se alarga produciendo una fuerza de frenado, a esto se le denomina *contracción excéntrica*.

De forma general podemos decir que la fuerza se consigue al levantar grandes pesos unas pocas veces. Ten en cuenta que aunque la fuerza disminuye con la edad, siempre puede mejorarse.

¿Qué es la resistencia muscular?

Es la capacidad que tienen los músculos esqueléticos para trabajar durante un tiempo prolongado sin sentirse cansados. Los músculos

esqueléticos son aquéllos que están insertados en los huesos y hacen posible el movimiento. Estos músculos se denominan voluntarios porque es posible controlar sus movimientos al caminar, levantar objetos o realizar cualquier otra actividad.

¿En qué se diferencian entonces la fuerza y la resistencia muscular?

La fuerza permite la realización de distintas actividades cotidianas como, por ejemplo, empujar, tirar, levantar objetos..., mientras que la resistencia muscular permite que los músculos realicen estas acciones durante más tiempo. Los ejercicios que mejoran la fuerza muscular aumentarán el tamaño de las fibras musculares consiguiendo músculos más fuertes y voluminosos. Los ejercicios que mejoran la resistencia muscular mejorarán la capacidad de todas las fibras de utilizar el oxígeno y resistir la fatiga. Así también mejorarán su capacidad de contraerse con mayor eficacia.

(¿Sabías que...?)

Existe también la creencia que los ejercicios de resistencia y fuerza muscular afean y masculinizan a las mujeres porque sus músculos adquieren un gran volumen. En especial las mujeres están preocupadas por la conveniencia o no de participar en actividades de fuerza y resistencia muscular por la posibilidad de que se produzca un aumento de su masa muscular. Estudios recientes han demostrado que las mujeres aumentan la fuerza pero no la masa muscular debido a factores hormonales (las mujeres tienen niveles más bajos de testosterona que los hombres), por lo tanto no deberían tomar a los hombres como modelos puesto que los efectos en unos y otros son diferentes.

¿Por qué es importante la fuerza y la resistencia muscular?

Unos músculos fuertes y resistentes nos ayudarán a:

- Mantener una buena postura y prevenir los dolores de espalda.
- Realizar las actividades cotidianas con más facilidad y sin fatiga (transportar, levantar objetos, etc.).
- Mejorar la forma corporal (la figura) tonificando los músculos.
- Prevenir lesiones y dolores musculares.
- Fortalecer huesos y músculos.

¿Qué tipo de ejercicios debo hacer?

Con el fin de mejorar la fuerza y resistencia muscular, es necesario ejercer cierta fuerza sobre una resistencia. Los ejercicios más recomendados, porque resultan más seguros y efectivos, son los ejercicios que producen contracciones dinámicas en el músculo (concéntricas y excéntricas). Cuando los realizamos, en los músculos que entran en juego se produce una tensión tanto al acortarse como al alargarse (para resistir la gravedad, por ejemplo). Asimismo, al contraerse los músculos se mueven las partes del cuerpo implicadas. Los ejercicios que producen en el músculo una contracción isométrica no son recomendables porque aumentan la presión arterial.

Dado que el nivel de fuerza aconsejable para la salud es bajo, no es necesario distinguir entre fuerza y resistencia muscular. Con la participación regular y frecuente en un programa en el que utilicemos poca resistencia y muchas repeticiones conseguiremos y mantendremos la cantidad de fuerza y resistencia muscular adecuadas.

¿Sabías que...?

- Los ejercicios de resistencia y fuerza muscular deben ir precedidos por un calentamiento adecuado y terminar con ejercicios de estiramientos para evitar el acortamiento de los músculos.
- Las articulaciones implicadas en un ejercicio deben estar en una alineación adecuada. La alineación correcta se refiere a la posición "en línea" de las articulaciones de modo que actúen en los planos kinesiológicamente correctos.
- Los movimientos deben ser controlados. No por más rápidos son más efectivos y, por el contrario, aumentas el riesgo de lesión. En ningún momento debes sentir dolor.
- No bloques la respiración. Respira con normalidad cuando realices los ejercicios. Es recomendable espirar (expulsar el aire) cuando realizas el esfuerzo.

Los músculos largos (cuádriceps, glúteos, pectorales, isquiotibiales, etc.) deben ejercitarse antes que los cortos porque si lo haces al revés, una vez los cortos se cansan no garantizan una estabilidad adecuada para que los músculos largos trabajen con seguridad.

Cuando realices varios ejercicios procura alternar los grupos musculares de tal manera que no trabajes los mismos músculos en dos o más ejercicios seguidos. Debes dejar que se recuperen del esfuerzo.

Combina los ejercicios de fuerza con los ejercicios de flexibilidad. Una excesiva fuerza muscular puede provocar un acortamiento de los músculos que rodean las articulaciones y limitar la amplitud de movimiento de las articulaciones.

C) La flexibilidad

¿Qué es y por qué es importante?

La flexibilidad se refiere a la amplitud de movimiento alrededor de las articulaciones. Una articulación es flexible cuando los músculos y el tejido conjuntivo que lo rodea no limita su amplitud natural de movimiento.

Los beneficios asociados a la flexibilidad son diversos y a continuación nombraremos los más relevantes. Una buena flexibilidad nos ayuda a mejorar la capacidad de poder realizar las actividades cotidianas como inclinarnos, estirarnos, girarnos y alcanzar objetos. También nos ayuda a mejorar la postura y evitar dolores de espalda, sobre todo incidiremos en estirar los músculos posteriores del muslo o isquiotibiales y los músculos lumbares. Por último, nos ayuda a evitar que los músculos se inflamen y se lesionen.

Al igual que en los ejercicios de resistencia y fuerza muscular debes prestar atención al factor seguridad. Estos son algunos puntos a recordar:

Los ejercicios de flexibilidad deben ir precedidos de algún ejercicio aeróbico con el fin de calentar los músculos.

Utiliza estiramientos estáticos (sin rebotes) para asegurarte de que el movimiento es controlado y evitar lesiones innecesarias. Paciencia, mejor con regularidad y poco a poco que intentarlo de golpe. Estira únicamente hasta donde notes una ligera tensión en la parte central del

músculo. Nunca debes sentir dolor porque es síntoma de que te estás excediendo en el estiramiento.

Las articulaciones implicadas en un ejercicio deben estar en una alineación adecuada, de tal modo que sean posiciones anatómicamente adecuadas (por ejemplo, evitar la colocación de la rodilla de la pierna flexionada en el ejercicio de paso de vallas).

Combina los ejercicios de estiramiento con ejercicios que desarrollen la fuerza muscular. Una excesiva flexibilidad puede dar lugar a unas articulaciones inestables (con problemas de ligamentos, de dislocación y separación articular) si los músculos que las rodean no están fuertes. Por lo tanto, los ejercicios de flexibilidad y de fuerza son complementarios.

Cuida otros detalles de tal manera que crees un ambiente placentero y relajado. Ponte cómodo, abrígate y elige una música agradable. Estira unas partes de tu cuerpo sin tensar otras y cuando cambies de un ejercicio a otro hazlo con suavidad y fluidez en el movimiento. Consigue un estado general de relajación.

(¿Sabías que...?)

La edad y el sexo son dos factores que limitan la flexibilidad, de ahí que generalmente los niños, niñas y jóvenes sean más flexibles que los adultos, y las mujeres más flexibles que los hombres. Esto no quiere decir que no podamos hacer nada por nuestra parte. Debemos intentar mantener una buena flexibilidad y eso se puede conseguir si todos los días realizamos, durante 10 minutos, ejercicios de estiramientos generales.

Piensa también que cada persona tiene su grado de flexibilidad. No te compares con los demás queriendo alcanzar metas imposibles. Simplemente debes sentir el estiramiento, disfrutar con él y conseguir así movimientos más libres.

D) La composición corporal

¿Qué es y por qué es importante?

La composición corporal se refiere a la cantidad de masa corporal grasa en proporción a la masa corporal magra (músculos, huesos, órganos internos) de nuestro organismo. El control de este componente está relacionado con la alimentación y el gasto energético y éste con los ejercicios aeróbicos.

Conocer la composición corporal es importante porque se ha comprobado que la obesidad (entendida como cantidades excesivas de masa grasa)

puede tener un efecto perjudicial para la salud. Sobre todo asociado a enfermedades cardiovasculares, aparición de diabetes en la edad adulta, artritis, venas varicosas y problemas en la vesícula. Además de otros problemas psicológicos asociados a una baja autoestima.

Sin embargo, así como la obesidad puede llegar a considerarse una enfermedad, no hemos de confundirla con el sobrepeso. Nuestro cuerpo no sólo está formado de masa grasa sino que también está compuesto por otro tipo de tejidos como los huesos, músculos y órganos internos que "pesan". Generalmente, se estima que una persona tiene sobrepeso a partir del índice resultante entre la altura y el peso. Así, por ejemplo, se diría que un jugador de balonmano de 95 kg. de peso y 1,83 m. de altura tiene sobrepeso, cuando únicamente presenta un 10% de grasa corporal. Por otra parte, una chica joven puede tener un aspecto fabuloso con sus vaqueros de la talla 34 ó 36, pero al calcular su composición corporal tiene un 32 % de grasa corporal.

En este sentido, hemos de ser muy cautos a la hora de hablar de sobrepeso y no dejarnos llevar, sin más, por las modas imperantes que abanderan muy sutilmente el lema "lo bello y saludable es lo delgado" donde la estética y la salud se confunden. Piensa que la grasa es importante para el buen funcionamiento de nuestro organismo y obsesionarse por la pérdida de ésta puede conllevar peligros, como es el caso de la anorexia y la bulimia, cada vez más frecuentes no sólo entre las (e incluso los) adolescentes, sino también a edades más temprana.

3.4. ¿Cómo elaboro mi programa de ejercicio físico?

Es importante que para planificarte y elaborar un programa personal de ejercicio físico tengas en cuenta dos aspectos: a) conozca a ti mismo y b) saber cuáles son tus posibilidades y limitaciones.

=====Actividad=====

Comprueba cuál es tu situación actual con respecto a la práctica de ejercicio físico. Este aspecto es más importante de lo que parece, ya que la mayoría creemos conocer nuestros hábitos, pero si analizamos detenidamente lo que hacemos nos podemos llevar sorpresas. Trata de responder con sinceridad a la pregunta rellenando las casillas siguientes:

*¿Cuánto tiempo le dedico a la práctica de ejercicio físico?
(aproximadamente)*

	Nada	1-3 veces al mes	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	Más de 3 veces por semana
Ejercicio aeróbico						
Resistencia y fuerza muscular						
Flexibilidad						

De manera rutinaria, a las personas que van a iniciar un programa de ejercicio físico se les suele administrar una serie de tests físicos. ¿Recuerdas alguno de tu etapa escolar? Te refrescaré la memoria: hacer el máximo de abdominales en 1 minuto, el test de Cooper (12' carrera continua), flexión profunda para medir tu flexibilidad sobre una regla. Se dice que el propósito es determinar tu nivel en los distintos componentes de la condición física. Ahora bien, desde aquí te podemos decir que no es necesario realizar todas esas pruebas previas porque la implicación y vivencia personal de la práctica de ejercicio físico, teniendo en cuenta que las actividades con las que inicias tu programa son suaves y moderadas, ya te está dando muestras (y tú lo sientes) de cuánto más podrías implicarte y cuándo tienes que mantener o parar.

A continuación, en la Tabla anexo 1, te ofrecemos unas orientaciones para elaborar tu programa en las que combinaremos las variables F.I.T.T. y los componentes físicos de salud.

TABLA 1. Recomendaciones sobre la actividad física saludable

	Resistencia aeróbica	Resistencia y fuerza muscular	Flexibilidad
Frecuencia	3-5 veces por semana.	Al menos 2 días por semana.	Al menos 3 veces por semana. Recomendable todos los días.
Intensidad	Dentro de la Zona de Actividad saludable (entre el 55% y el 90% del índice cardíaco máximo).	Moderada.	El grado de estiramiento no debe causar dolor.
Tiempo	Cada sesión debería durar entre 15 y 60 minutos.	8-10 repeticiones de 8 a 10 ejercicios.	El estiramiento debe mantenerse durante 10-30 segundos y repetirse de 3 a 5 veces.
Tipo de actividad	Correr Ir en bici Nadar Patinar Bailar Remar Caminar a paso rápido Saltar a la cuerda Ejercicios con música Esquí de fondo.	Amplia gama de ejercicios isotónicos (abdominales, brazos, piernas, glúteos, etc.).	Método de estiramiento "Stretching". Estiramiento de todos los músculos, en especial, los posteriores del muslo y la pierna, los glúteos y lumbares.

Fuente: *American College of Sport Medicine (ACSM, 1991)*

El número de sesiones por semana que quieras realizar dependerá de la intensidad y duración de éstas. Tal vez te sientas más cómoda/o realizando más sesiones pero de baja intensidad y de poca duración o bien prefieras pocas sesiones pero más intensas y más largas. Si hablamos de salud, es preferible la primera opción porque existe menor riesgo de lesión de los músculos esqueléticos e implica un gasto calórico total relativamente mayor. En general, comienza siempre poco a poco. Querer abarcar mucho desde el principio puede resultar contraproducente y decrecer tu disfrute con la práctica física.

Es importante que, al principio, realices los ejercicios a una intensidad baja y aumentes conforme te sientas a gusto realizando los ejercicios. Un punto de referencia aún más importante que la zona de actividad saludable es cómo se sienta la persona al hacer ejercicio. De todas formas piensa que, por lo que a la salud se refiere, no es necesario llegar al 90%, sobre todo cuando comienzas a hacer ejercicio. Acercarse a este límite superior puede acarrear fatiga y si se hace de forma repetida incluso problemas de estrés por sobreejercicio.

Si eres una persona sedentaria que inicias un programa de ejercicio físico, es recomendable que comiences con periodos de 5

minutos de ejercicio alternándolos con descansos hasta que sientas que puedes aumentar este tiempo.

Algunas de estas actividades pueden resultar de alto impacto (por ej. correr o saltar a la cuerda) y otras de bajo impacto como, por ejemplo, caminar a paso rápido, nadar o ir en bici. Es recomendable que combines ambas en tu programa o realices sólo las de bajo impacto si tu estilo de vida es sedentario o tienes sobrepeso. Los ejercicios de alto impacto pueden ocasionarte lesiones en tobillos, rodillas y caderas.

Procura realizarlos en días alternos, de manera que descanses al día siguiente.

Se puede iniciar realizando una serie de cada ejercicio por sesión e ir aumentando hasta tres series de cada ejercicio. Recuerda que debes ser capaz de completar el número de repeticiones con comodidad evitando una fatiga excesiva.

Estira hasta sentir una ligera tensión, pero nunca dolor. Debido a que la flexibilidad puede variar durante el día y de un día a otro, es importante que escuches a tu cuerpo cuando realices estiramientos. El dolor es señal de que te estás excediendo en el estiramiento y puedes causar lesión e inflamación en el músculo.

Para evitar descompensaciones entre una y otra parte del cuerpo, debes estirar ambas partes, una después de la otra.

3.5. La dimensión placentera de la actividad física

Hasta ahora hemos hablado de los beneficios de la actividad física analizando aspectos físicos y psíquicos. Ahora quizás debamos tratar aspectos menos medibles u objetivables, pero no por ello menos significativos.

¿Recuerdas la excitación ante la preparación de una marcha por la montaña o una vuelta en bici? ¿Y la sensación que produce ir corriendo con algún amigo o amiga, sintiéndote bien en su compañía y contigo mismo/a? ¿No has sentido alguna vez después de ducharte un estado inefable de bienestar y relajación? ¿Cómo describirías las sensaciones que se producen al estirar o en una sesión de relajación? Esos momentos se caracterizan por una sensación de *fluidez*, como si pasaran sin darnos cuenta. Cuando tienen lugar dan un sentido propio a la práctica física,

que va más allá de los beneficios físicos de la actividad. Una actividad física saludable no debe suponerte un castigo o un tormento al que debes someter tu cuerpo para mejorar la salud, sino una experiencia divertida, agradable y atractiva que te llegue a cautivar.

Existen muchos aspectos que pueden aportar sensaciones gratificantes: salir a realizar actividad física con tus amigas y amigos disfrutando de los espacios al aire libre que os rodean en un día luminoso y soleado (o frío y lluvioso). Regocíjate de los placeres que te ofrece el entorno y la relación con las personas que comparten tu vida. Y, ¿por qué no? tal vez la realización de actividad física te facilite entablar relaciones con personas que tienen inquietudes parecidas a las tuyas.

Por tanto muéstrate abierto/a a este tipo de experiencias. Piensa en el abanico tan amplio de actividades físicas y busca alternativas que se amolden a tus necesidades, expectativas y posibilidades. No te obsesiones por el tiempo, la distancia o la frecuencia cardiaca. Olvida la forma de ejecución, de modo que puedas disfrutar de tus propias sensaciones. No te obsesiones por lo que te exige el ejercicio y disfruta practicándolo. Si lo haces repetirás la experiencia y la actividad tendrá un nuevo significado en tu vida.

Los ejemplos que has visto hasta ahora son guías orientativas para elaborar tu plan. No obstante, cuando lo pongas en práctica piensa que lo más importante es que “escuches” tus sensaciones y realices el ejercicio físico cómodamente y sin rigideces. No seas inflexible a la hora de aplicar el programa y haz las modificaciones que consideres necesarias. No pasa nada si durante una semana no cambias ninguna de las variables, pero cuidado no caigas en la monotonía y el aburrimiento y ello te haga abandonar la práctica.

Para llegar a conseguir autonomía en tu propia práctica es importante que aprendas a escuchar atentamente tu cuerpo. Es esencial que al participar en actividades físicas prestes atención a tus vivencias, cómo te sientes ante las distintas reacciones de tu cuerpo: acaloramiento, tensión, estiramiento, y que este proceso interno te permita entender qué significan (cansancio, fatiga, relajación...). De esta forma serás más consciente de tu propio cuerpo, cómo se mueve, cómo reacciona, qué significado tiene, y podrás generalizarlo en otros momentos de tu participación en actividades

físicas. Comprenderás así mejor tu cuerpo, aceptarás tus características personales, tus limitaciones y posibilidades, y te enriquecerás personalmente.

3.6. El programa de actividad física

¡Ya estás preparado/a para realizar tu programa personal de ejercicio físico!. En la actividad 8 te presentamos un modelo para que lo diseñes. Pero antes de rellenarlo vamos a proponerte que escribas una especie de contrato en el que te comprometes a llevar a cabo tu plan de actividad física. Aunque resulte anecdótico, piensa que lo importante del contrato es que establezcas tus metas personales a corto y a largo plazo en función de tus intereses y posibilidades. A corto plazo puede ser a mitad del tiempo de duración de tu plan (“A la mitad del plan habré sido capaz de...”) y las metas a largo plazo aquéllas que pretendas conseguir al final, de esta manera si tienes las metas especificadas te podrán servir de referente o de autoevaluación para ver si vas cumpliendo tu plan o si tienes que decidir hacer cambios o modificaciones.

Una vez te hayas organizado y planificado sobre el papel tus próximas tres o cuatro semanas de ejercicio, sólo te falta ponerte ¡en marcha! De todas formas te vamos a hacer una última sugerencia para cuando comiences tu programa: resulta muy interesante que, en la medida de lo posible, hagas un seguimiento de lo que **en realidad** te va ocurriendo durante la puesta en práctica del programa, para ello creemos que te será útil y motivante escribir una especie de Diario personal donde puedas recoger tus vivencias, los cambios que le has efectuado al programa, los problemas que te han surgido y cómo les has dado solución, etc. De este modo, cuando quieras prolongar tu programa más semanas tendrás un punto de referencia más fiable sobre ti mismo/a. Te ayudará a conocerte mejor.

3.7. Recuerda que...

Las variables del principio FITT... son de gran ayuda como guías que te orientarán en la elaboración de tu plan de ejercicio. Organízate las sesiones semanales de tal forma que las tengas en cuenta y no olvides introducir días de descanso en tu programa (alterna la práctica y el descanso).

Tu plan de ejercicio físico... debería tener, en cada sesión, al menos una actividad correspondiente a cada uno de los componentes físicos de salud (resistencia aeróbica, resistencia y fuerza muscular y flexibilidad). Sin olvidar que las actividades físicas cotidianas como, por ejemplo, utilizar las escaleras en lugar del ascensor, ir andando o en bici a los sitios en lugar de usar un vehículo motorizado, etc. forman parte de un estilo de vida activo y saludable.

Los criterios de seguridad, gratificación, continuidad, adecuación, autonomía, variedad y progresión... son importantes y deberías tenerlos en cuenta ya que te facilitarán la práctica de ejercicio físico seguro, agradable, divertido y adaptado a tus propias posibilidades y limitaciones. A modo de orientación general te indicamos algunas estrategias que te facilitarán la práctica de ejercicio físico:

- elige las horas del día y los días que consideres más convenientes de modo que te asegures que vas a poder seguir tu programa;
- cuando sea posible, intenta ir con amigos, amigas o algún familiar pues te resultará más motivante;
- no es preciso realizar actividad física en un lugar sofisticado que sea caro o aburrido, si es posible utiliza los espacios al aire libre que tengas a tu alrededor. No olvides que, en ocasiones, algunos espacios y equipamientos provocan un deterioro significativo del medio ambiente. Adecúa tu práctica al entorno;
- no quieras abarcar mucho al inicio del programa porque puede resultar contraproducente;
- elige aquellas actividades que más te gusten y, sobre todo, escucha a tu cuerpo, gúfate por las sensaciones que sientas. Busca y disfruta los placeres y valores de la vida activa.

ANEXO 4

**CATEGORÍAS PARA EL ANÁLISIS DE CONTENIDO DEL
PROGRAMA DE CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD**

CATEGORÍAS

ASPECTOS GENERALES

VAL	valoración personal de la práctica
EST	estilo
GRA	Grado de reflexión

DIMENSIÓN ORIENTADA AL PROCESO

Gratificación	SOC	socialización
	DIV	diversión
	ABU	aburrimiento
	SENT	sentimientos
	TAC	Tipo de actividad
	NAT	Entorno
Seguridad	CAL	Calentamiento
	CON	control
	EST	Estiramientos
	REJ	realización de los ejercicios
Frecuencia	SEM	frecuencia
	MEJ	Aumento de tiempo de práctica
Autonomía	DEC	Autonomía en la toma de decisiones
	ACP	Autoconocimiento personal
	ACF	Autoconocimiento de la condición física
	PRO	Proceso
	REF	Evaluación
	ZAC	Zona de actividad
	INS	indicadores subjetivos
Adecuación	COP	Condicionantes personales
	HAB	Influencia en otros hábitos
	TEC	capacidad técnica
	ZAC	Indicadores objetivos
	INT	Intensidad
	DUR	Duración

DIMENSION**CENTRADA EN EL****RESULTADO**

Salud=cond física	FIS PSI	Salud física Salud psíquica
Apariencia	APR	Apariencia
Victoria/resultado	CFB CFE COM ASP	Mejora de la condición física básica Mejora de la condición física específica competitividad Autosuperación
obsesión ejercicio	DOL DEP AGR	Dolor Dependencia Agresión

DEFINICIÓN**Valoración (VAL)**

Juicio personal sobre el programa (positiva, negativa o neutra)

Estilo (EST)

Cuestiones formales de la redacción que denotan aspectos significativos sobre el desarrollo del programa:

Sistemático : Atendiendo a las instrucciones por parte del profesor, prestando especial consecución de objetivos. Evaluación mediante tablas de control y datos cuantitativos.

Personal: Estilo propio, con estructura narrativa, prestando especial atención a la descripción del proceso. Evaluación mediante diarios

Indiferente: Aséptico y desvinculado de la experiencia.

Grado de reflexión (GRA)

- 1.- Datos sobre la práctica (qué ha pasado)
- 2.- Relato de la experiencia personal (qué me ha pasado)
- 3.- Búsqueda de relaciones causales y conclusiones (por qué me ha pasado lo que me ha pasado y qué conclusiones saco para el futuro)

DIMENSIONES

Socialización (SOC)

Referencias a la relación con otras personas y la práctica

Diversión (DIV)

Aspectos recreativos vinculados al proceso de práctica

Aburrimiento (ABU)

Prácticas que se hacen largas y tediosas.

Sentimientos (SEN)

Estado afectivo relacionado con la práctica

Tipo de actividad (TAC)

Referencias a tareas concretas que se realizan.

Entorno (NAT)

Referencias al lugar dónde se realiza la práctica: espacio urbano, rural, aire libre o instalación

Calentamiento (CAL)

Referencias a la primera parte de la sesión, caracterizada por un aumento de intensidad progresivo

Control (CON)

Referencias al conocimiento de las propias limitaciones físicas y a la adaptación de la propia práctica a ellas

Estiramientos (EST)

Ejercicios de flexibilidad al final de cada sesión de intensidad alta

Realización de los ejercicios (REJ)

Referencias a la ejecución correcta, segura y/o efectiva de actividades con un objetivo y forma de realización predeterminada.

Frecuencia (SEM)

Número de sesiones semanales de práctica

Aumento de tiempo de práctica (MEJ)

Aumento cuantitativo del tiempo de práctica producto de la mejora progresiva de la condición física

Autonomía en la toma de decisiones (DEC)

Capacidad personal para optar sobre la práctica

Autoconocimiento personal (ACP)

Conciencia de con aspectos de la propia personalidad como gustos o contradicciones personales

Autoconocimiento de la condición física (ACF)

Conciencia de la propia capacidad física

Condicionantes personales (COP)

Cuestiones coyunturales que limitan a la práctica, como la disponibilidad de tiempo libre o de instalaciones adecuadas, o condicionantes atmosféricos.

Influencia sobre otros hábitos asociados con la salud (HAB)

Disminución en la dieta, el consumo de tabaco, alcohol u otro tipo de conducta de riesgo asociado a la práctica

Capacidad técnica (TEC)

Referencias al dominio en la ejecución factor que incide en el tipo, cantidad o intensidad de práctica

Intensidad (INT)

Esfuerzo percibido en el desarrollo de las prácticas

Duración (DUR)

Referencias al tiempo de las sesiones o de los ejercicios.

Indicadores subjetivos (INS)

Referencia a las sensaciones personales de cansancio, estiramiento, como forma valorar la práctica

Proceso (PRO)

Referencia al desarrollo de la práctica y no a la consecución de los objetivos como el aspecto más destacable del programa

Zona de actividad (ZAC)

Referencia a la toma de pulsaciones en relación con la zona de actividad.

Evaluación (REF)

Juicio de valor sobre el desarrollo del programa

Salud física (FIS)

Referencias la práctica como medio para mejorar la salud física o el funcionamiento de algún sistema orgánico

Salud psíquica (PSI)

Referencias a la práctica como medio para reducir la ansiedad, el estrés o cualquier otro aspecto mental o psicológico.

Mejora de la condición física básica (CFB)

Referencias a la mejor de la resistencia, fuerza-resistencia y flexibilidad

Mejora de la condición física específica (CFE)

Referencias a la mejora de las cualidades físicas asociadas a algún deporte o actividad

Apariencia (APR)

Referencias a la práctica de la actividad física para modificar la forma corporal.

Competitividad (COM)

Referencias a la victoria como factor motivador importante para la práctica

Dolor (DOL)

Molestias musculares o articulares producto de la práctica

Dependencia (DEP)

Vinculación de la propia actividad al juicio de otras personas consideradas expertas: entrenador o profesor

Agresión (AGR)

Actitudes de enfrentamiento agresivo que intenten dañar física o psicológicamente a otra persona.

ANEXO 5

HOJA DE EVALUACIÓN DE LA ASIGNATURA



TEORÍA Y PRACTICA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Evaluación de la asignatura

Por favor, lee el enunciado y tacha lo que corresponda con tu opinión

	Muy positiva Mucho	Positiva Algo	Negativa Poco	Muy negativa Nada	NS/NC
Valoración general de la asignatura	<input type="radio"/>				
Valoración de los temas tratados					
Referentes del acondicionamiento físico	<input type="radio"/>				
Principios del entrenamiento	<input type="radio"/>				
Resistencia	<input type="radio"/>				
Flexibilidad	<input type="radio"/>				
Relajación	<input type="radio"/>				
Práctica aeróbica	<input type="radio"/>				
Práctica de fuerza resistencia	<input type="radio"/>				
Sentir que nos movemos	<input type="radio"/>				
Programa	<input type="radio"/>				
Evaluación	<input type="radio"/>				
Novedades aportadas por la asignatura	<input type="radio"/>				
Valoración de la metodología					
Grupos puzzle	<input type="radio"/>				
Juego de rol	<input type="radio"/>				
Clases prácticas	<input type="radio"/>				
Programa de acond. físico y salud	<input type="radio"/>				
Análisis de texto	<input type="radio"/>				
Tiempo dedicado a la asignatura	<input type="radio"/>				
Considero lo que he aprendido tendrá repercusión en mi futura labor docente	<input type="radio"/>				

Por favor, a continuación o en otra hoja escribe tu opinión sobre lo que te haya resultado más significativo en relación con el desarrollo de la asignatura. Por ejemplo, tu opinión sobre los contenidos, la metodología, el sistema de evaluación, el profesor, los compañeros y compañeras, la organización de la clase, de la asignatura, lo que destacarías más positiva o negativamente...

