

Colección Estudios Sociales

Núm. 26

26

Deporte, salud y calidad de vida

David Moscoso Sánchez y Eduardo Moyano Estrada
(coordinadores)

Lourdes Biedma Velázquez

Rocío Fernández-Ballesteros García

María Martín Rodríguez

Carlos Ramos González

Luís Rodríguez-Morcillo Baena

Rafael Serrano del Rosal



Obra Social
Fundación "la Caixa"

Edita
Fundación "la Caixa"

Av. Diagonal, 621
08028 Barcelona

ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LA OBRA SOCIAL "LA CAIXA"

COMISIÓN DE OBRAS SOCIALES

Presidente
Isidro Fainé Casas

Vicepresidentes
Salvador Gabarró Serra, Jorge Mercader Miró, Manuel Raventós Negra

Vocales
Marta Domènech Sardà, Javier Godó Muntañola, Inmaculada Juan Franch,
Justo B. Novella Martínez, Magín Pallarès Morgades

Secretario (no consejero)
Alejandro García-Bragado Dalmau

Vicesecretario (no consejero)
Óscar Calderón de Oya

Director General de "la Caixa"
Juan María Nin Génova

Director Ejecutivo de la Obra Social
Jaime Lanaspá Gatnau

PATRONATO DE LA FUNDACIÓN "LA CAIXA"

Presidente de Honor
José Vilarasau Salat

Presidente
Isidro Fainé Casas

Vicepresidentes
Ricardo Fornesa Ribó (vicepresidente 1º), Salvador Gabarró Serra,
Jorge Mercader Miró, Juan María Nin Génova

Patronos
Ramon Balagueró Gañet, M^a Amparo Camarasa Carrasco,
José F. de Conrado y Villalonga, Marta Domènech Sardà, Manuel García Biel,
Javier Godó Muntañola, Inmaculada Juan Franch, Jaime Lanaspá Gatnau,
Juan José López Burniol, Montserrat López Ferreres, Amparo Moraleda Martínez,
Miguel Noguer Planas, Justo B. Novella Martínez, Vicente Oller Compañ,
Magín Pallarès Morgades, Manuel Raventós Negra, Leopoldo Rodés Castañé,
Luis Rojas Marcos, Lucas Tomás Munar, Francisco Tutzó Bennasar,
José Vilarasau Salat, Nuria Esther Villalba Fernández, Josep Francesc Zaragoza Alba

Secretario (no patrón)
Alejandro García-Bragado Dalmau

Vicesecretario (no patrón)
Óscar Calderón de Oya

Director General
Jaime Lanaspá Gatnau

Colección Estudios Sociales

Directora
Rosa M. Molins

Coordinadora
Mònica Badia

Deporte, salud y calidad de vida

David Moscoso Sánchez

(IESA-CSIC)

Eduardo Moyano Estrada

(IESA-CSIC)

(coordinadores)

Lourdes Biedma Velázquez

(IESA-CSIC)

Rocío Fernández-Ballesteros García

Universidad Autónoma de Madrid

María Martín Rodríguez

Universidad Politécnica de Madrid

Carlos Ramos González

(IESA-CSIC)

Luís Rodríguez-Morcillo Baena

(IESA-CSIC)

Rafael Serrano del Rosal

(IESA-CSIC)

Edición electrónica disponible en Internet:

www.laCaixa.es/ObraSocial

© David Moscoso Sánchez y Eduardo Moyano Estrada (coordinadores), Lourdes Biedma Velázquez, Rocío Fernández-Ballesteros García, María Martín Rodríguez, Carlos Ramos González, Luís Rodríguez-Morcillo Baena y Rafael Serrano del Rosal
© Fundación "la Caixa", 2009

La responsabilidad de las opiniones emitidas en los documentos de esta colección corresponde exclusivamente a sus autores. La Fundación "la Caixa" no se identifica necesariamente con sus opiniones.

LOURDES BIEDMA VELÁZQUEZ Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Sus áreas de interés y especialización son las políticas de bienestar, la Sociología de la Salud, así como las técnicas de investigación social. Desde 2003 trabaja en diversos proyectos en el ámbito de la Sociología de la Salud y de la Evaluación de Políticas Públicas en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC).

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA Catedrática de Evaluación Psicológica en el Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. Ha participado en distintos estudios sobre envejecimiento activo y calidad de vida en personas mayores. En este campo, ha sido consultora en la evaluación de programas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización de Naciones Unidas.

MARÍA MARTÍN RODRÍGUEZ Doctora en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Desarrolla su actividad investigadora y docente en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/INEF de la Universidad Politécnica de Madrid. Su área de especialización es Deporte y Calidad de vida en el ámbito de las Ciencias Sociales. Actualmente desarrolla el proyecto I+D+I MEC de ámbito nacional sobre mayores y deporte.

DAVID MOSCOSO SÁNCHEZ Doctor en Sociología. Desarrolla su actividad investigadora y docente en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) y en la Universidad Pablo de Olavide. Entre sus publicaciones destacan la coordinación del monográfico «Sociología del Deporte» de la *Revista Internacional de Sociología* (2005), con Núria Puig, y la coedición de los libros *Deporte y Desarrollo Rural* (2006) y *Comunicación y Deporte* (2008).

EDUARDO MOYANO ESTRADA Doctor Ingeniero Agrónomo (Sociología Rural) por la Universidad de Córdoba. Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente, es Profesor de Investigación (catedrático) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), y ocupa el cargo de Vicedirector del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). Es Director de la *Revista Internacional de Sociología*.

CARLOS RAMOS GONZÁLEZ Licenciado en Sociología. Se ha especializado en Investigación Social en Metodología Cualitativa. Ha estado trabajando en diversos campos como salud, análisis motivacional del consumo y en el ámbito de las nuevas tecnologías; desarrolla su actividad en diversas instituciones públicas y privadas como EASP, el OIA y Synovate. Actualmente trabaja en el Departamento Cualitativo del IESA-CSIC y se doctora en Teoría Sociológica.

LUÍS RODRÍGUEZ-MORCILLO BAENA Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Mantiene una relación profesional con el IESA desde el año 1994. Desde 1998 ha mantenido relaciones profesionales, además, con la Diputación de Córdoba, y ha participado en diferentes investigaciones de tipo cualitativo sobre grupos sociales y sus problemas.

RAFAEL SERRANO DEL ROSAL Doctor en Sociología y Científico Titular del CSIC. En la actualidad, su trabajo y sus intereses investigadores se centran en la confluencia de tres ámbitos de investigación: diseño, análisis y evaluación comprensiva de políticas públicas; bienestar subjetivo y satisfacción, y sociología de la salud. En estos campos es autor o coautor de diferentes artículos publicados en revistas señeras tanto nacionales como internacionales.

Índice

Presentación	7
Nota de los coordinadores	9
Introducción	11
I. Deporte y ejercicio físico en la configuración de los estilos de vida	19
1.1. El proceso de <i>deportivización</i> de la sociedad española	19
1.2. El lugar del deporte y del ejercicio físico en la era del sedentarismo	22
1.3. Ciudadanos activos y ciudadanos sedentarios	49
1.4. Las paradojas de la modernidad y sus consecuencias en las condiciones de vida	57
II. Estilos de vida y percepción del estado de salud	62
2.1. ¿Qué entendemos por salud y por estilo de vida?	63
2.2. La relación entre estilo de vida activo y salud percibida	72
2.3. Los beneficios de la actividad física para la salud	83
III. Estilos de vida y bienestar	87
3.1. ¿Qué entendemos por calidad de vida?	88
3.2. La medida de la calidad de vida subjetiva y conceptos relacionados	90
3.3. La influencia del estilo de vida en el grado de bienestar	93
3.4. Los beneficios de la actividad física para la calidad de vida	104

IV. Calidad de vida, salud y actividad física en los discursos de jóvenes y mayores	107
4.1. Alcance y limitaciones del estudio cualitativo	107
4.2. La calidad de vida en el imaginario social	109
4.3. La salud en la subjetividad de la población investigada	120
4.4. Deporte y actividad física en los discursos sobre la salud y la calidad de vida	129
4.5. Barreras en la práctica del deporte y del ejercicio físico	146
4.6. Deporte y calidad de vida, una relación recíproca	148

V. Sentido crítico frente a sentido común. El discurso de los expertos	151
5.1. Deporte, salud y calidad de vida: el punto de vista científico	152
5.2. La práctica del deporte y la actividad física entre la población	171
5.3. Recomendaciones para promocionar el deporte	182

Conclusiones	198
---------------------	-----

Referencias bibliográficas	214
-----------------------------------	-----

Índice de gráficos y tablas	220
------------------------------------	-----

Apéndice metodológico	223
------------------------------	-----

Presentación

Cada vez hay más conciencia de la importancia de la actividad física y del deporte para la salud y la calidad de vida de la población. Lejos de la concepción del deporte exclusivamente como un escenario de competición, en el que la mayoría asiste como espectador y sólo unos pocos participan activamente, numerosos estudios indican que la promoción de hábitos deportivos entre una mayoría de la población es un excelente medio para prevenir y tratar enfermedades. El deporte es, además, una alternativa a estilos de vida perjudiciales para nuestra salud y una vía para ampliar nuestra red de relaciones sociales. Estos beneficios de la actividad física y del deporte que señalan los especialistas no sólo son reconocidos por la mayoría de la población, sino que su fomento se ha convertido en parte de las actuales políticas públicas de salud.

Pese a ello, nuestra sociedad presenta numerosos obstáculos para la incorporación efectiva del deporte en la actividad cotidiana de las personas. En los jóvenes, por ejemplo, el deporte compite con otro tipo de ocio más sedentario, como el ocio nocturno o el ocio digital, en un contexto en el que las horas dedicadas a la formación y al trabajo reducen el tiempo libre. Esta falta de tiempo libre también se observa en la mediana edad, un momento de la vida en el que la persona ha de asumir numerosas responsabilidades laborales y familiares que pueden dejar poco espacio para la práctica deportiva. A esto hay que sumar la cada vez menor exigencia física del trabajo, lo que eleva el nivel de sedentarismo. Aunque tras la jubilación el tiempo libre aumenta significativamente, las generaciones que hoy son mayores no han sido educadas en el deporte como hábito ni, en su mayoría, han tenido la oportunidad de practicarlo en etapas anteriores de la vida.

De esta manera, aunque cada vez más se reconoce que la actividad física y el deporte son importantes y mejoran la calidad de vida, múltiples trabas dificultan la implicación efectiva en actividades deportivas e impiden que se aprovechen los numerosos beneficios que el deporte tiene para nuestra salud, estado de ánimo y relaciones sociales. Es en esta encrucijada donde se sitúa el presente estudio. En él se examina hasta qué punto los estilos de vida sedentarios son dominantes entre la población de nuestro país y en qué medida la realización de actividades físicas y deportivas contribuye a que las personas sientan que su salud mejora, que su bienestar crece y, en definitiva, que su calidad de vida es más elevada.

El enfoque de este libro es eminentemente social, puesto que sitúa la actividad física y el deporte dentro de unas determinadas coordenadas culturales y valora sus efectos no únicamente sobre el cuerpo, sino también sobre el estado de ánimo y sobre las relaciones sociales.

Con esta obra, la Fundación "la Caixa" pretende estimular el debate sobre la importancia del deporte para la salud y calidad de vida de la población y, en la medida de lo posible, aportar aspectos a considerar en el diseño de estrategias y programas eficientes para la promoción de la actividad física y el deporte.

Jaime Lanaspá Gatnau
Director Ejecutivo de la Obra Social
"la Caixa" y Director General
de la Fundación "la Caixa"

Barcelona, febrero 2009

Nota de los coordinadores

El presente estudio se ha llevado a cabo bajo la responsabilidad científica del Dr. Eduardo Moyano Estrada (catedrático de Sociología y Vicedirector del IESA-CSIC) y bajo la dirección técnica del Dr. David J. Moscoso Sánchez (doctor contratado del IESA-CSIC). Aunque el libro es una obra colectiva desarrollada como proyecto de investigación en el IESA-CSIC, ha contado con la colaboración de investigadores y técnicos de diversas instituciones. El grado de participación de cada uno de ellos ha variado de unos capítulos a otros en función de su área de especialización.

En el primer capítulo, que trata de los estilos de vida y de la práctica de actividades físicas y deportivas entre la población española, han tenido una implicación mayor David J. Moscoso Sánchez y María Martín Rodríguez. El segundo capítulo, en el que se examina la influencia del deporte y de la actividad física en el estado de salud percibida, ha sido elaborado principalmente por Rafael Serrano del Rosal y Lourdes Biedma Velázquez. Ambos, junto con Rocío Fernández-Ballesteros García, han sido también los responsables del capítulo tercero, que trata de analizar el impacto de la actividad física y del deporte en la satisfacción, bienestar y calidad de vida. El cuarto capítulo, sobre los discursos de los jóvenes y de los mayores en lo que respecta a la calidad de vida y a la práctica física y deportiva, ha contado con la participación de David J. Moscoso Sánchez y Carlos Ramos González. Finalmente Luís Rodríguez-Morcillo ha asumido la elaboración del capítulo quinto, dedicado a analizar la opinión de los expertos y especialistas de la medicina y de las ciencias del deporte. A todos ellos les agradecemos su participación y su actitud cooperadora para «dar a luz» una obra colectiva, cuyo principal valor es el haber sido fruto de la colaboración entre disciplinas e instituciones académicas.

La realización del trabajo de campo de la encuesta y de los grupos de discusión se llevó a cabo en la Unidad Técnica de Estudios Aplicados del IESA-CSIC, en el que participaron los siguientes técnicos: Sara Pasadas del Amo, Manuel Trujillo Carmona, Juan A. Domínguez Álvarez, Micaela Soria Zambrano y Margarita Zarco Uribe-Echevarría, a quienes también expresamos nuestro agradecimiento.

Por último, este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de quienes, de forma desinteresada, han respondido a las preguntas de la encuesta o han formado parte de los grupos de discusión.

Introducción

La sociedad española tiene ante sí un gran reto. La difusión de hábitos y comportamientos sedentarios plantea uno de los más serios problemas para los españoles en las próximas décadas. La falta de ejercicio físico –en parte debido a la disminución del uso de fuerza física en las actividades laborales–, la propagación de las dietas altas en calorías, el incremento de la ingesta de sustancias tóxicas y el predominio de lo que se ha denominado «ocio pasivo» –vinculado a ciertas prácticas de consumo y al uso de nuevas tecnologías– están relacionados con la primera causa de mortalidad en los países desarrollados: las enfermedades cardio y cerebrovasculares, que, en el caso de España, provocan alrededor de 130.000 muertes al año (un 30% más que las causadas por tumores y un 96% más que las ocasionadas por accidentes de tráfico) (datos del INE de 2006).

Los profesionales de las ciencias de la salud han demostrado, a través de estudios epidemiológicos y longitudinales, la importancia de la actividad física y deportiva en el mantenimiento de nuestra salud y calidad de vida (véase, por ejemplo, Paffenbarger *et al.*, 1986; Paffenbarger y Hide, 1988; Shephard, 1996; Alonso, 1997; Pieron, 2003; Mora *et al.*, 2004, o Jiménez y Montil, 2006). El deporte y el ejercicio físico producen beneficios físicos y biológicos, psíquicos y sociales, y son importantes tanto a nivel terapéutico como preventivo. Desde el punto de vista físico, el ejercicio deportivo mejora el funcionamiento motor, los sistemas osteomusculares y el inmunológico, activa positivamente el sistema hormonal y equilibra el cuerpo mediante la homeostasis corporal y la linfa de la sangre, previniendo la aparición de lesiones y enfermedades. A nivel psíquico, el deporte y el ejercicio físico estimulan la producción de hormonas que mejoran el bienestar personal al aumentar la capacidad psicomotora del individuo y, con ello, la sensación de autonomía

personal, lo que crea un mejor estado de ánimo; algo necesario para afrontar los trastornos mentales y para fortalecer el control emocional. Desde el punto de vista social, el deporte y el ejercicio físico también ayudan a mejorar la sociabilidad y las habilidades individuales de influencia social, como la asertividad y la autoestima y, entre algunos grupos de riesgo, ayuda, además, a prevenir problemas de desviación social.

Pese a los múltiples beneficios reconocidos en el deporte, España sigue estando a la cola de Europa en lo que a práctica deportiva se refiere. En el Eurobarómetro del Deporte, realizado por la Comisión Europea en 2004 (Special Eurobarometer 213, Wave 62.0), España aparece por debajo de la media europea en número de personas que realizan deporte. Tan sólo cuatro de cada diez personas lo practican, una cifra que dista de la de otros países, como Finlandia o Suecia, donde tienen el doble de practicantes. Además, entre los españoles que practican deporte, apenas la mitad lo hace con frecuencia (tres o más veces a la semana) —lo que representa dos de cada diez españoles—, por lo que la mayoría de la población no disfruta de estos beneficios para la salud y la calidad de vida. Algunas organizaciones, como el American College of Sports Medicine (ACSM) o el United States Department of Health and Human Services, señalan que, para obtener beneficios significativos para la salud a través de la actividad física y del deporte, debe realizarse como mínimo durante 30 minutos casi todos los días de la semana.

En otro orden de cuestiones, se ha de resaltar también la importancia de las desigualdades sociodemográficas y socioeconómicas que suelen asociarse a la práctica deportiva. En España, de cada diez personas que practican deporte, sólo cuatro son mujeres, y sólo una es mayor de 60 años. Así mismo, entre las personas que ganan menos de 1.000 euros al mes, tan sólo un tercio practica deporte. Ese carácter restrictivo de la práctica del deporte, en función de las condiciones de vida, se traduce en una menor salud y calidad de vida entre los sectores más desfavorecidos. Detrás de esas variables, tal como han demostrado numerosos estudios (García Ferrando, 1986 y 2001; Patriksson, 1996; Rhodes *et al.*, 1999; Collins, 2003; Donnelly, 2003; Martínez del Castillo *et al.*, 2006), existen mecanismos de socialización que transmiten valores que favorecen o dificultan la actitud ante las actividades deportivas, influyendo de manera decisiva en nuestra disposición a practicar o no deporte.

Al ser tan importante la realización de actividad física para nuestra salud y calidad de vida, es de prever que la inactividad provoque los efectos contrarios. Los problemas asociados a la falta de ejercicio físico plantean mayor preocupación entre dos sectores específicos de la población: los jóvenes y los mayores. En relación con los jóvenes, representan una generación en la que los estilos de vida sedentarios han comenzado a consolidarse. En la actualidad, los jóvenes españoles abusan cada vez más del consumo de alimentos altos en calorías y de sustancias tóxicas; están perdiendo significativamente el hábito del deporte, pasan mayor tiempo sentados y realizan actividades de ocio mucho más pasivas que antes. No es de extrañar, por tanto, que, según el Observatorio Español de Sostenibilidad (OSE), la tasa de obesidad entre los españoles menores de 24 años sea la más alta de Europa (alrededor de cuatro de cada diez niños o jóvenes padecen obesidad o sobrepeso), y que se esté experimentando un aumento prematuro de las enfermedades de salud causadas por el sedentarismo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad ha alcanzado ya las dimensiones de una pandemia. Esta enfermedad provoca alteraciones psicosociales, problemas ortopédicos, cutáneos y respiratorios, aumento del colesterol y de los triglicéridos, diabetes o intolerancia a la glucosa, y puede llegar a reducir hasta en diez años la esperanza de vida (Ayuso y López, 2007). En lo que atañe a la población de mayor edad, cabe señalar cómo, debido al aumento de la esperanza de vida, crece el número de personas que llega a la vejez (unos 7,5 millones de españoles mayores de 65 años, según datos del INE de 2007), comenzando, desde que se jubilan, una nueva etapa en sus vidas, que cada vez es más larga. Mantener un buen estado de salud en esa etapa de la vida depende de la realización de actividad física y deportiva. La inactividad acarrea un progresivo deterioro del estado de salud entre este grupo de población, lo que genera también graves dificultades al sistema sanitario, al que cada vez le resultará mucho más difícil y costoso atender las enfermedades asociadas al envejecimiento.

Todos estos problemas pueden tener solución con la adopción de medidas que vayan dirigidas a promocionar y consolidar la práctica de ejercicio físico. Algunos especialistas apuntan en este sentido que es mucho más económico promocionar la práctica deportiva entre todos los grupos de edad, que hacer frente a los gastos sanitarios que supone atender las enfermedades ocasionadas por el sedentarismo. De hecho, el coste sanitario destinado en España a solventar

los problemas de salud ocasionados por la obesidad y el sobrepeso supone el 7% del presupuesto destinado a Sanidad, es decir, unos 2.500 millones de euros al año. De ahí que en España, como en otros países, las administraciones públicas estén organizando programas destinados a promover la práctica deportiva entre la población. Ejemplo de ello son la *Campaña de Prevención de Enfermedades Cardio y Cerebrovasculares*, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo entre 2006 y 2007, o el *Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada*, desarrollado entre 2004 y 2008 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. A nivel europeo también existen iniciativas similares, como las aprobadas por la Comisión Europea con la denominación *Movimiento Deportivo para el Fomento de la Actividad Física Beneficiosa para la Salud* o la *Plataforma de la UE de Acción sobre Dieta, Actividad Física y Salud*.

Pero estos intentos parecen no ser suficientes. Está claro que el problema requiere la adopción de medidas de mayor alcance; probablemente sean necesarias actuaciones integrales y de carácter transversal en las que participen las autoridades sanitarias, educativas, económicas, ambientales y los servicios sociales. Quizá podría hacerse un mayor esfuerzo por parte de las administraciones públicas por sensibilizar y concienciar a la población sobre la necesidad de integrar la actividad física en las rutinas diarias de nuestra vida. Para ello sería conveniente realizar mayores inversiones en el ámbito de la escuela (aumentando la calidad y el número de horas dedicadas al deporte), del sistema sanitario (incorporando un mayor número de profesionales especializados en medicina deportiva en los centros de salud), de la empresa (concienciando a los empresarios sobre los beneficios del deporte en la mejora del rendimiento en el trabajo y creando fórmulas de conciliación entre el cuidado de nuestra salud y la jornada laboral), de las asociaciones y federaciones deportivas (cambiando los objetivos que persiguen muchas de ellas, demasiado orientados hacia la competición, en beneficio de la mejora de la salud y del bienestar de los deportistas) y, desde luego, en el ámbito de la familia (trasladándole el mensaje de que el deporte contribuye a la mejora de la salud y de las relaciones familiares).

El incremento de la investigación en este ámbito desde diferentes disciplinas es otra de las medidas que va a permitir evaluar mejor la dimensión del problema y adaptar las iniciativas destinadas a prevenirlo o tratarlo. El presen-

te estudio apunta en este sentido, ya que su objetivo es analizar, desde una perspectiva sociológica, el tema del deporte y el ejercicio físico y sus efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de quienes lo practican. Desde esta óptica, el interés se centra en analizar la relación existente entre, por un lado, los comportamientos y hábitos relativos a la práctica deportiva y el ejercicio físico en general, y, por el otro, la percepción subjetiva que tienen los ciudadanos sobre su estado de salud y bienestar personal. El estudio profundiza en la relación entre deporte, salud y calidad de vida en dos grupos específicos de edad: los jóvenes (definidos a efectos de esta investigación como las personas que tienen entre 16 y 34 años de edad) y los mayores (los que tienen entre 65 y 79 años).

El diseño metodológico de la investigación se ha basado en una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas para la recogida de información de carácter primario. En la fase cuantitativa de la investigación, desarrollada entre octubre y noviembre de 2007, se realizó una encuesta telefónica asistida por ordenador (CATI) a una muestra de 2.018 personas seleccionadas aleatoriamente del conjunto de la población española (véase Apéndice metodológico), proporcionando información relevante sobre los estilos de vida, la práctica deportiva y su relación con la salud y con el bienestar.

El proceso de elaboración del cuestionario partió de una previa revisión de instrumentos utilizados en otros estudios para medir esta relación. En lo que atañe a la introducción de preguntas sobre hábitos y comportamientos hacia el deporte y la actividad física, se siguió el modelo empleado por García Ferrando, entre 1975 y 2005, en las sucesivas encuestas sobre los hábitos deportivos de los españoles. Los cuestionarios empleados por Martínez del Castillo *et al.* en varios estudios (2005 y 2006) suministraron preguntas-tipo de gran interés para medir los aspectos relacionados con la socialización de estos hábitos, especialmente entre personas mayores y mujeres. Así mismo, de los cuestionarios empleados por organismos como el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) o el IESA-CSIC en diversas encuestas sobre condiciones de vida de la población y sobre salud y sanidad, se extrajeron preguntas clave para evaluar los conceptos de «salud percibida» y «calidad de vida».

La investigación cualitativa consistió en la realización de varios grupos de discusión en distintas ciudades españolas. En ellos participaron no sólo los jóvenes y mayores (objeto central de nuestro estudio), sino otros grupos so-

ciales, como los padres y madres o los especialistas en el ámbito del deporte, la salud y la calidad de vida, ampliándose así las fuentes de información. El trabajo de campo cualitativo se realizó entre abril y mayo de 2008, y sirvió tanto para contrastar los resultados obtenidos a través de la encuesta, como para profundizar en el tema de las percepciones y de los comportamientos de la población en torno al deporte y al ejercicio físico, y su incidencia en el estado autopercebido de salud y calidad de vida de los individuos.

Esta combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas se refleja también en la estructura del libro, que tiene dos partes. En la primera parte se analizan los datos obtenidos a través de la encuesta, y comienza con un capítulo titulado «Deporte y ejercicio físico en la configuración de los estilos de vida», en el que se abordan las bases teóricas sobre las que se asienta este estudio. En este capítulo se analiza el lugar que ocupan el deporte y el ejercicio físico en los estilos de vida de la población española, determinando el peso de estas actividades en tres ámbitos esenciales de nuestras vidas: en el tiempo libre y de ocio, en el ámbito específico del deporte, y en el trabajo y la vida diaria. Todos estos elementos sirven para resaltar el predominio de un estilo de vida sedentario o un estilo de vida físicamente activo en el seno de la sociedad española.

En el segundo capítulo, titulado «Estilos de vida y percepción del estado de salud», se pretende conocer cómo estos estilos de vida repercuten en la percepción que cada individuo tiene de su salud, considerándola no en el sentido estrictamente biomédico, sino en el sentido subjetivo del término. Esta concepción subjetiva de la salud se basa en la definición que da la OMS sobre el concepto de salud, entendiéndola como «un estado de bienestar psicofísico y social en relación con múltiples ámbitos que abarcan lo puramente físico (por ejemplo, el entorno físico, la vivienda o el medio ambiente), lo social (por ejemplo, seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria o equidad en la distribución de los recursos disponibles), los hábitos de vida (por ejemplo, alimentación adecuada, ejercicio físico o consumo de tabaco y alcohol), el estado de salud propiamente dicho (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), el sistema sanitario (por ejemplo, recursos físicos y humanos, atención hospitalaria, seguridad social o investigación) y la salud percibida o autovaloración de la salud». Este planteamiento permite demostrar empíricamente, a través de los datos de la encuesta, si el tener un estilo de vida físi-

camente activo o un estilo de vida sedentario repercute en la autopercepción, más o menos positiva o negativa, de nuestro estado de salud.

Otro aspecto que suele asociarse con nuestros estilos de vida, en general, y con la actividad física y el deporte, en particular, es la percepción subjetiva de la calidad de vida. Utilizando los datos de la encuesta, este tema se trata en el capítulo tercero de esta primera parte, titulado «Estilos de vida y bienestar». Para ello se han analizado tres dimensiones distintas: calidad de vida, satisfacción con la vida y bienestar, comprobando la influencia que tienen en esas dimensiones variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel de estudios o las formas de convivencia.

La segunda parte del libro recoge los resultados de la investigación cualitativa, agrupándolos en dos capítulos. En el primero de ellos, correspondiente al capítulo cuarto, titulado «Calidad de vida, salud y actividad física en los discursos sociales de jóvenes y mayores», se analizan los discursos recogidos sobre estos temas en diversos grupos de discusión realizados entre personas jóvenes y mayores, residentes en grandes ciudades (Barcelona y Madrid) y en municipios de tamaño medio (Antequera –Málaga– y Puente Genil –Córdoba–). También se analiza en este capítulo el discurso de los padres y madres sobre la práctica deportiva de los menores de edad, discurso recogido en un grupo de discusión realizado con personas pertenecientes a asociaciones de padres y madres de alumnos.

El siguiente capítulo, titulado «Sentido crítico frente a sentido común. El discurso de los expertos», se dedica a exponer el discurso de los especialistas, a partir de un conjunto de entrevistas a profesionales de la medicina y de las ciencias del deporte con gran experiencia en el ámbito de la actividad física orientada a la salud. El análisis ha consistido en recoger las opiniones de estos especialistas sobre las relaciones atribuidas al deporte y al ejercicio físico respecto a la salud y a la calidad de vida, tomando también en consideración su valoración de la situación del deporte en España y sus opiniones sobre las estrategias y recursos que, desde sus puntos de vista, serían necesarios para promocionarlo entre la población.

Por último, el libro finaliza con un capítulo de conclusiones, en el que se retoman los principales objetivos del estudio y se reflexiona, a la luz de los resultados obtenidos en el trabajo, sobre la relación entre actividad física y

deporte, por una parte, y bienestar y salud subjetiva, por otra. Esta reflexión incluye, además, las implicaciones que esta relación puede tener para el diseño de intervenciones públicas y/o privadas centradas en la actividad física y destinadas a la mejora de la calidad de vida y de la salud de la población ahora, y en el futuro.

I. Deporte y ejercicio físico en la configuración de los estilos de vida

1.1. El proceso de *deportivización* de la sociedad española

Todavía no hace mucho tiempo que el deporte se encontraba ausente en el imaginario y en las prácticas culturales de la mayoría de las personas. Bien es cierto que antiguamente eran habituales los juegos tradicionales entre las clases populares, pero nunca éstos tuvieron el alcance adquirido hoy entre nosotros por el deporte moderno.

Durante siglos, la práctica de los llamados «deportes modernos» (atletismo, ciclismo, remo, baloncesto, etc.) únicamente contaba con reconocimiento social en espacios educativos y asociativos, a los que sólo accedían las clases más favorecidas. En consecuencia, esos deportes únicamente eran practicados por un escaso segmento de la población.

Habría que esperar a la segunda mitad del siglo xx, gracias a la universalización de la enseñanza pública y a la propagación del Estado del Bienestar, para que el deporte se convirtiera en una práctica cultural generalizada. En este contexto, políticas dirigidas a su promoción, como las conocidas «Campanas de Deporte para Todos» –iniciadas a raíz de la firma en 1975 de la *Carta Europea del Deporte para Todos*–, y la adopción de leyes específicas en materia de cultura física y deportiva supusieron un punto de inflexión en la manera de concebir el deporte y el ejercicio físico por parte de las instituciones públicas y la ciudadanía en general.

A partir de entonces, se puede decir que nació el concepto de «cultura deportiva» en el seno de la ciudadanía, y las administraciones públicas asumieron la responsabilidad de garantizar su realización. El deporte dejó de ser un privilegio de minorías para convertirse en un logro y en una necesidad de

todo individuo, un factor de desarrollo humano que debía ser estimulado y mantenido por los fondos públicos. En este escenario, la práctica deportiva se incorporaría a los estilos de vida de la población.

Hay quien entiende por estilo de vida el «conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo» (Mendoza *et al.*, 1994), «los modos de vida particulares que asocian la creencia en valores de referencia con actitudes implícitas, modelos de comportamiento subconscientes y hábitos» (Cathelat, 1985). Desde tales presupuestos, el deporte no formaría parte de los estilos de vida de la sociedad española hasta las últimas décadas del siglo XX, en virtud de las circunstancias señaladas.

En los años noventa, la presencia del deporte había adquirido tal relevancia en nuestros estilos de vida, que sería imposible entender hoy a una sociedad como la española sin contemplar esta actividad como una parte esencial de su cultura. Acontecimientos como la celebración del Campeonato Mundial de Fútbol de 1982 —«los mundiales de *Naranjito*», como se le conocería popularmente— y de los Juegos Olímpicos de Barcelona, en 1992, nos recuerdan que el deporte es un referente en nuestra historia reciente. No en vano, hemos de recordar que diarios como *MARCA*, especializado en noticias deportivas, son hoy los medios de prensa de mayor venta en España, por delante de otros como *El País*, *El Mundo* o el *ABC*. En fin, tal como expresara Lagardera Otero (1991), «los hombres y mujeres de hoy han aprendido a vivir corriendo tras un balón, contemplando las finales olímpicas en el televisor, rellenando las columnas quinielísticas o utilizando los chándales y las zapatillas deportivas como indumentaria usual en sus prácticas físicas o en los descansos del fin de semana». Con lo cual, la dimensión del deporte como parte de nuestros estilos de vida hemos de contemplarla más allá del hecho de que sea mayor o menor el número de personas que la practiquen. Lo importante es entender que el fenómeno deportivo ha acabado conquistando nuestro imaginario cultural, y que es reconocido positivamente por la mayoría de la población.

El proceso de *deportivización* de la sociedad española no se debe en exclusiva a la normalización del sistema deportivo. Las transformaciones experimentadas en la organización del Estado, el modelo de economía y el paradigma cultural influirían de manera determinante en su institucionalización.

En el proceso de transformación del país, un fenómeno cuya consideración resulta esencial para comprender la difusión de la actividad deportiva es la creciente importancia adquirida por el tiempo libre y el ocio; lo que se deriva a su vez del cambio vivido en la organización del trabajo. El nuevo modelo de organización laboral se caracterizaría por la reducción de la jornada laboral y la progresiva disminución del uso de fuerza física corporal –gracias a la implementación de tecnología en las tareas productivas–, así como por la progresiva terciarización y, con ella, una especialización profesional –que implica la sustitución de los trabajadores de cuello azul por los de cuello blanco–. La práctica del deporte en este escenario vendría a suplantarse hábitos milenarios en nuestra civilización, si bien las motivaciones y la forma de practicarlo lo dotarían de una nueva dimensión en nuestros días. Prueba de esta afirmación es la regularidad con la que la población española viene expresando, desde 1980, que el principal motivo por el que practica deporte es «hacer ejercicio físico» y que el significado del deporte que más se aproxima a la idea que tiene de esta actividad es que «el hacer deporte te permite estar en forma» (García Ferrando, 2001).

Junto al tiempo libre y de ocio, el proceso de cambio cultural constituyó un factor decisivo en la normalización del deporte. Una vez que éste se normaliza en nuestra sociedad, que los instrumentos del Estado facilitan los medios necesarios para su realización, sus atributos y valores se transmitirán a través de los distintos canales de socialización (por ejemplo, la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, etc.), contribuyendo de esta forma a reproducirlo (Moscoso, 2005; Moscoso y Alonso, 2005). La difusión del deporte en el camino hacia la modernidad avanzada se verá contagiada por el predominio de valores de corte posmaterial, lo que servirá para dotar a esta actividad de una cierta moralidad idealista, otorgándole atributos relacionados con la salud, el bienestar físico y psíquico, la evasión, las relaciones sociales, etc.

En este marco, el deporte se presenta incluso como una vía de expresión ante las paradojas producidas por la modernidad (conciencia medioambiental *vs.* incremento de los impactos ambientales; avance en la innovación y el conocimiento en el ámbito de la salud *vs.* emergencia y difusión de nuevas enfermedades; preocupación por nuestra salud física y psíquica *vs.* aumento del sedentarismo y la obesidad, etc.), adquiriendo una funcionalidad que va más allá de lo estrictamente deportivo. Hoy, el hacer deporte es sinónimo de estar en forma, mejorar nuestra salud y relacionarnos con los demás, algo que

entronca directamente con la preocupación que se plantea este estudio: ¿qué tipo de relación puede establecerse entre los estilos de vida de las personas, especialmente los relativos a los hábitos y comportamientos de práctica deportiva y ejercicio físico, con la percepción subjetiva de su estado de salud y bienestar personal?

En los próximos capítulos se tendrá la oportunidad de profundizar en este asunto, apoyándose para ello en evidencias sobre la relación que tienen la salud y el bienestar personal con las prácticas deportivas de la población española. Aquí se hará la restricción a la aproximación a esta relación exponiendo algunas fotografías sobre el lugar que ocupan el deporte y la actividad física en el imaginario colectivo, y en el conjunto de hábitos y comportamientos cotidianos de la población.

1.2. El lugar del deporte y del ejercicio físico en la era del sedentarismo

Para responder a la cuestión planteada en este trabajo cabe preguntarse qué lugar ocupan el deporte y el ejercicio físico en la sociedad española. En este sentido, un aspecto frecuentemente señalado por otros estudios sobre este tema (véase, por ejemplo, García Ferrando, 2001 o 2006; Martínez del Castillo *et al.*, 2005) es la divergencia mostrada entre el elevado valor que los españoles otorgan a la práctica del deporte y del ejercicio físico y su escasa participación en esta actividad. Es decir, los españoles le dan mucha importancia al ejercicio físico y al deporte, pero, a la hora de la verdad, sólo una minoría hace ejercicio en su vida cotidiana. Conocer el grado y los determinantes de este desequilibrio es una de las inquietudes que mueve este estudio. Este conocimiento puede, además, ayudar a los gestores y técnicos de los organismos encargados de planificar la oferta de actividades deportivas en nuestro país en su tarea de promocionar esas actividades.

Para conseguir este objetivo se ha conducido el análisis indagando en el ámbito del valor referencial y de las elecciones personales ante la práctica del deporte y del ejercicio físico, a través de distintos espacios: el lúdico, el estrictamente deportivo y el laboral. La elección de este orden se ha tomado desde la consideración de seguir la estructura empleada habitualmente en los estudios que analizan esta cuestión (García Ferrando, 1986, 1991, 1996, 2001

y 2006), sirviéndose de esta manera para comparar algunos de los resultados aquí analizados.

Deporte y ejercicio físico entre las prácticas de ocio y tiempo libre

En la primera parte de este análisis, se comenzará ubicando el deporte dentro de un conjunto más amplio de actividades de ocio y tiempo libre. La razón de esta tarea estriba en que, como hemos defendido, el tiempo libre se ha convertido en las últimas décadas en una parte cada vez más importante de nuestras vidas, en virtud de los cambios producidos en el modelo de organización del trabajo. Además, no hay que olvidar que el deporte es parte inseparable de un campo más amplio de actividades sociales, que son las actividades de ocio y tiempo libre. En consecuencia, su comprensión ha de realizarse en este marco.

El tiempo libre es una dimensión temporal conformada por connotaciones y características variables. Evidentemente, hay aspectos distintivos de esta dimensión que son atemporales, como el hecho de que consiste en la realización de actividades no vinculadas a nuestra principal ocupación laboral, las prácticas de ocio, actividades de diversa naturaleza como la lectura o la música, la participación en asociaciones no lucrativas, los viajes turísticos o la práctica del deporte. De ahí que, a menudo, ambos términos sean empleados confusamente, puesto que buena parte de las actividades de ocio se realizan durante nuestro tiempo libre. Pero, al margen de ello, hay rasgos del tiempo libre que parecen haber cambiado en el transcurso de la historia reciente: la propia manera de entenderlo, la forma de ocuparlo y el tipo de actividades de ocio que se desarrollan en este espacio temporal.

Uno de los aspectos que influyen en el cambio de concepción y en la ocupación de nuestro tiempo libre es la **creciente densidad normativa e intensa burocratización** experimentada en las últimas décadas. En efecto, la modernización de las instituciones públicas, tras el inicio de la democracia, implicó que la mayoría de los españoles vivieran un progresivo incremento del tiempo no productivo dedicado a tareas de formalización administrativa en el seno de las familias (gestiones bancarias, solicitudes de ayudas, rentas, inscripciones en registros y escolarización, trámites demográficos, etc.), que condicionan el tiempo de dedicación a las citadas aficiones personales.

El **cambio en el modelo de economía** también ha sido decisivo en la ocupación del tiempo libre. La mayor especialización exigida en los mercados profesionales ha impulsado un proceso de acceso y promoción laboral mediante la adquisición de méritos. Esto se traduce en una mayor dedicación, en el tiempo no laboral, a la realización de tareas de formación y adquisición de conocimiento. Esta tendencia se ilustra claramente en la organización del tiempo entre las nuevas generaciones de españoles, que tienen una apretada agenda entre clases de idiomas, informática, música, perfeccionamiento, técnicas de estudio, etc., en detrimento del tiempo de ocio dedicado al juego y a las relaciones con los grupos de iguales fuera del espacio escolar.

Otro ámbito que ha ejercido influencia en la transformación del tiempo libre es el **cambio producido en el sistema familiar**. En los últimos años, la desaparición de la familia extensa, a favor del incremento de las familias de tipo nuclear, y, posteriormente, el aumento de familias monoparentales –motivado por el acceso de la mujer al mercado laboral y, sobre todo, por la pérdida de importancia de los paradigmas culturales de corte tradicional– ha derivado, en el marco de las anteriores circunstancias, en una mayor sobrecarga de tiempo dedicado a labores domésticas entre las escasas personas que conforman los nuevos modelos familiares, viéndose significativamente reducido el tiempo disponible para el disfrute de actividades de ocio.

Finalmente, las propias **formas de ocio** han cambiado en las últimas décadas. A las tradicionales actividades que ocupaban este tiempo (estar con la familia, ver la televisión, escuchar música, ver deporte, practicar deporte, estar con los amigos, salir de excursión, etc.) se le unen ahora otras muchas vinculadas al uso de las nuevas tecnologías, lo que se entiende por «ocio digital» (navegar por Internet, chatear, enviar SMS, etc.),⁽¹⁾ y a las nuevas pautas de consumo (comprar en los centros comerciales). Muchas de estas otras nuevas actividades de ocio pueden ser calificadas a todas luces como actividades sedentarias. Tal es así que hay especialistas que las tachan con los apelativos de «ocio sedentario» y «ocio pasivo», lo que se suma a unos hábitos de trabajo ya por sí carentes de ejercicio físico, contribuyendo a alimentar un estilo de vida eminentemente sedentario en la sociedad española.

(1) Para ampliar información sobre este reciente concepto, véanse Gallego (2002) y Bofarull (2003).

En ese escenario dibujado sobre las nuevas pautas de ocupación del tiempo libre, habría que preguntarse qué lugar ocupa el deporte. Se ha realizado una serie de preguntas en la encuesta con las que se pretende responder a esta cuestión. Precisamente, una de esas preguntas es la siguiente: «¿En qué suele emplear, en general, su tiempo libre?». A diferencia de otros estudios sobre tiempo libre y deporte –por ejemplo, los trabajos realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de manera quinquenal sobre los hábitos deportivos de los españoles–, aquí se ha hecho uso de un sistema abierto de respuesta, a fin de evitar cualquier tipo de condicionamiento. En la tabla 1.1 se incluyen los porcentajes de población que realizan las distintas actividades de ocio y tiempo libre recogidas entre las respuestas.

Para presentar los resultados de estas respuestas, se sigue el esquema propuesto por Roger Sue (1982), por el que se distingue entre **actividades de ocio de carácter social, cultural, físico y práctico** (tablas 1.1 y 1.2). Siguiendo este esquema, en el trabajo se constata que las actividades de tiempo libre de **carácter social**, que se basan fundamentalmente en el mantenimiento de las relaciones interpersonales, ocupan la mayor parte del tiempo libre de los ciudadanos. Entre éstas se encuentran, en primer lugar, el «estar con la familia» (22%) y «estar con los amigos/pareja» (19%), seguidas a mayor distancia por «ir de copas, salir de marcha, tapeo» (6%), «juegos de mesa» (2%) y «bailar» (2%). Las actividades de tiempo libre de **carácter cultural**, orientadas al desarrollo de acciones intelectuales y artísticas y al entretenimiento, se distribuyen entre «leer» (15%), «ver la televisión» (12%), «ir al cine o ver películas» (7%), «ocio digital» (4%), «escuchar música» (3%) y «tocar un instrumento musical» (1%). Entre las actividades de tiempo libre de **carácter físico** están «pasear» (24%), «hacer deporte» (15%), «actividades en la naturaleza» (5%) y «viajar» (3%). Estas actividades tienen una componente de reconstitución física y psíquica, y de descanso activo.

Otras actividades señaladas por los encuestados tienen un mayor **carácter práctico** –por cuanto su finalidad es utilitaria– y, en algunos casos, pueden tacharse incluso como poco propias de ser catalogadas bajo la denominación de tiempo libre. De hecho, «hacer trabajos manuales», que ocupan en su tiempo libre a un 8% de los encuestados, ciertamente es susceptible de entenderse como diversión o como trabajo. Asimismo, las «labores domésticas y familiares», realizadas por el 10% durante el tiempo libre, pueden ser entendidas como

TABLA 1.1

Actividades de ocio realizadas por la población española

En porcentajes de mención

CATEGORÍAS	TOTAL
Pasear	24,2
Estar con la familia	21,7
Estar con los amigos/pareja	19,1
Leer	15,1
Deporte	14,8
Ver la TV	11,5
No hace nada, descansa	11,5
Labores domésticas y familiares	9,9
Hacer trabajos manuales	8,1
Ir al cine o ver películas	7,4
Ir de copas, salir de marcha, tapeo	6,2
Actividades en la naturaleza	5,0
Ocio digital	4,3
Escuchar música	3,1
Viajar	2,9
Estudios	2,8
Juegos de mesa	2,2
Actividades culturales	1,9
Bailar	1,6
Trabajar	1,4
Tocar un instrumento musical	0,7
Otras actividades	5,4
No tiene tiempo libre	1,7

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

actividades de la vida íntima, dedicadas al mantenimiento personal y familiar, o también como una carga adicional, sobre todo cuando se poseen familiares en situación de dependencia. Sin embargo, otras actividades, como «estudiar», que realizan en su tiempo libre el 3%, o «trabajar», realizado por el 1%, quedan lejos de cualquier interpretación que no tenga que ver con una ocupación poco ociosa de este tiempo. Quizá se debiera sumar aquí a aquellos que afirman, entre las respuestas a esta pregunta, «no tener tiempo libre», que

TABLA 1.2

Actividades de ocio realizadas por la población española, según tipo de actividad

En porcentajes agregados de mención

CATEGORÍAS	RESPUESTA (MUESTRA TOTAL)
Actividades de ocio de carácter social	51,8
Actividades de ocio de carácter físico	47,7
Actividades de ocio de carácter cultural	37,7
Actividades de ocio de carácter práctico	23,6

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

se ven representados por el 2%. En conjunto, las personas que realizan estas actividades de dudosa caracterización «ociosa» supondrían una quinta parte de la población española. Pese a las anteriores observaciones, lo cierto es que estas actividades resaltan el carácter amplio, difuso y personal del ocio, pues lo que para unos puede representar obligación o trabajo, para otros, en cambio, constituye una actividad placentera y de disfrute personal.

Evidentemente, la elección de las prácticas de ocio y tiempo libre está condicionada por factores de carácter muy variado. En este capítulo no resulta posible entrar en este extremo, por cuestiones de oportunidad y espacio, por lo que simplemente se resaltará esta constatación general. Sí se entra a analizar, en cambio, los datos que atañen a la práctica del «deporte» y el «paseo» como actividades de ocio y tiempo libre, por responder directamente a los objetivos de la investigación. Cabe decir que los datos obtenidos a través de esta encuesta rompen tópicos asumidos frecuentemente en el estudio del tiempo libre. En contra de lo esperado, la sociedad española le otorga casi tanta importancia al ocio de carácter físico como al de carácter social, como se ha podido contemplar en las tablas 1.1 y 1.2. Los datos constatan que «pasear» y «hacer deporte» son dos de las cinco principales actividades de ocio y tiempo libre entre los españoles, ocupando respectivamente el primer y quinto puestos; lo cual es un claro indicador de los cambios acontecidos en las últimas décadas en la ocupación del tiempo libre en esta sociedad, tal como ya nos anticipara décadas atrás Cagigal (1981).

Pero se han de matizar algunos aspectos sobre esta relevante constatación para que sea valorada en su justa medida. Las actividades de carácter físico ocupan

un lugar preferente entre las actividades de ocio en la sociedad española, si bien esta relevancia está influida por factores de carácter sociodemográfico y socioeconómicos. En consecuencia, si se confrontan estos datos según una serie de variables independientes, como la edad, el sexo o los ingresos familiares, se observa entonces que pueden variar considerablemente (véase tabla 1.3). Así se comprueba, por ejemplo, en una primera aproximación, que la diferencia existente en la realización de actividades de ocio de carácter físico entre jóvenes y mayores no es significativa, algo que se debe probablemente al hecho de que, así como entre los jóvenes la práctica del deporte es mucho más importante que entre los mayores (24% frente al 7%),⁽²⁾ el pasear ocupa una mayor parte del tiempo libre y de ocio entre estos últimos (38% frente al 13%). Por lo tanto, cabe pensar que «pasear», en el sentido de «ir andando por distracción o ejercicio» (RAE, 2001), se ha convertido en una actividad de ocio y tiempo libre de gran importancia en nuestros días. Ello quizá se explique porque las condiciones físicas que exige su realización son mucho menores que en el caso del deporte, ya que no implica gasto alguno en las economías familiares y también por el cambio en la concepción de los profesionales de la medicina sobre este asunto, mostrándose hoy más partidarios que hace unos años de que la gente mayor pasee con más frecuencia. Sin embargo, una aproximación diferente sobre la influencia de la edad en las actividades de ocio de carácter físico muestra que éstas son mucho más relevantes entre los mayores que entre los jóvenes, por cuanto entre los jóvenes las actividades de carácter social tienen más peso aún en la ocupación de su tiempo libre.

En lo que concierne a la relación que expresan con respecto al sexo, se observa que las actividades de ocio de carácter físico son un claro diferenciador de roles, si se compara su importancia entre hombres y mujeres, pues, mientras que entre los primeros constituye la principal ocupación de tiempo libre, entre las mujeres se ubica en tercer lugar, por detrás de las actividades de ocio de carácter social y las de carácter cultural (54% frente a 41%). También se puede comprobar que el nivel de ingresos de los encuestados constituye un factor discriminante en la práctica de actividades de ocio de carácter físico. Los datos obtenidos muestran una ventaja de ocho puntos entre quienes realizan este tipo de actividades y poseen unos ingresos netos mensuales de más

(2) Este dato coincide con los obtenidos en distintas encuestas (García Ferrando, 2001; IMSERSO, 2000), donde se constata que sólo el 7% de las personas mayores realiza deporte y ejercicio físico.

TABLA 1.3

Tipo de actividades de ocio realizadas por la población española, según sexo, edad e ingresos

En porcentajes de mención

CATEGORÍAS	SEXO		EDAD		INGRESOS	
	HOMBRES	MUJERES	JÓVENES	MAYORES	MENOS DE 1.000 €	MÁS DE 1.000 €
Actividades de ocio de carácter social	52,9	50,6	64,6	29,6	50,3	56,2
Actividades de ocio de carácter físico	54,2	41,2	46,3	49,2	44,3	52,1
Actividades de ocio de carácter cultural	30,3	45,3	30,3	41,9	36,4	37,7
Actividades de ocio de carácter práctico	15,3	32,0	13,0	45,1	27,9	13,4

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

de 1.000 euros, y quienes no llegan a este nivel de ingresos (52% y 44%, respectivamente).

El deporte en el imaginario y las prácticas culturales de los españoles

En el apartado anterior se han contemplado el deporte y la actividad física en el marco de la ocupación del tiempo libre entre la población española. Éste es un indicador fundamental para determinar el lugar en el que la sociedad ubica estas actividades. A continuación se pretende abundar en esta inquietud, realizando un análisis pormenorizado sobre el deporte y el ejercicio físico, tratados ya por el peso específico que representan en el imaginario y las prácticas culturales de los españoles. Para ello, en este punto se analizará el interés por el deporte, así como los hábitos y comportamientos de práctica deportiva en el tiempo destinado de forma exclusiva a esta actividad.

En la encuesta realizada en el marco de esta investigación se introdujeron algunas cuestiones que nos aportaron información sobre el interés de la población por el deporte. La más explícita de ellas empleó una ficha cerrada de respuestas que sigue las recomendaciones habituales en este tipo de consultas: «*Con respecto al interés por el deporte y su nivel de práctica se pueden considerar*

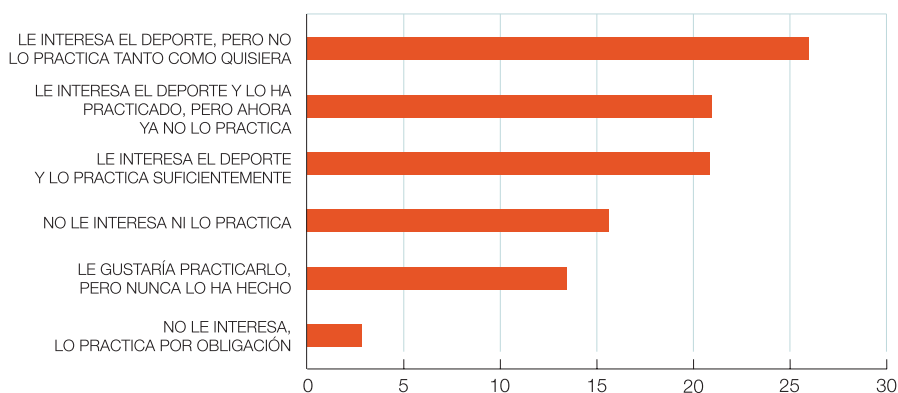
seis grupos de población, ¿con cuál de ellos se identifica Ud. más?» (gráfico 1.1.). Pues bien, la distribución de las respuestas resalta que la mayoría de los encuestados siente interés por el deporte (unas ocho de cada diez personas), si bien se diferencian entre sí unos de otros porque algunos de ellos, pese a su interés, no lo practican todo lo que quisieran (25%); otros, en cambio, lo han practicado pero ya no lo hacen (21%), o bien hay quien no lo ha practicado nunca (14%); y sólo una parte de quienes sienten este interés afirma practicar-lo suficientemente (21%), lo que invita a pensar en la asimetría existente entre el interés y la práctica del deporte. Lo más destacado de estos datos es que, de esas ocho de cada diez personas que expresan sentir interés por el deporte, sólo algo más de la mitad se autoposiciona entre los que lo practican en uno u otro nivel.

La autoposición de los encuestados hacia el deporte se complementa con otra pregunta que hace referencia a su deseabilidad por la práctica de esta actividad: «Independientemente de que no practique deporte, ¿le gustaría realizar de forma regular alguna actividad deportiva, sin incluir el pasear?». Ante esta pregunta, prácticamente seis de cada diez personas responden afirmativamente, un dato que discreparía en principio de esos ocho de cada diez encuestados que

GRÁFICO 1.1

Con respecto al interés por el deporte y su nivel de práctica, ¿con qué frase se identifica Ud. más?

En porcentajes



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

sienten interés por el deporte. Lo que significa que sentir interés por el deporte no implica necesariamente sentir interés por su práctica.

Para ampliar estas evidencias se acude a los resultados de una pregunta más directa sobre práctica deportiva (*«Sin incluir el pasear, ¿practica Ud. actualmente algún deporte?»*), donde se observa que sólo cuatro de cada diez personas afirman practicar deporte. Por lo tanto, se ve efectivamente que hay una asimetría importante entre el interés por el deporte y la práctica deportiva.

De esta constatación surge una lógica inquietud por conocer a qué puede deberse este hecho. Para avanzar una posible respuesta, se indaga, por un lado, en el terreno de las motivaciones personales que emplean habitualmente las personas para justificar la práctica o no práctica del deporte; y, por otro lado, en elementos de carácter sociológico, que implicaría profundizar en otros aspectos menos tangibles, como el capital cultural y económico de los encuestados, la ocupación que desempeñan o la transmisión de hábitos de actividad física y deportiva por parte de sus progenitores.

Motivaciones de la práctica deportiva

En lo que concierne a la primera perspectiva de análisis, se ha llevado a cabo una agrupación de las respuestas obtenidas en las preguntas sobre la motivación de la práctica y no práctica deportiva (tabla 1.4), que eran muy numerosas, de acuerdo con el carácter abierto con que se formularon (preguntas multirespuesta). Esta tarea ha permitido enfatizar en la comprensión de las significaciones sociales que subyacen a las distintas categorías utilizadas para explicar la práctica o no práctica del deporte.

En relación con los **motivos que explican la práctica del deporte**, en términos generales, destaca el hecho de que, frente al reducido elenco de motivos que empleaban tradicionalmente las personas para explicar por qué practican deporte, hoy esta justificación es mucho más difícil de interpretar, por cuanto ha aumentado su número. Pese a ello, sólo algunos de los motivos citados por los encuestados tienen una mayor frecuencia de respuesta. Así se contempla, al menos, en la agrupación de categorías elaboradas para este análisis, en el que se observa que los motivos vinculados a la **socialización** («porque le gusta el deporte», «por costumbre», «por consejo médico» y «por los familiares») y a la **salud** («por mantener y/o mejorar la salud», «por bienestar físico y

TABLA 1.4

Motivos de práctica deportiva y motivos de no práctica

En porcentajes (multirrespuesta)

MOTIVOS DE PRÁCTICA		MOTIVOS DE NO PRÁCTICA	
CATEGORÍAS	TOTAL	CATEGORÍAS	TOTAL
Motivos de carácter práctico	8,9	Razones de carácter práctico	51,5
Por diversión y pasar el tiempo	4,9	Falta de tiempo	38,1
Por encontrarse con los amigos	3,7	Por el trabajo	8,9
Porque le gusta competir	0,3	Por las cargas familiares	4,5
Motivos estructurales	6,2	Razones estructurales	7,1
Porque se adapta a sus condiciones y circunstancias	3,3	Por falta de dinero	4,7
Por obligación/trabajo/oposiciones	2,5	Por falta de instalaciones cercanas	2,4
Por la proximidad de las instalaciones	0,4		
Motivos de socialización	58,0	Razones de socialización	30,1
Porque le gusta el deporte	52,1	No le gusta o no le interesa	11,1
Por costumbre, siempre lo ha hecho	4,4	Por pereza	9,5
Por consejo médico	1,9	Por la edad	3,7
Por los familiares	1,6	Por falta de costumbre	3,5
		No le gusta salir de casa	1,8
		Falta de apoyo o estímulo	0,5
Motivos vinculados a la salud	46,8	Razones vinculadas a la salud	18,5
Por mantener y/o mejorar la salud	20,3	Por motivos de salud	18,1
Por bienestar físico y psíquico	11,7	Porque se siente con salud	0,4
Por problemas de salud	9,7		
Por mantener la línea	5,1		
Motivos de elección personal	1,6	Razones de elección personal	4,6
Por hacer ejercicio físico	1,6	Porque anda o camina	2,4
		Porque hace otras actividades	2,2

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

psíquico», «por problemas de salud» y «por mantener la línea») son los más importantes, representando un porcentaje de respuesta del 58% y el 47%, respectivamente. El resto de motivos no tienen el mismo peso.

En esas dos agrupaciones de categorías, las respuestas individuales que tienen una mayor significación para explicar los motivos por los que se practica deporte son «porque le gusta el deporte» (52%) y «por mantener y/o mejorar la salud» (20%). El lugar que ocupan ambas respuestas diverge de lo observado en otras encuestas consolidadas sobre comportamientos deportivos entre la población española (García Ferrando, 1991, 1997, 2001 y 2006), donde los principales motivos aludidos a esta práctica, por parte de los encuestados, eran «por hacer ejercicio físico» y «por diversión y pasar el tiempo».⁽³⁾

En lo que atañe a los **motivos que explican la no práctica del deporte**, también se constata la presencia de numerosas causas, pero en este caso cambia el carácter de las que más influyen (véase nuevamente la tabla 1.4). Entre las agrupaciones de categorías realizadas, la **salud** tiene menor importancia en la explicación de los motivos por los que no se realiza deporte («por motivos de salud», «porque se siente con salud»), el 19%. En cambio, los motivos que ejercen mayor peso son los **de carácter práctico** («por la falta de tiempo», «por el trabajo» y «por las cargas familiares»), el 52%, y, aunque sea a mayor distancia, siguen siendo relevantes las razones vinculadas a la **socialización** («no le gusta o no le interesa», «por pereza», «por la edad», «por la falta de costumbre», «porque no le gusta salir de casa», «por falta de apoyo o estímulo»), el 30%. Ahora bien, vistas las categorías individualmente, «los motivos de salud» sí parecen ejercer influencia, por detrás de la «falta de tiempo» (un 18% y un 38% respectivamente). Obviamente, el peso de estos factores se ve alterado por las desiguales circunstancias que caracterizan a los distintos grupos de edad. Centrándose específicamente en los dos grupos generacionales en los que se enmarcan los objetivos del estudio, jóvenes y mayores, se observa que las diferencias son realmente significativas (tablas 1.5 y 1.6). A continuación se analizan esos datos de manera independiente.

Jóvenes

En relación con los **motivos de práctica deportiva**, se observa que los jóvenes (en este estudio, las personas de entre 16 y 34 años) hacen una referencia casi exclusiva al «gusto por el deporte» como principal motivo de su participación

(3) No obstante, cabe decir sobre este asunto que en esas otras encuestas, la citada pregunta se formulaba mediante una ficha cerrada de respuestas (es decir, en la que hay que elegir una serie de opciones determinadas previamente), lo que puede influir en el comportamiento sobre la respuesta.

TABLA 1.5

Motivos de práctica deportiva, según grupos de edad y sexo

En porcentajes (multirrespuesta)

CATEGORÍAS	MOTIVOS DE PRÁCTICA					
	GRUPOS DE EDAD					
	JÓVENES			MAYORES		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Porque le gusta el deporte	56,3	62,6	44,5	31,5	32,0	33,3
Por mantener y/o mejorar la salud	15,0	13,0	18,8	28,8	32,0	25,0
Por problemas de salud	5,0	3,8	7,0	22,4	24,0	21,9
Por mantener la línea	5,9	4,2	9,4	1,8	0,0	3,0
Por hacer ejercicio físico	1,5	0,8	3,1	1,5	4,0	0,0
Por bienestar físico y psíquico	11,0	10,5	12,5	10,4	4,0	15,2
Por diversión y pasar el tiempo	5,7	6,3	4,7	6,5	4,0	6,3
Por encontrarse con los amigos	3,5	3,8	2,4	1,2	0,0	3,0
Por obligación/trabajo/ oposiciones	4,0	3,4	4,7	0,2	0,0	0,0
Porque le gusta competir	0,3	0,4	0,8	0,0	0,0	0,0
Por consejo médico	0,9	1,3	0	9,6	4,0	12,5
Por costumbre, siempre lo ha hecho	5,1	5,5	4,7	7,2	12,0	3,1
Por el lugar donde lo practica	0,9	0,4	1,6	0,8	0,0	0,0
Por los familiares	2,6	2,1	3,1	0,0	0,0	0,0
Porque se adapta a sus condiciones o circunstancias	3,3	2,5	4,7	2,3	4,0	3,0
Por la proximidad de las instalaciones	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Otros	4,2	2,5	7,1	5,7	4,0	6,3

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

(el 56%). Este comportamiento en la respuesta puede estar determinado por razones de carácter sociológico, relacionadas con el hecho de que, entre este grupo de edad, la transmisión de hábitos deportivos ha calado mucho más que entre los mayores, gracias a la obligatoriedad con que la educación física se ha venido impartiendo desde los años setenta en la enseñanza primaria y secundaria, y gracias a otras políticas deportivas municipales dirigidas a la promoción de esta actividad. No obstante, se constata que la influencia de este motivo es mayor entre los hombres que entre las mujeres (63% frente a 45%),

TABLA 1.6

Motivos de no práctica deportiva, según grupos de edad y sexo

En porcentajes (multirrespuesta)

CATEGORÍAS	MOTIVOS DE NO PRÁCTICA					
	GRUPOS DE EDAD					
	JÓVENES			MAYORES		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Falta de tiempo	59,0	60,6	58,1	10,1	8,7	10,9
No le gusta o no le interesa	12,6	8,7	14,9	11,3	12,0	9,5
Por el trabajo	9,0	16,5	4,7	5,2	7,8	2,9
Por falta de dinero	0,8	0,0	0,9	0,8	0,9	0,7
Por pereza	9,6	11,0	8,8	5,9	6,1	5,8
Por motivos de salud	8,0	7,9	7,9	34,0	24,3	42,0
Realiza otras actividades	2,3	1,6	2,8	3,5	5,2	2,2
Por las cargas familiares	6,1	1,6	8,9	4,6	4,3	5,1
Por falta de costumbre	1,2	0,8	1,4	9,0	8,7	9,4
Por la edad	0,0	0,0	0,0	14,2	20,0	8,8
Falta de apoyo y estímulo	0,3	0,0	0,5	0,8	0,9	0,7
Por falta de instalaciones cercanas	1,2	0,0	1,9	6,7	3,5	9,5
Porque anda o camina	0,5	0,0	0,9	3,7	5,2	2,2
Porque se siente con salud	0,3	0,0	0,5	1,5	2,6	0,7
No le gusta salir de casa	0,2	0,0	0,5	0,7	0,0	1,4
Otras razones	4,2	3,1	4,7	2,9	1,7	3,6

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

algo, en todo caso, que está en concordancia con el carácter cerrado del deporte aún en nuestros días, que sigue teniendo una componente discriminatoria contra el sector femenino, como han demostrado distintas investigaciones (Blanchard y Cheska, 1986; Dunning, 2003; Pavón *et al.*, 2004; Puig y Soler, 2004; Moscoso, 2008). Por lo demás, la influencia del motivo «por mantener y/o mejorar la salud» no tiene excesiva importancia entre este grupo (15%), probablemente porque las condiciones de salud en esa etapa de la vida son suficientemente buenas. La única salvedad la proporciona la variable sexo, pues parece ser que entre las mujeres existe una mayor tendencia que entre los hombres a citar este motivo para referirse a la práctica deportiva (19% y 13%, respectivamente).

En lo que concierne a los **motivos de no práctica deportiva**, se detectan datos más relevantes aún. Entre los jóvenes, la «falta de tiempo» es la razón fundamental por la que no se practica deporte (59%) –pese a ello, se ha de tomar con la mayor prudencia posible este dato, ya que este grupo de población sigue siendo el que más deporte practica–. Otros motivos son expresados con mayor o menor relevancia, según el sexo de los jóvenes. Así, aparte de la «falta de tiempo», entre los hombres es un motivo de no practicar deporte «el trabajo» (17%), y entre las mujeres el hecho de que «no les gusta o les interesa» (15%) o «las cargas familiares» (9%). Estos datos manifiestan una clara división de roles, según el sexo de las personas (trabajo vs. hogar), que influye sobre la práctica del deporte entre los hombres y las mujeres; lo cual es una prueba inapelable de que, efectivamente, el deporte sigue encontrándose sujeto a determinantes sociales de carácter sexista. Precisamente, a este respecto se expresarán García Ferrando *et al.* (1998) de la siguiente manera: «Tradicionalmente, le ha correspondido al padre ser el agente socializador del *habitus* deportivo... La jerga deportiva está sobrecargada de alusiones a los atributos masculinos, como signo de fortaleza y virilidad. Por el contrario, los esquemas incorporados que han prevalecido en los procesos de presocialización de las mujeres han tenido a la madre como primer referente. Formas de hablar, de vestir, de jugar, etc., han ido configurando unas pautas de conducta que han enfatizado la sutileza, la ternura, la armonía o la estética en detrimento del vigor, la fuerza o el coraje. No resulta extraño, pues, que sean las mujeres las más reacias a formalizar su ejercitación física».

Mayores

En lo que atañe a los **motivos de práctica deportiva**, los mayores (en el estudio, personas mayores de 65 años) muestran una respuesta más difusa: «porque le gusta el deporte» (32%), «por mantener y/o mejorar la salud» (29%) y «por problemas de salud» (22%). Al igual que entre los jóvenes, entre los mayores la respuesta puede estar determinada por razones sociológicas y por las condiciones de salud y bienestar personal propias de esos tramos de edad. De ahí que, mientras los jóvenes sienten un gusto mayor por la práctica deportiva –debido a las razones aludidas–, los mayores emplean principalmente argumentos relacionados con la salud y el bienestar físico y psíquico. Sin embargo, entre los mayores también se observan algunas diferencias sobre

esta cuestión según su sexo: los hombres recurren más que las mujeres a los motivos «por mantener y/o mejorar la salud» (32% frente a 25%) y «por costumbre, porque siempre lo ha hecho» (12% frente a 3%); las mujeres, en cambio, emplean más que los hombres argumentos como «por bienestar físico y psíquico» (15% frente a 4%) y «por consejo médico» (13% frente a 4%) –no hemos de olvidar que son las mujeres mayores las que suelen ir a la consulta médica, salvo en caso de viudedad entre los hombres.

En lo que concierne a los **motivos de no práctica deportiva**, se detectan datos más relevantes: los dos principales motivos por los que no practican deporte los mayores son «la salud» (34%) y «la edad» (14%). Es decir, en el caso de los mayores, la concepción subjetiva sobre los problemas de salud que poseen es la principal barrera para la práctica deportiva, algo que choca directamente con lo que los facultativos en salud recomiendan. En efecto, la relación entre práctica deportiva y nivel tangible de salud es una relación empíricamente demostrada (Paffenbarger y Hide, 1988; Shephard, 1996; Alonso, 1997; Jiménez y Montil, 2006). Es más, la falta de ejercicio físico puede ser incluso causa de un empeoramiento de su estado de salud, por lo que ésta es una cuestión en la que han de seguir incidiendo las políticas en materia de deporte y de salud. Pese a ello, los datos también nos muestran que hay una diferencia substancial entre ser hombre o mujer mayor y la frecuencia con que se alude a estos motivos de no practica deportiva. Destaca sobremanera que entre las mujeres el motivo de la salud es más recurrente que entre los hombres (42% frente a 24%),⁽⁴⁾ como también lo es la falta de instalaciones cercanas (10% frente a 4%). Por su parte, los hombres citan en mayor grado que las mujeres los motivos «por la edad» (20% frente a 9%) y «por el trabajo» (8% frente a 3%).

Elementos sociológicos influyentes en la práctica del deporte

Las evidencias extraídas hasta ahora nos conducen a la segunda de las perspectivas de análisis indicadas para explicar la asimetría existente entre el elevado interés hacia el deporte y la escasa práctica deportiva. Esta segunda perspectiva se sumerge en elementos de carácter sociológico, a saber: la transmisión

(4) Un análisis de mayor profundidad sobre este dato permite descubrir que, entre las mujeres mayores que aluden a esta razón para explicar su no práctica del deporte, casi la mitad admite poseer dolores o molestias en alguna parte de su cuerpo, unos 15 puntos más que entre los hombres mayores que aluden a este mismo motivo. De ahí las diferencias encontradas en esa relación entre hombres y mujeres.

de valores de cultura deportiva (el proceso de socialización) y las condiciones de vida como factores determinantes en la práctica del deporte. Con este análisis se pretende exponer la necesidad de acabar, por parte de las administraciones y organismos públicos, con las rémoras que obstruyen el acceso a la práctica del deporte entre los distintos sectores de la población.

Numerosos autores han demostrado la influencia de la socialización en la realización de ejercicio físico deportivo (García Ferrando, 1986 y 2001), tanto a edades tempranas (Patriksson, 1996), cuanto en ciclos de vida posteriores (Martínez del Castillo *et al.*, 2006). Los principales descubrimientos han puesto de relieve que la práctica deportiva por parte de los progenitores es determinante en la realización de deporte (García Ferrando, 2001), como también lo es el hecho de haber disfrutado de un pasado activo (Martínez del Castillo *et al.*, 2006). Por otra parte, las condiciones sociales también son decisivas. Como han demostrado Rhodes *et al.* (1999), Collins (2003) y Donnelly (2003), elementos como la pertenencia a una u otra clase social, el nivel de instrucción o la ocupación influyen decididamente sobre la práctica de deporte.

En esta investigación se ha querido seguir las huellas de estos antecedentes, tratando de establecer relaciones, por un lado, entre socialización y práctica deportiva y, por otro lado, entre esta actividad y las condiciones de vida. Para analizar ambas relaciones, se han observado en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

En cuanto a la primera de estas relaciones, **socialización y práctica deportiva**, se ha comprobado la coincidencia entre la realización de deporte entre los encuestados y la práctica deportiva por parte de los padres (*«¿Me puede decir si alguno de sus padres practica o ha practicado algún deporte?»*). Como viene defendiendo tradicionalmente la sociología, la familia es el principal agente socializador de los patrones de conducta de los individuos, por delante del sistema educativo, el trabajo y las amistades. Por lo tanto, la transmisión de los valores culturales relativos al deporte se da desde momentos tempranos en el seno de esta institución. La incidencia de este proceso repercutirá en etapas posteriores en la práctica o no del deporte, como se puede constatar en los resultados obtenidos de la encuesta. Entre las personas que afirman realizar deporte, casi la mitad comparte la circunstancia de que sus padres también lo han practicado en el pasado o lo siguen haciendo. Sin embargo, entre quienes no lo practican, la situación es radicalmente opuesta: al menos ocho de cada

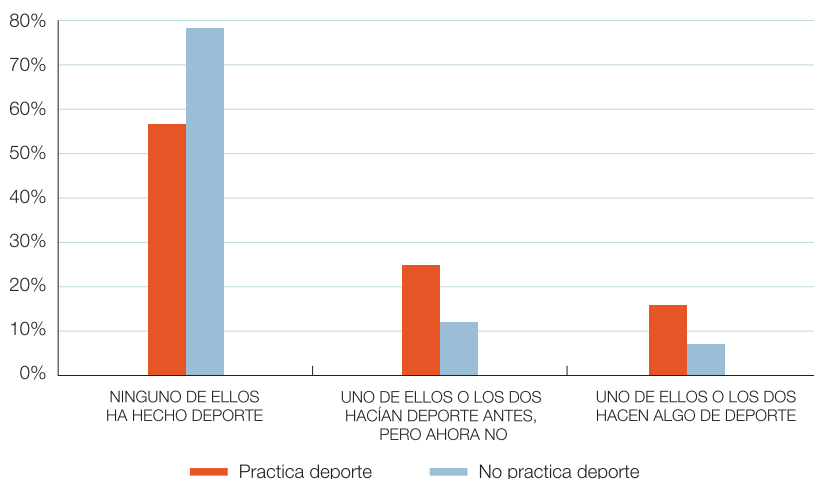
diez personas contestan que sus padres no han realizado deporte nunca. Por lo tanto, la correlación positiva de la práctica deportiva entre padres y descendientes es manifiesta (gráfico 1.2).

Por otra parte, algunos autores coinciden en afirmar que existe una relación entre el pasado activo y la práctica posterior del deporte (Rhodes *et al.*, 1999), algo en lo que suelen intervenir otras instituciones como el sistema educativo. Martínez del Castillo *et al.* (2006), por ejemplo, arguyen que «los procesos de la vida humana (experiencias pasadas y estilos de vida, entre otros) condicionan las actuaciones futuras en actividad física». De acuerdo con ello, se ha introducido una pregunta en el cuestionario que nos permitiera sondear esta hipótesis («Vamos a pensar en el pasado, ¿ha realizado alguna actividad física o deportiva... de niño, de joven, de adulto?»). Y así se ha podido ver que, en efecto, el porcentaje de quienes practican deporte en la actualidad es mucho mayor entre los que lo han realizado con anterioridad que en el caso contrario. La proporción prácticamente es de siete frente a tres (véase tabla 1.7).

GRÁFICO 1.2

Practicantes de deporte, según práctica o no de los padres

En porcentajes



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

TABLA 1.7

Practicantes de deporte, según práctica o no en el pasado

En porcentajes

	PRÁCTICA DEPORTIVA EN EL CICLO DE VIDA PASADO	PRÁCTICA DEPORTIVA EN EL PRESENTE	
		SÍ	NO
De niño	Sí	79,0	58,5
	No	20,7	40,9
De joven	Sí	73,5	41,7
	No	26,2	58,3
De adulto	Sí	72,4	22,1
	No	27,6	77,5

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Esta claridad con la que se expresa la relación entre práctica deportiva y socialización no alcanza un nivel suficiente de comprensión hasta no ser valorada la influencia de variables independientes como la edad. En este sentido, se puede decir que, en relación con los aspectos de la socialización que se han tratado, entre los **jóvenes**, casi seis de cada diez personas que afirman practicar deporte comparten el hecho de que sus padres también lo han practicado en algún momento de sus vidas. Además, en torno a nueve de cada diez practicantes dicen haberlo realizado también en la niñez y en la juventud. Por su parte, entre los **mayores**, sólo uno de cada diez encuestados que realiza deporte recuerda que sus padres también lo hiciesen, y en relación con su pasado, sólo cuatro de cada diez practicantes recuerdan haberlo hecho durante su niñez y juventud. No obstante, entre estos últimos, siete de cada diez dicen haberlo realizado en época adulta. Esto lleva a plantear la primera de las diferencias sociológicas que distinguen a jóvenes y mayores, en relación con la socialización de los valores y hábitos deportivos, a saber: mientras que los jóvenes se instruyeron en el deporte a través del sistema educativo –gracias a la implantación de la asignatura de educación física en los planes de estudios desde los años setenta en adelante–, los mayores lo han sido en momentos posteriores, gracias a «una resocialización vinculada al apoyo social percibido».

Estas evidencias conducen a las dos siguientes conclusiones. La primera constata la hipótesis de Mosquera y Puig (2002), quienes defienden que las diferencias de participación en la práctica deportiva observadas en el pasado entre

jóvenes y mayores no se debe a razones de orden «biológico», sino estrictamente de carácter generacional. Prueba de ello es el hecho de que, en el imaginario simbólico de la sociedad española, algunas personas mayores aún siguen compartiendo estereotipos y tópicos relativos al deporte que contienen connotaciones negativas sobre esta actividad; y eso a pesar de tratarse de un grupo de población con una insuficiente experiencia en la práctica del deporte, como para tener una posición crítica al respecto. Los datos obtenidos nos muestran que un 10% de las personas mayores creen que el deporte «es malo para el corazón», «empeora el estado general del cuerpo» y «es malo para los huesos», y para casi un 30% de estas personas el deporte «hace sentirse más ansioso/a» (véase tabla 1.8). Estos datos permiten refrendar la hipótesis sobre el «efecto generacional» en la escasa práctica del deporte entre las personas mayores. Por lo tanto, éste es uno de los frentes de batalla a los que debería dar solución la Administración, si desea que una parte más amplia de esta población se anime a practicar deporte en beneficio de su salud y bienestar personal.

La segunda conclusión corrobora parcialmente los resultados de otras investigaciones en las que se ha comprobado que, entre las personas mayores, el apoyo social dirigido a la promoción del deporte puede contribuir a modificar patrones culturales adquiridos (Chogahara, Cousins y Wankel, 1998; Graupera *et al.*, 2003), es decir, a introducir entre este grupo de personas valores y hábitos relacionados con la práctica del ejercicio físico y deportivo. Prueba de esto último es que, analizando cómo influye el consejo médico en la práctica

TABLA 1.8

Estereotipos sobre el deporte

En porcentajes

CATEGORÍAS	GRUPOS DE EDAD		TOTAL
	JÓVENES	MAYORES	
Es malo para el corazón	2,3	9,7	7,2
Permite conocer gente	96,9	93,5	95,8
Empeora el estado general del cuerpo	3,7	8,3	6,2
Permite sentirse más a gusto con uno mismo	95,8	90,5	95,7
Es malo para los huesos	5,8	9,5	6,1
Hace sentirse más ansioso/a	15,7	26,1	18,3
Es bueno para la salud	98,5	95,4	97,6

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

del deporte y del ejercicio físico entre este grupo de población, se detecta que este apoyo es importante. Esta influencia no la percibimos en el ámbito de la «práctica deportiva», pero sí, en cambio, en relación con el «paseo». Los datos permiten constatar que la recomendación médica no ejerce efecto alguno en la realización de deporte, pues sólo el 20% de las personas que dicen haber recibido esta recomendación médica lo realizan. Sin embargo, entre quienes han recibido el consejo de su médico para ello, al menos el 60% pasea. Esta cifra aumenta más en el caso de las mujeres, pues alrededor del 70% de las que han recibido la recomendación de hacer ejercicio físico o deportivo por parte de su médico afirman pasear.

Para abordar la segunda de las relaciones planteadas, **práctica deportiva y condiciones de vida**, en este trabajo se ha seguido el procedimiento empleado en anteriores investigaciones sobre este asunto (Martínez del Castillo *et al.*, 2006). En esas investigaciones, la corriente estructuralista ha tenido un importante peso, al arrojar luz sobre la influencia que tienen las estructuras sociales en las oportunidades de acción de los individuos.

Las dimensiones empleadas desde dicha perspectiva en esta parte de la investigación son el «nivel de estudios terminados», la «ocupación realizada» y los «ingresos». En todos los casos se observa una clara influencia de estas variables en la práctica del deporte. En lo que atañe a la primera de esas variables, el «nivel de instrucción», se aprecia que, entre quienes practican deporte, ocho de cada diez personas tienen estudios de segundo grado (57%) y tercer grado (21%), mientras que, entre quienes no practican deporte, siete de cada diez personas tienen estudios de segundo grado (42%) y primer grado (28%). De ello se deriva que la probabilidad de realizar deporte aumenta a la par que lo hace el nivel de estudios (tabla 1.9). Una posible explicación de este hecho es que quienes han realizado estudios durante una mayor parte de su vida se han podido encontrar más influidos por los canales de transmisión de valores y hábitos deportivos frecuentes en el ámbito educativo (enseñanza obligatoria de educación física en los niveles educativos de primer y segundo grado, oferta de equipamientos y actividades deportivas en los centros formativos de tercer grado, etc.). En este sentido, García Ferrando *et al.* (1998) señalan que «la escuela no fija y refuerza tan sólo determinados patrones de conducta, sino que, a través de una compleja red de relaciones simbólicas, consolida y hace brotar actitudes positivas frente a la práctica deportiva».

TABLA 1.9

Practicantes de deporte, según nivel de estudios terminados

En porcentajes

NIVEL DE ESTUDIOS	PRÁCTICA DEPORTIVA		TOTAL
	SÍ	NO	
Analfabetos	0,1	2,3	1,5
Sin estudios	6,1	18,9	14,2
Estudios primarios	14,7	27,7	22,9
Estudios secundarios	57,4	41,5	47,3
Estudios universitarios	21,3	9,5	13,9

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Por su parte, la variable «ocupación» también tiene una influencia decisiva. La mayor parte de quienes practican deporte proceden de los cuadros medios-altos (cuatro de cada diez). En el lado opuesto se encuentra el sector de los obreros, entre quienes son otro tanto los que no lo practican. Por otra parte, entre quienes poseen ocupaciones no reconocidas en el ámbito laboral, se observa que la situación de ser estudiante influye en practicar más deporte (un 60%), y que el hecho de ser ama de casa influye en practicar menos, pues entre este grupo, compuesto prácticamente por mujeres, sólo dos de cada diez lo realizan, algo que se aproxima a las evidencias obtenidas en otros estudios sobre la práctica del deporte entre este específico sector de población (Martínez del Castillo *et al.*, 2005) (tabla 1.10). En este sentido, diremos que este grupo plantea también un reto específico a las administraciones, de cara a facilitar su acceso a la práctica del deporte y el ejercicio físico.

Con todo, las evidencias muestran que existe algún tipo de relación entre la situación laboral y la ocupación de las personas, y la práctica o no de deporte. Ahora bien, las razones que explicarían esta relación no quedan al alcance de estas páginas, dado que los objetivos que se persiguen aquí son otros bien distintos. En todo caso, se puede contemplar una hipotética respuesta, que tiene que ver con la explicación que han empleado a veces estructuralistas como Pierre Bourdieu (1998), quien postula que la práctica del deporte responde a una elección en la que influyen el capital cultural y el capital económico de las personas, en base a lo cual, no sólo se opta por realizar o no deporte, sino también por el tipo de práctica que contribuya a distinguirse socialmente frente al resto, o bien a identificarse dentro de un determinado grupo. «Para

TABLA 1.10

Practicantes de deporte, según ocupación u otra situación laboral

En porcentajes

OCUPACIÓN/SITUACIÓN LABORAL		PRÁCTICA DEPORTIVA	
		SÍ	NO
Ocupados	Cuadros medios-altos	44,3	28,3
	Servicios	13,8	15,5
	Agricultura y Pesca	0,3	3,4
	Obreros	28,9	42,0
	Otros	11,2	8,7
Otra situación laboral	No ha trabajado, sus labores	22,6	77,4
	Desempleado, busca primer empleo	86,7	13,3
	Estudiante	60,0	40,0

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

comprender la distribución de la práctica de los diferentes deportes entre clases, sería necesario tomar en cuenta la representación que, en función de los esquemas de percepción y de apreciación que les son propios, las diferentes clases se hacen de los costes (económico, cultural y físico) y de los beneficios asociados a los distintos deportes, beneficios físicos inmediatos o diferidos (salud, belleza, fuerza), beneficios económicos y sociales (promoción social, etc.), beneficios simbólicos, inmediatos o diferidos, beneficios de distinción procurados por los propios efectos ejercidos sobre el cuerpo o por el acceso a grupos altamente selectivos que algunos de entre estos deportes abren» (*Ibid.*: 17-18).

En consonancia con lo anterior, la variable «ingresos económicos» también parece influir en la práctica del deporte. Entre los datos obtenidos se observa que, entre los que tienen ingresos superiores a los 1.000 euros, al menos la mitad realiza deporte, mientras que, entre quienes tienen ingresos inferiores a esta cantidad, cerca del 70% no lo practica (tabla 1.11). El nivel de ingresos es una variable que está en relación con el nivel de estudios, la situación laboral y la ocupación.

Al igual que ocurre con el análisis realizado sobre la relación entre socialización y práctica deportiva, aquí también se pueden apreciar algunas diferencias entre los jóvenes y los mayores. Entre los **jóvenes** se observa haberse producido ya el

TABLA 1.11

Practicantes de deporte, según nivel de ingresos

En porcentajes

NIVEL DE INGRESOS	PRÁCTICA DEPORTIVA		TOTAL
	SÍ	NO	
Menos de 1.000 euros	32,4	67,6	100,0
Más de 1.000 euros	51,6	48,4	100,0

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

proceso de democratización del deporte vivido en España entre finales de los años setenta y mediados de los noventa, por el que la enseñanza de la educación física se implantó de manera obligatoria, transmitiendo a las nuevas generaciones de españoles la cultura de la actividad física y del deporte –esta explicación es compartida por otros sociólogos que analizan el fenómeno deportivo (García Ferrando, Lagardera y Puig, 1998; Mosquera y Puig, 2003; Martínez del Castillo *et al.*, 2006)–. De ahí que entre los jóvenes no haya grandes diferencias entre quien realiza deporte y quien no, en función de sus condiciones de vida. Entre los **mayores** tampoco se contemplan en la práctica o no del deporte en el marco de la relación analizada. Probablemente, esto pueda deberse a que las condiciones de vida entre la mayor parte de este grupo de población son muy similares entre sí, por lo que los elementos diferenciadores de la estructura social no permiten distinguir entre quienes practican o no deporte y poseen unos u otros niveles de estudios, ingresos y ocupaciones. No en vano, en la encuesta realizada se constata que ocho de cada diez mayores no poseen estudios o poseen estudios de primer grado; la misma proporción han tenido la ocupación de obreros y amas de casa, y tienen ingresos menores de 1.000 euros. En consecuencia, el grupo que conforma esa clase social en la que existen condiciones más apropiadas para la práctica del deporte sólo supone alrededor de un 20% (entre los que se ubica el 7% de quienes realizan deporte entre este grupo).

Todas estas reflexiones se verán confrontadas en el análisis de segmentación realizado en el apartado 1.3, si bien en ese otro análisis ya no se considerará exclusivamente el peso del deporte, sino el de otras actividades que impliquen esfuerzo físico, como es el paseo y la actividad física en el trabajo. Además, el análisis de segmentación nos permitirá conocer si los estilos de vida entre la población española son más o menos sedentarios o activos.

La práctica de ejercicio físico en el tiempo de trabajo

Antes de entrar en el análisis de segmentación sobre los estilos de vida de la población española, se ha dedicado un breve esfuerzo en conocer el modo como se desarrolla su actividad laboral. Esta indagación ha ayudado justamente a disponer de mayores elementos de análisis de los estilos de vida de dicha población.

Como ya se ha comentado, uno de los rasgos característicos de los cambios ocupacionales producidos en la sociedad postindustrial ha sido la progresiva sustitución de los trabajadores de cuello azul por los de cuello blanco, es decir, la disminución de las ocupaciones que hacen uso del esfuerzo físico para su desarrollo y el aumento del número de las que tienen un carácter sedentario. Por tanto, lo más destacado de este cambio es la pérdida de relevancia del esfuerzo físico corporal en la mayoría de los trabajos actuales.

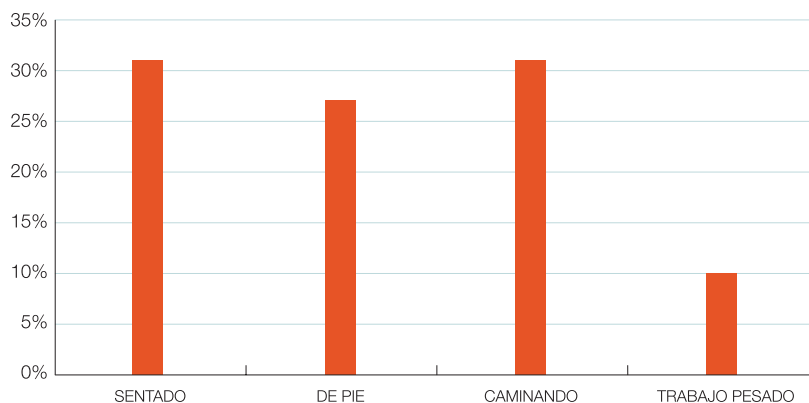
Para medir este hecho, en el cuestionario empleado introdujimos una pregunta que nos suministrara información al respecto: *«Sea cual sea su actividad principal (trabajo, labores del hogar, estudios u otras), ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?»*. Como puede verse en el enunciado, el criterio seguido en la redacción de la pregunta ha sido el de incluir entre los encuestados no sólo a quienes se encuentran ocupados, sino también a aquellas otras personas que realizan actividades no remuneradas y, por tanto, no reconocidas laboralmente, como las labores domésticas y los estudios. De esta forma, se llega a un mayor número de personas, aumentando la representación de la muestra de población.

Los resultados obtenidos con esta pregunta muestran que nueve de cada diez españoles se encuentran distribuidos por igual entre estar «sentado la mayor parte del tiempo» (31%), «caminando, con desplazamientos frecuentes» (31%) y «de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer grandes esfuerzos» (27%). Sólo uno de cada diez realiza «trabajos pesados, con grandes esfuerzos físicos» (gráfico 1.3). En consecuencia, se observa que dos tercios de la población española desarrollan ocupaciones sedentarias, al pasar la mayor parte de la jornada laboral sentados o de pie sin hacer esfuerzos (estudiando, al volante de un vehículo, ante la pantalla del ordenador, detrás de una ventanilla, en el mostrador de un comercio, etc.). Esta frecuencia, si es valorada junto con la escasa proporción de personas que practican deporte o la creciente realización

GRÁFICO 1.3

Sea cual sea su actividad principal, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?

En porcentajes



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

de actividades de ocio pasivo, confirma el predominio de un estilo de vida sedentario en el seno de la sociedad española. En todo caso, estos resultados se comentarán en el siguiente apartado de este capítulo.

La frecuencia de respuesta muestra distintos comportamientos si se cruza con una serie de variables independientes que contienen una significación particular. Para mostrar el peso de estas variables, en lo que sigue se emplearán categorías polares de referencia (véase tabla 1.12). Por ejemplo, los tipos de trabajo suelen tener relación con el tamaño de los municipios. En las zonas rurales suelen abundar más que en las grandes ciudades los trabajos que exigen esfuerzo físico, mientras que en las grandes ciudades predomina más que en las zonas rurales el trabajo sedentario. Los resultados de esta investigación no expresan diferencias tajantes, aunque queda claro que es mayor el número de quienes afirman realizar trabajo pesado y residen en municipios de menos de 5.000 habitantes (11%) que quienes realizan el mismo tipo de actividad y residen en ciudades de más de un millón (8%). En cambio, mayores son las diferencias entre quienes pasan la mayor parte de la jornada laboral sentados, según si viven en las grandes ciudades o en los pequeños municipios, 34%

TABLA 1.12

Tipo de actividad física que se realiza en el trabajo

En porcentajes

		SENTADO	DE PIE	CAMINANDO	TRABAJO PESADO
Tamaño municipio	Menos de 5.000	26,4	27,0	33,9	10,7
	Más de 1 millón	34,2	26,3	30,0	7,7
Nivel de estudios	Primaria	25,6	25,6	34,3	12,7
	Superiores	52,0	21,0	22,8	3,2
Edad	Jóvenes	30,7	22,8	27,2	17,7
	Mayores	30,0	36,5	30,0	0,6
Sexo	Hombre	31,2	20,5	30,8	16,2
	Mujer	28,4	33,4	31,5	5,0

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

y 26% respectivamente. Este dato se corresponde con la mayor actividad del sector terciario que suele darse en las ciudades y con la mayor actividad del sector primario que predomina en los pequeños pueblos.

Otra relación entre el tipo de actividad física que se realiza en el ámbito laboral viene determinada por el nivel de estudios del trabajador. En general, el nivel de estudios suele condicionar el tipo de trabajo que puede realizar una persona. La investigación realizada muestra que sólo un 3% de quienes tienen estudios superiores realiza trabajos pesados, mientras que, entre quienes poseen estudios primarios, esta actividad la realiza el 13%. En el lado opuesto se sitúan las personas con mayor nivel de estudios, entre los que el 52% pasa la mayor parte de su jornada laboral sentado, una cifra muy diferente de quienes realizan de esta forma su trabajo y poseen estudios de primer grado, que representan la mitad de éstos (el 26%). Ello significa que la probabilidad de tener una vida sedentaria, determinada por la actividad física que se realiza en el trabajo, es mucho mayor a medida que aumenta el nivel de estudios de las personas.

La edad y el sexo suelen tener relación también con el tipo de actividad que se realiza durante la jornada laboral. En general, se observa que el perfil de quienes realizan trabajos pesados está caracterizado por la condición de ser joven y hombre. Así mismo, es notable que quienes pasan la mayor parte de la

jornada laboral de pie suelen ser los mayores y las mujeres. En relación con el primer dato, la explicación podría encontrarse en el gran número de hombres jóvenes ocupados en el sector de la construcción, un sector muy masculinizado y, por cierto, enormemente importante en los últimos años en España, donde la actividad física laboral es de carácter corporal. En lo que atañe al segundo dato, éste se explicaría por el gran número de personas mayores, en general mujeres, que, en época de jubilación, desarrollan una intensa actividad en las labores domésticas y en el cuidado de personas de su entorno (su marido, los nietos, etc.).

Sobre las implicaciones de esta actividad física laboral en la salud y el bienestar personal no se entrará en este momento, puesto que esa relación será analizada en capítulos posteriores de este trabajo. En todo caso, quisiéramos trasladar una reflexión sobre este asunto: es evidente que la realización de uno u otro tipo de actividad física en el ámbito laboral motiva la aparición de enfermedades y lesiones entre los trabajadores, muchas de las cuales son causa de baja laboral. La importancia en nuestros días de las actividades laborales que se desenvuelven sentados la mayor parte del tiempo –considerando el hecho de que el trabajo supone un tiempo importante de nuestra vida diaria–, derivará progresivamente en un incremento de los problemas de salud física y psíquica asociados al sedentarismo en el trabajo. Por ello, la falta de actividad física corporal plantea un reto sin precedentes a las administraciones públicas y las empresas, puesto que, si no se garantizase en el futuro mediante fórmulas adecuadas, probablemente los costes materiales y organizativos para el sistema sanitario y para las compañías de seguros de las empresas, serán cada vez mayores.

1.3. Ciudadanos activos y ciudadanos sedentarios

En este apartado se pretende determinar el nivel de actividad y sedentarismo que define los estilos de vida de la sociedad española. Hasta ahora se han analizado datos parciales sobre este aspecto, a partir de las actitudes y comportamientos respecto al ocio y el tiempo libre, el deporte y la actividad física. En lo que sigue se precisará aún más sobre este extremo, basándonos en los datos extraídos de la encuesta. Para ello hemos desarrollado un sistema de operacionalizaciones, consistente en otorgar una serie de valores a un conjun-

to de variables, estableciendo a partir de ellas un índice (el *Índice del Estilo de Vida* [IEV]) (véanse tablas 1.13, 1.14 y 1.15). Este índice se calcula mediante la fórmula que sigue:

$$IEV = \Sigma [Dimensión activo/a] + \Sigma [Dimensión sedentario/a]; \text{ límites: } +3; -3$$

Σ [Da] es la suma de las ponderaciones de los indicadores de la dimensión activo/a;

Σ [Ds] es la suma de las ponderaciones de la dimensión de sedentario/a.

La lectura del índice construido para analizar el estilo de vida que predomina entre los españoles debe hacerse desde las siguientes directrices. La distribución de frecuencias del *Índice del Estilo de Vida* (IEV) (tabla 1.16 y gráfico 1.4) distingue a los que se caracterizan por tener un estilo de vida sedentario de los que, en cambio, podrían considerarse activos. Entre los sedentarios se encuentran los que presentan valores comprendidos entre -1 y -3 y, entre los activos, se encuentran los que se sitúan entre los valores 1 y 3 . Como cabía esperarse, a tenor de los datos analizados hasta ahora, la mayor parte de los españoles comparte un estilo de vida sedentario. En otras palabras, seis de cada diez **ciudadanos** son **sedentarios**, es decir, «no caminan con mucha frecuencia (o simplemente no lo hacen), no practican deporte o sólo lo hacen de manera esporádica, y pasan la mayor parte de la jornada laboral sentados o de pie, sin realizar grandes esfuerzos». En el lado opuesto se sitúan los **ciudadanos activos** (el 39%), que «suelen

TABLA 1.13

Variables empíricas de la dimensión activo/a

	DIMENSIÓN DE ACTIVIDAD	SUBDIMENSIÓN DE ACTIVIDAD	
Andar o caminar	Independientemente de que usted practique o no deporte, ¿suele andar o pasear más o menos deprisa?	<i>Sí.</i>	<i>Todos o casi todos los días; dos o tres veces a la semana.</i>
Deporte	Sin incluir el pasear, ¿practica usted actualmente algún deporte?	<i>Practica uno; practica varios.</i>	<i>Todos o casi todos los días; dos o tres veces a la semana.</i>
Actividad principal	Sea cual sea su actividad principal (trabajo, labores del hogar, estudios), ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?	<i>Caminando, con desplazamientos frecuentes; realizando trabajo pesado, con grandes esfuerzos físicos.</i>	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

TABLA 1.14

Variables empíricas de la dimensión sedentario/a

	DIMENSIÓN DE ACTIVIDAD	SUBDIMENSIÓN DE ACTIVIDAD	
Andar o caminar	Independientemente de que usted practique o no deporte, ¿suele andar o pasear más o menos deprisa?	<i>Sí.</i>	<i>Sólo los fines de semana; sólo en vacaciones; de vez en cuando, cuando tiene tiempo o se acuerda.</i>
		<i>No.</i>	
Deporte	Sin incluir el pasear, ¿practica usted actualmente algún deporte?	<i>Sí.</i>	<i>Sólo los fines de semana; sólo en vacaciones; de vez en cuando, cuando tiene tiempo o se acuerda.</i>
		<i>No practica ninguno.</i>	
Actividad principal	Sea cual sea su actividad principal, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?	<i>Sentado la mayor parte del tiempo; de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer grandes esfuerzos.</i>	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

TABLA 1.15

Coefficientes de ponderación del Índice del Estilo de Vida

CAMINAR		DEPORTE		ACTIVIDAD DIARIA	
CATEGORÍA	COEFICIENTE	CATEGORÍA	COEFICIENTE	CATEGORÍA	COEFICIENTE
«Todos los días o casi todos los días; dos o tres días a la semana»	+1	«Todos los días o casi todos los días; dos o tres días a la semana»	+1	«Caminando, con desplazamientos frecuentes; realizando trabajo pesado, con grandes esfuerzos físicos»	+1
«No»; «sólo los fines de semana; sólo en vacaciones; de vez en cuando»	-1	«No»; «sí; sólo los fines de semana; sólo en vacaciones; de vez en cuando»	-1	«Sentado la mayor parte del tiempo; de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer esfuerzos»	-1

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

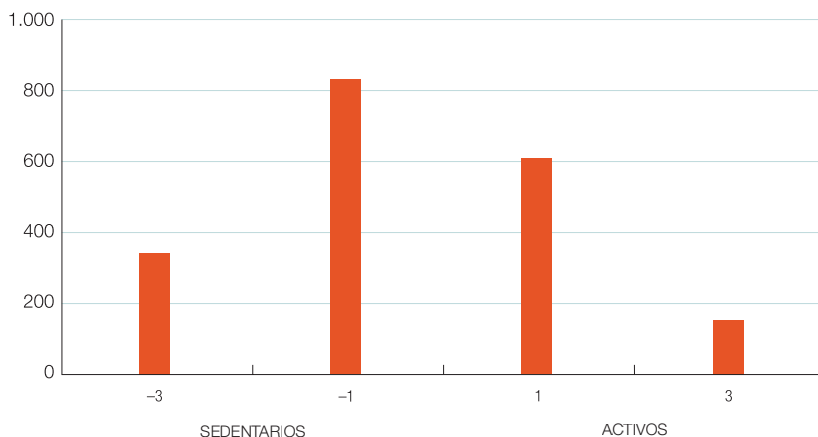
TABLA 1.16

Frecuencias del Índice del Estilo de Vida

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
-3	343	17,6	17,6
-1	835	43,0	60,6
1	611	31,5	92,1
3	154	7,9	100,0
Total	2.018	100,0	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

GRÁFICO 1.4

Clasificación de la población española en el Índice del Estilo de Vida (IEV)

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

caminar habitualmente, realizan deporte al menos tres veces a la semana y pasan su tiempo de trabajo caminando con desplazamientos frecuentes o realizando trabajo pesado».

El cruce de los valores del índice con los de las variables independientes empleadas para detectar posibles variaciones (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral y práctica de deporte por parte de los padres), en función del peso relativo de cada una de ellas, dan como resultado en todo momento el afianzamiento del sedentarismo en nuestras vidas. Sin embargo, la

relevancia de este estilo de vida es algo menor entre ciertos sectores de población. Atendiendo a la **edad**, los mayores participan mucho más que los jóvenes de un estilo de vida sedentario (70% frente a 50%), algo que se ha podido comprobar con anterioridad. Aun así, el porcentaje de jóvenes sedentarios es lo suficientemente alto como para que despierte la preocupación de la Administración española, en previsión de los problemas que este hecho acarreará en el futuro. Por su parte, la introducción de la variable **sexo** muestra que las mujeres participan más que los hombres de los hábitos y comportamientos sedentarios (64% frente al 57%). Esta constatación es vista con normalidad, dado que hay un amplio sector de la población femenina, sobre todo entre los grupos de mayores, cuya dedicación a las labores del hogar se encuentra unida al estar de pie la mayor parte del tiempo y la escasa disponibilidad de tiempo libre, por tanto, para realizar ejercicio físico deportivo. El **estado civil** parece ser que también influye en este aspecto, puesto que quienes se encuentran solteros o conviven con la pareja tienen una vida menos sedentaria que quienes están casados, divorciados, separados o viudos. Probablemente, esta situación se debe a la mayor disponibilidad de tiempo libre por parte de éstos, al tener menos responsabilidades familiares. En ese sentido, en este grupo es muy posible que se encuentren la mayor parte de los jóvenes, muchos de ellos estudiantes aún. La **situación laboral** influye de la misma manera: quienes trabajan o estudian son menos sedentarios que las amas de casa y los desempleados. Respecto a esta última relación, quienes poseen **estudios** de segundo o tercer grado participan de un estilo de vida más activo que los que tienen menos estudios. Evidencias analizadas anteriormente ponían de relevancia el papel de la educación en la transmisión de valores y hábitos deportivos. Por último, los que han visto **practicar deporte a sus progenitores** son mucho más activos que quienes no han vivido esta circunstancia (51% y 64%, respectivamente) –resultado obvio, dado el peso de la familia en la socialización de los individuos.

A partir de esta primera incursión, y haciendo uso del programa informático ANSWER TREE, se ha realizado un análisis de segmentación multivariante del *Índice de Estilo de Vida*. Este análisis permite, por un lado, asociar los estilos de vida entre distintos sectores de la población y, por otro lado, determinar cuáles son las variables que explican mejor la concurrencia en uno u otro estilo de vida. Los resultados muestran cómo sólo tres de las seis posibles variables introducidas en el análisis pronostican cambios en el estilo de vida:

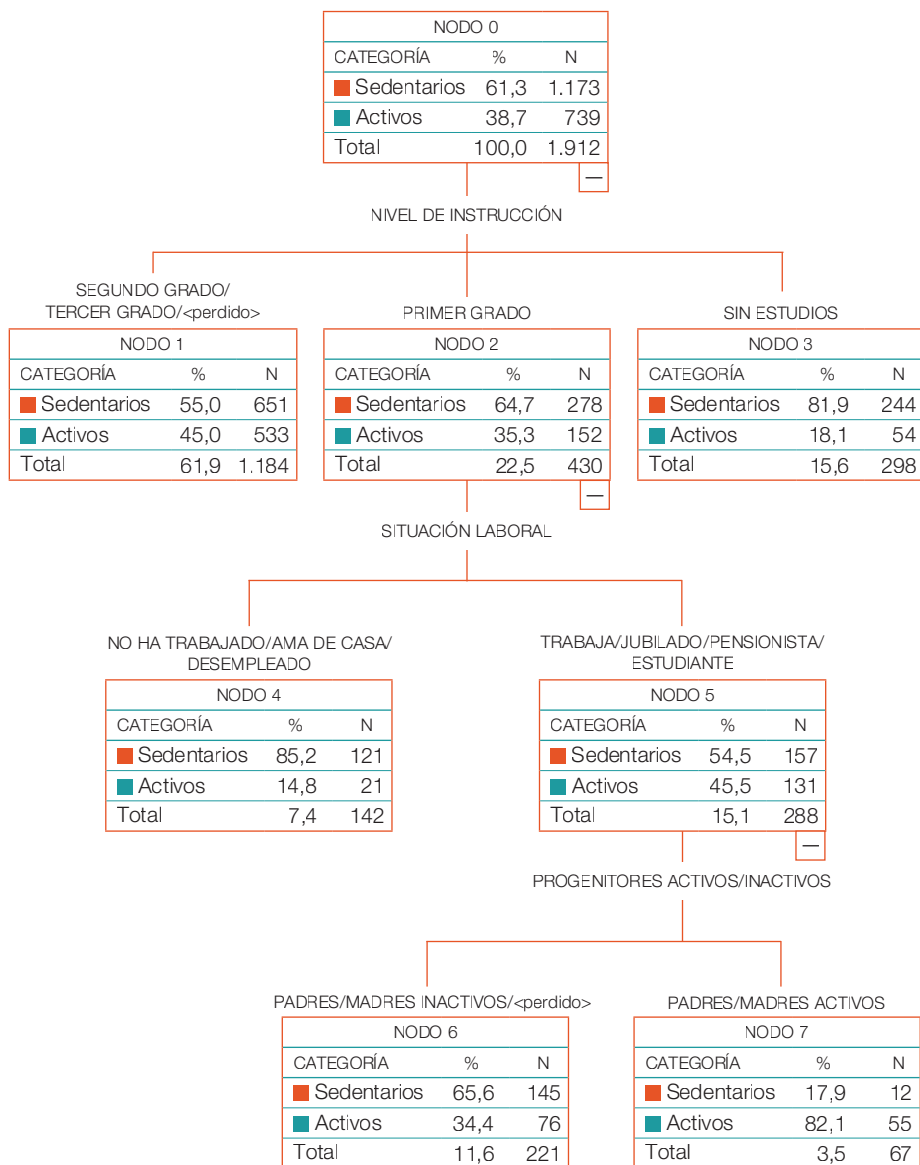
el nivel de instrucción, la situación laboral y la procedencia de progenitores activos o inactivos. El análisis no revela grandes diferencias entre los distintos grupos terminales (gráfico 1.5 y tabla 1.17), sino más bien constata el arraigo de un estilo de vida sedentario en el seno de la población española. Pero la segmentación en función de diferentes variables permite dilucidar los diferentes grados de participación de los españoles dentro de esa tendencia predominante. En concreto, se observa que, a medida que aumenta el nivel de instrucción, menor es la diferencia entre quienes tienen un estilo de vida sedentario y activo (un 55% y un 45%, respectivamente), y cuanto menor es el nivel de instrucción, mayor es también el número de personas sedentarias. En estos dos grupos se concentra la octava parte de la población española. Se ve, por tanto, que el nivel de instrucción –uno de los principales mecanismos de socialización de los valores y hábitos de vida– es la variable que mejor explica el estilo de vida de la población. Esto estaría en correspondencia con las evidencias obtenidas anteriormente.

Pero será la posición intermedia la que permita realizar una interpretación más detallada de esta segmentación. El gráfico 1.5 y la tabla 1.17 muestran que las personas agrupadas en esta segmentación con un nivel de instrucción media-baja (estudios primarios) conforman tres grupos terminales, en los que el predictor con más peso, que ejerce de filtro, es la situación laboral. Esta variable diferencia a un grupo que incluye a quienes no han trabajado, los desempleados y las amas de casa, entre los que hay un predominio prácticamente absoluto de sedentarios; y otros dos grupos compuestos por quienes estudian, trabajan o están jubilados, y, según tengan padres y madres con pasados activos o inactivos, serán más sedentarios (los primeros, entre los que lo son un 66%) o más activos (los segundos, que suponen el 82%). Con lo cual, junto con el nivel de instrucción, la segunda variable con mayor influencia en los estilos de vida es la situación laboral. En efecto, la situación laboral que, por cierto, está en relación con los niveles de instrucción, los recursos económicos y el tiempo libre disponible condiciona. Es, por ello, una variable determinante en los estilos de vida. Por lo demás, no entramos en mayor profundidad en el hecho de que el haber tenido padres o madres activos es decisivo para que nosotros también lo seamos; y a la inversa.

Una de las cuestiones que más nos llaman la atención de esta segmentación es que la variable edad no aparece como elemento diferenciador de estilos

Análisis segmentado de los estilos de vida de la población española

ÍNDICE DE ESTILO DE VIDA



Nota: Se han incluido en el gráfico únicamente las variables que generan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con la prueba chi-cuadrado y tomando un nivel de significación $p < 0,001$.

Fuente: Estudio E0727 IEA-CSIC.

TABLA 1.17

Grupos resultantes de la segmentación del Índice del Estilo de Vida

GRUPOS	N	% TOTAL	% SEDENTARIOS	% ACTIVOS
Personas sin estudios	298	15,6	81,9	18,1
Personas que presentan un nivel medio-alto de instrucción	1.184	61,9	55,0	45,0
Personas con un nivel de instrucción medio-bajo, que no trabajan, están desempleados o se dedican a sus labores	142	7,4	85,2	14,8
Personas con un nivel de instrucción medio-bajo, que son estudiantes, trabajan o están jubilados y cuyos progenitores eran inactivos	221	11,6	65,6	34,4
Personas con un nivel de instrucción medio-bajo, que son estudiantes, trabajan o están jubilados y cuyos progenitores eran activos	67	3,5	17,9	82,1
Total	1.912	100	61,3	38,7

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

de vida. En este capítulo se ha mostrado que la edad es fundamental para comprender el desigual comportamiento de la población en la práctica del deporte. Los jóvenes realizan con mayor frecuencia que los mayores actividades deportivas. Por lo tanto, se hubiera esperado que esta variable tuviera un mayor peso en la predicción de los distintos estilos de vida agrupados que se dan en la población española. Debe tenerse en cuenta, en todo caso, que el superior número de personas mayores que caminan o andan diariamente y el incremento del número de jóvenes que pasan buena parte de su tiempo sentados, a medida que realizan progresivamente menos deporte, puede influir en que, en última instancia, el peso de la edad pierda influencia frente a otras variables independientes tales como el nivel de instrucción de las personas. Sólo de esa manera puede explicarse que en el análisis de segmentación sobre los estilos de vida activos y sedentarios realizado se haya desechado su influencia.

En este punto tampoco se entrará en analizar la relación entre estilo de vida y salud, y bienestar personal, porque ésta es precisamente una de las tareas que se desarrollan en los restantes capítulos de esta primera parte.

1.4. Las paradojas de la modernidad y sus consecuencias en las condiciones de vida

Los cambios vividos en España en las últimas décadas del siglo xx fueron decisivos para la difusión del deporte entre la población. De ser considerada una actividad minoritaria y clasista, se ha convertido hoy en uno de los principales elementos de nuestra vida cotidiana, junto con otras prácticas de ocio. A ello contribuyó su difusión a través del sistema educativo y las iniciativas públicas adoptadas tras la entrada en democracia.

Estas circunstancias no explican por sí solas la importancia adquirida por el deporte en las postrimerías del siglo xx. Ciertamente es que su relevancia tiene mucho que ver con el papel ejercido por el deporte espectáculo, gracias a la retransmisión de las competiciones y a la publicación de noticias deportivas a través de los medios de comunicación de masas. Pese a ello, probablemente no muchas personas hubieran imaginado hace dos décadas cuánto furor provocaría hoy, en una sociedad como la española, la práctica de actividades físicas y deportes como el aquaerobic o el *hidrogym*, el yoga o el *pilates*, el *power dumbbell* o el *spinning* en los gimnasios deportivos de pueblos y ciudades. Tampoco hubieran imaginado encontrar repletas de hombres y mujeres de más de setenta años las instalaciones deportivas de los ayuntamientos españoles, o la aparición de modas como «caminar» alrededor de los pueblos para mejorar nuestra salud.

Estos hechos ponen sobre la mesa una doble circunstancia, que probablemente sea lo que mejor resuma y explique la tendencia vivida en la práctica del deporte en la actualidad. Los cambios sociales, culturales, políticos y económicos por los que ha pasado el país en su historia reciente han sido determinantes para la difusión del deporte, entendiéndolo como un logro más en el proceso de democratización. Sin embargo, y ésta es la segunda circunstancia, que se presenta como algo paradójica, esos mismos cambios han proveído un estilo de vida cada vez más sedentario en el seno de la sociedad española, lo que nos ha llevado a la larga a adquirir conciencia de la necesidad de realizar deporte

para compensar la falta de ejercicio físico. En todo caso, ambas circunstancias se corresponden en tiempos con el predominio de dos concepciones del deporte muy distintas:

- La primera, la denominada «concepción elitista del deporte», en la que esta actividad se promocionaba pensando en la competición, por lo que no todo el mundo podía ver en ella una referencia para reproducirla en sus hábitos de vida («el deporte es de gente joven», «el deporte es para quien tiene cualidades»).
- La segunda, la concepción del deporte orientado a la mejora de la salud y al mantenimiento de la forma física, emergente en esta fase de aumento del sedentarismo, responde a estas nuevas circunstancias y, por lo tanto, en ella se ve identificado un mayor número de personas.

El problema que encontramos en nuestros días es que, ya sea por el predominio de unos valores en los que la concepción elitista del deporte sigue estando muy presente aún, como también otros valores tradicionales (el reparto de roles entre hombres y mujeres, los estereotipos negativos hacia la práctica del deporte entre las personas mayores, etc.), o ya sea porque los ritmos precipitados de nuestras vidas y las actividades sedentarias nos tienen atrapados, encontramos numerosas barreras que nos impiden practicar deporte y actividad física (la falta de tiempo libre, el trabajo, el cuidado de otras personas, etc.), aun teniendo conciencia de su importancia y de la necesidad de realizarla. Ello supondrá un doble perjuicio, por cuanto no se disfruta de sus beneficios físicos, psíquicos y sociales, a la vez que nos genera frustración por la insatisfacción de tal necesidad.

Este conflicto entre el ser y el poder ser ilustra muchos de los sentimientos que deben padecer hoy las personas, en relación con la práctica del ejercicio físico deportivo u otras actividades afines, y, en consecuencia, es igualmente ilustrativo de los estados de ánimo que acompañan a la tensión generada por la conciencia de nuestras limitaciones materiales (en forma de tiempo y recursos) y la necesidad de obtener salud y calidad de vida. Ésta es precisamente la brecha sobre la que ha de intervenir la Administración en una cuestión tan trascendental para nuestras vidas.

El análisis realizado en este capítulo ilustra claramente estas circunstancias. El tratamiento de los datos cuantitativos obtenidos mediante la encuesta ma-

nifiesta que, pese al gran interés que muestra la ciudadanía hacia el deporte y el ejercicio físico, en la práctica es escaso el número de personas que realizan estas actividades en su tiempo libre, en el tiempo estrictamente deportivo —entendido como un hábito de vida cotidiano— y durante la jornada laboral.

En lo que atañe a la práctica del deporte y el ejercicio físico durante el **tiempo libre**, como se ha observado, está sujeta a una serie de cambios experimentados en las formas de relación, la organización del trabajo, la estructura familiar y la propia concepción y empleo de ese tiempo. Así, se constata que algunas prácticas de ocio de carácter físico (como pasear y hacer deporte) tienen hoy tanto peso como otras de carácter social (estar con la familia, los amigos o la pareja).

Esta tendencia se produce en todas las edades, si bien adquiere un protagonismo especial entre los mayores. En efecto, entre éstos, a diferencia que entre los jóvenes, la realización de actividades de ocio de carácter físico es más importante que otras prácticas de ocio, siendo la más referenciada. Esto podría explicarse por el hecho de que los mayores «pasean» mucho más que los jóvenes, máxime en una época en la que los jóvenes pasan más tiempo sentados. A su vez, los mayores parecen haber cobrado mayor independencia con respecto a las cargas familiares, pues las actividades de ocio de carácter social ocupan una menor parte de su tiempo libre que entre los jóvenes (30% y 65%, respectivamente), quienes aún conviven con sus familias y se relacionan más con sus amigos y parejas. La edad y el nivel de ingresos también suponen dos serios discriminantes que influyen en la misma tendencia apuntada: las mujeres y quienes poseen menores ingresos realizan menos actividades de ocio de carácter físico.

En lo que concierne a la práctica del **deporte como hábito cotidiano en nuestra vida**, destaca la asimetría existente entre el interés que expresa la población por esta actividad (al menos ocho de cada diez personas afirman sentir este interés) y el porcentaje de personas que lo realizan (menos de cuatro de cada diez). Para comprender esta asimetría, se han analizado los motivos que emplean habitualmente las personas para justificar tanto la práctica como la inactividad en el deporte. En relación con los «motivos de práctica deportiva», la población coincide mayoritariamente en los vinculados al papel de la socialización y la salud, destacando en especial las respuestas «porque le gusta el deporte» (52%) y «por mantener y/o mejorar la salud» (20%). En relación con

los «motivos de no práctica deportiva», parecen tener mayor influencia los de carácter práctico («la falta de tiempo», «el trabajo» y «las cargas familiares») y los vinculados al papel de la socialización («no le gusta, no le interesa», «le da pereza», «falta de costumbre», etc.). Entre éstos, sobresale especialmente la «falta de tiempo» (38%), aunque también son importantes, a cierta distancia, «los motivos de salud» (18%).

Tanto los jóvenes como los mayores comparten en cierto grado estas respuestas, si bien han de resaltarse algunas diferencias observadas. En cuanto a los «motivos de práctica deportiva», aunque «el gusto por el deporte» es la principal respuesta en los dos grupos de población (56% y 32%, respectivamente), entre los jóvenes tiene mayor peso. Entre los mayores, además, las respuestas «por mantener y/o mejorar la salud» (29%) y «por problemas de salud» (22%) también son importantes, a diferencia de lo que ocurre entre los jóvenes. La variable sexo hace que el peso de la respuesta «el gusto por el deporte» sea menos relevante entre las mujeres que entre los hombres, sobre todo entre las mujeres mayores. En cuanto a los «motivos de no práctica deportiva», la «falta de tiempo» es el principal motivo aludido entre los jóvenes (59%), pero no sucede lo mismo entre los mayores, entre los cuales los principales motivos aludidos son la «salud» (34%) y la «edad» (14%). Nuevamente, la variable sexo manifiesta diferencias entre hombres y mujeres en la no práctica del deporte, pues, mientras que entre los primeros, además de la «falta de tiempo», influye el motivo «por el trabajo», entre las mujeres tienen mayor peso los motivos «no le gusta el deporte», «las cargas familiares» y la «falta de instalaciones cercanas». El motivo «salud» es empleado mucho más específicamente entre las mujeres mayores que entre los hombres mayores.

Todas estas razones referidas a la práctica y no práctica del deporte tienen alguna explicación sociológica, si se atiende a factores relativos al proceso de socialización y a las condiciones de vida. Así, por un lado, los análisis realizados han puesto de manifiesto una relación positiva entre la realización de deporte por parte de los progenitores de los encuestados y éstos. También es positiva la relación analizada sobre la influencia de haber practicado deporte en otras etapas anteriores de la vida. Ambas relaciones adquieren mayor significación entre los jóvenes que entre los mayores, en lo que seguramente haya influido la extensión de la educación física entre las generaciones más jóvenes, tal como ya se ha apuntado. Por otro lado, al contemplar las condiciones

sociales a partir de variables como el nivel de instrucción, la ocupación y los ingresos, se ha constatado que, a medida que aumenta el nivel de instrucción y los ingresos y que mejora el tipo de cualificación en la ocupación laboral que se desempeña, también aumenta el número de personas entre las que se practica deporte. Por lo tanto, socialización y condiciones de vida son elementos determinantes en la comprensión de la práctica o no de esta actividad.

Finalmente, en lo que tiene que ver con la **actividad física que se realiza durante nuestra ocupación principal**, los datos revelan que la mayor parte de la población realiza actividades que no implican grandes esfuerzos físicos corporales. La mayoría se encuentra en las siguientes situaciones: «pasar sentado la mayor parte del tiempo», «caminando, con desplazamientos frecuentes» o bien «de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer grandes esfuerzos». En otras palabras, existe una alta proporción de personas que realizan tareas sedentarias. Aunque ésta es la tendencia general, la introducción en los análisis de variables independientes como el tamaño de residencia, la edad y el sexo o el nivel de instrucción proveen algunas diferencias sobre esta cuestión entre distintos grupos de población, sobre las que ya hemos hecho referencia expresa.

El análisis de la práctica de actividad física y deporte en los tres ámbitos analizados ha permitido hacerse una idea general sobre el **estilo de vida** que predomina en el seno de la población española. No obstante ello, en el último apartado se han agrupado los principales indicadores referidos a cada uno de esos ámbitos, a fin de elaborar un índice con el que determinar con mayor precisión cuál es el estilo de vida más característico de esta población. El resultado de este análisis muestra que la mayor parte de los ciudadanos españoles tienen un estilo de vida sedentario (seis de cada diez), por cuanto no caminan o no lo hacen con mucha frecuencia, no practican deporte o no lo realizan suficientemente y pasan la mayor parte de la jornada laboral sentados o de pie, sin realizar grandes esfuerzos. Aunque esta tendencia es general, la realización de un análisis de segmentación a partir de este índice muestra que el sedentarismo está más asentado entre quienes tienen menores niveles de instrucción, se encuentran desempleados o trabajan en el hogar y sus progenitores no han practicado ninguna actividad deportiva. Estas evidencias coinciden con las conclusiones extraídas de contrastar la práctica de actividad física y deporte en diferentes ámbitos de nuestra vida.

II. Estilos de vida y percepción del estado de salud

La preocupación por la salud y su análisis son tan antiguos como la humanidad. No obstante, la forma en la que se ha concretado ha sido muy diferente a lo largo de la historia. Desde la concepción mágica o sobrenatural de nuestros antepasados, hasta la científico-epidemiológica y psicosocial actual, el ser humano intenta comprender qué afecta a su bienestar físico y psicológico, teniendo como último objetivo incrementar la esperanza de vida: **aumentar años a la vida**. Actualmente, en las sociedades occidentales más desarrolladas, la esperanza de vida ha alcanzado estándares jamás conocidos con anterioridad,⁽¹⁾ lo cual ha generado multitud de nuevas realidades y fenómenos sociales. Son muchas las voces que reflexionan sobre los problemas que se asocian a tales fenómenos y que, en el ámbito de la salud, comienzan a señalar como prioritario un nuevo objetivo. Éste se podría concretar en aumentar el bienestar y la calidad de vida más que los años de vida: **aumentar vida a los años**. Desde esta perspectiva se analizan las conductas sociales, culturales e individuales vinculadas con estilos de vida que muestran estar relacionados con la salud, entendida no sólo como resultado sino como proceso.

Situados en este marco conceptual, la promoción de la salud no corresponde únicamente a las autoridades sanitarias ni pertenece exclusivamente al ámbito de las prestaciones o servicios sanitarios. Necesariamente ha de apuntar a una visión más integral de la salud en la que participen diversas disciplinas, administraciones y sectores, cada uno de ellos aportando recursos, maneras de trabajar, procesos, etc., a fin de alcanzar el fin común que significa una mejora en la salud de la población.

(1) La esperanza de vida al nacer en España se sitúa en 2007 en los 76,5 años para los hombres y en los 83,8 años para las mujeres, por encima de la media de la Unión Europea (15), que es de 75,8 años para los hombres y de 81,6 para las mujeres, o la de Estados Unidos (75,2 y 80,6 respectivamente).

Con objeto de aportar conocimiento empírico a una parte sustancial de este debate abordamos el estudio de las relaciones entre salud y actividad física en España. Para ello se comenzará en el siguiente apartado con una sucinta aproximación teórica a los principales conceptos analizados: salud, salud percibida y estilo de vida activo, indicando a su vez cómo se han concretado en nuestro estudio. En un segundo apartado se analizará la relación entre estilo de vida y salud percibida, tanto en la población total como en cada uno de los grupos de edad analizados (jóvenes, adultos y mayores). Para terminar, en el apartado tercero, se presentarán las principales conclusiones extraídas a partir de los resultados anteriores.

2.1. ¿Qué entendemos por salud y por estilo de vida?

Concepción integral de la salud

Superada ya la visión tradicional de salud basada exclusivamente en el modelo biomédico, que la definía en términos negativos como «ausencia de enfermedad», en la actualidad el concepto de «salud» hace referencia a un fenómeno mucho más amplio. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera «globalmente, como un estado de bienestar psicofísico y social en relación con múltiples ámbitos que abarcan lo puramente físico (por ejemplo, el entorno, la vivienda o el medio ambiente), lo social (por ejemplo, seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria o equidad en la distribución de los recursos disponibles), los hábitos de vida (por ejemplo, alimentación adecuada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol), el estado de salud propiamente dicho (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), el sistema sanitario (por ejemplo, recursos físicos y humanos, atención hospitalaria, seguridad social o investigación) y la salud percibida o autovaloración de la salud».

Entendiendo la salud desde este último punto de vista, no parece adecuado abordar empíricamente la medición del estado de salud de los individuos de una determinada sociedad sólo desde un punto de vista biológico y/o epidemiológico, atendiendo a indicadores clásicos como, por ejemplo, los de mortalidad o morbilidad, sino que, más bien, parece necesario introducir otros indicadores que den cuenta directa o indirectamente de elementos como los hábitos de vida o la salud mental. En este sentido, un indicador subjetivo como el de salud autopercebida se convierte en uno de los indicadores más im-

portantes y potentes para el análisis del estado de salud, ya que por su propia naturaleza da cuenta de la salud de una determinada persona de forma global, incluyendo tanto aspectos puramente físicos, como aspectos mentales, psicológicos, sociales, culturales y otros. En efecto, el **estado de salud percibido** se podría definir como la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, dimensión más global que constituye un estado de bienestar integral (Esteve y Roca, 1997; Guyatt, 1993; Ware, 1987; Testa, 1996).

En el mismo sentido se pronuncian, entre otros, Ruiz Román *et al.* (2003), considerando que «la salud, las sensaciones somáticas como el dolor o la satisfacción, la capacidad funcional, el bienestar emocional, psicológico y social son dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud», de tal modo que factores diferentes a los puramente fisiológicos determinarían la percepción que un individuo tiene sobre su propia salud (Azpiazu y otros, 2002), dando cuenta por tanto del estado de salud percibido de esa multidimensionalidad y complejidad que actualmente tiene el concepto de salud, sin más construcción que la que el propio individuo hace de la misma. Además, se ha contrastado que la percepción del estado de salud es un indicador muy sensible a los factores sociales que originan una distribución desigual de la salud (Gonzalo y Pasarín, 2004), lo cual enriquece el indicador y lo hace aún más interesante para el análisis.

Todo ello explica que este indicador sea en los últimos años uno de los más utilizados y relevantes en las encuestas de salud. Ello se justifica también en el hecho empírico de que diversas investigaciones (entre otras, Idler y Benyamini, 1997) han puesto de manifiesto que el estado de salud percibido es un indicador general de salud relacionado con el bienestar, que ha mostrado ser un buen predictor de mortalidad; de hecho, incluso más completo y eficaz, en muchos casos, que el diagnóstico clínico, del que se han documentado sesgos según sexo, edad, raza, clase social y apariencia física. De manera similar, el estado de salud subjetivo parece influir en la utilización de los servicios sanitarios (Aday y Anderson, 1981; DeSalvo, 2005, y otros).

En suma, una alternativa útil para la medición de la salud globalmente considerada es la aplicación de encuestas, en las que los entrevistados valoren su propio estado de salud. Esta estrategia ha demostrado ser confiable y consistente, y puede proporcionar información cuantitativa representativa de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que

da cuenta de la salud en sentido amplio, como un estado de bienestar integral que va más allá de las alteraciones de tipo fisiológico o clínico. Las limitaciones de la utilización de un concepto subjetivo han sido puestas en evidencia por diversos estudios; no obstante, queremos insistir en que, pese a sus problemas, sigue siendo el indicador más adecuado en estudios sociológicos y multidimensionales sobre la salud, como así han puesto de manifiesto diversos autores (Esteve y Roca, 1997; Schawartzmann, 2003). Más aún, cuando no existe ningún instrumento «objetivo» válido, consensuado y genérico para medir salud (Rajmil *et al.*, 2001), aún menos a través de un cuestionario a la población general.

Debido a todo ello, en este estudio el estado de salud se ha recogido a partir de dos variables de salud percibida, en los que la persona entrevistada tenía que valorar su propio estado de salud. Los motivos que justifican la inclusión de la misma variable en dos momentos diferentes del cuestionario son principalmente metodológicos. Se trata, por un lado, de un mecanismo de control del cuestionario y de la consistencia de las respuestas de los individuos y, por otro lado, de un elemento de verificación de los posibles sesgos de ubicación de la pregunta, ya que la primera se realiza al comienzo de la entrevista, mientras que la segunda se localiza hacia el final, después de un bloque relativamente extenso sobre el deporte en general y su práctica deportiva en particular.

Como era de esperar, se observó una alta correlación entre ambos indicadores, por lo que se podría haber utilizado sólo uno de ellos, ya que miden lo mismo. Sin embargo, con objeto de tener la variable dependiente más potente posible, se ha optado por la agregación de ambas en un indicador global. El principal motivo de esta decisión ha sido que el indicador resultante se muestra altamente consistente, conteniendo más información que cada pregunta por sí sola.⁽²⁾

En cuanto a las respuestas obtenidas, como se observa en la tabla 2.1, entre el 70% y el 72% de los encuestados valoran su salud como buena o muy buena, considerando el 20%-22% que es regular, y tan sólo entre un 8% y un 5% que es mala o muy mala.

(2) Para ello se ha realizado un análisis categórico de componentes principales, que supone la agregación de ambas variables en un solo indicador.

TABLA 2.1

Respuestas obtenidas para los dos ítems sobre salud percibida

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	% RESPUESTA (MUESTRA TOTAL)
Salud percibida	Y con respecto a su estado de salud, ¿se siente...?	1. Muy mal	2,5%
		2. Mal	6,2%
		3. Ni bien ni mal	20,5%
		4. Bien	44,8%
		5. Muy bien	25,9%
		9. No contesta	0,1%
	¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Diría Ud. que es...	1. Muy malo	1,4%
		2. Malo	3,8%
		3. Regular	22,5%
		4. Bueno	55,3%
		5. Muy bueno	16,9%

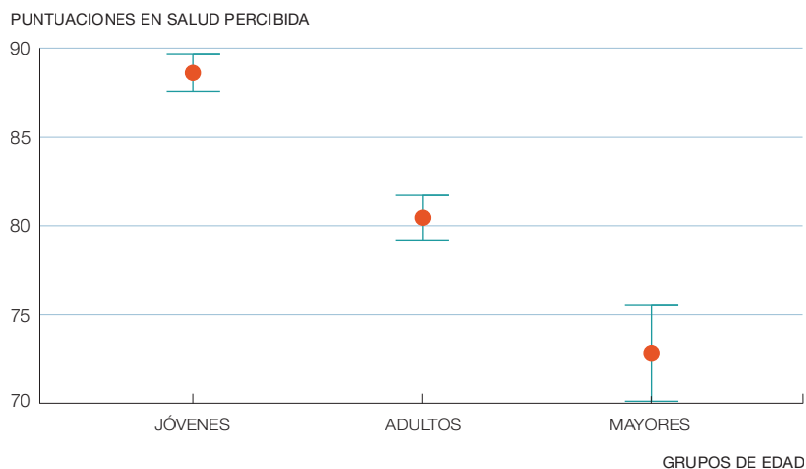
Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC. Base: porcentaje de casos.

Sin embargo, esta valoración del propio estado de salud parece verse condicionada por la edad. En el gráfico 2.1 se observan las puntuaciones del indicador agregado de salud subjetiva (que incluye las dos preguntas) en función de la edad. Se aprecia cómo los mayores son los que manifiestan peor salud, a pesar de obtener todos los grupos, incluso estos últimos, valores muy altos, por encima de 70. También se observa en el gráfico el intervalo de confianza para cada subpoblación, siendo más amplio conforme aumenta la edad, es decir, los jóvenes tienen mejor salud percibida y además ésta es muy similar en todos los componentes de este grupo. En el polo opuesto se encuentra la población mayor, que muestra una visión algo más negativa sobre su salud, así como una mayor dispersión o variabilidad entre los miembros que la componen.

Se ha contrastado en diversos estudios la alta valoración que los individuos suelen realizar sobre su estado de salud, incluso en edades avanzadas, ya que se produce un efecto de acomodación de la valoración realizada a la situación particular del sujeto, de modo que los mayores valoran su salud, considerando lo que es «normal» u «óptimo» a su edad. Así, por ejemplo, en la encuesta nacional de salud (INE, 2006), el 68,8% de la población valoraba como buena o muy buena su salud, siendo este porcentaje en el barómetro sanitario andaluz 2007, realizado por el IESA-CSIC, del 76,5%.

GRÁFICO 2.1

Media de salud percibida según grupos de edad, con intervalos de confianza (95%)



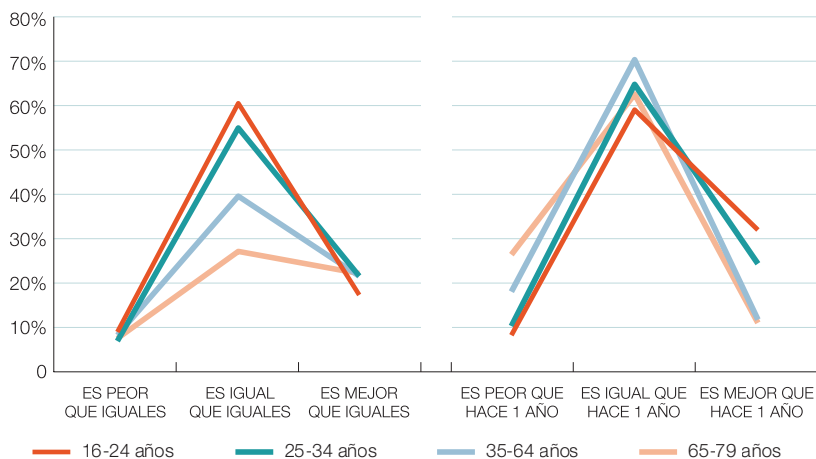
Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Los entrevistados piensan, en general, que tienen semejante salud a la de sus «iguales» (en edad y sexo), siendo la categoría modal en todos los grupos de edad en general, y entre los jóvenes en particular. El número de personas mayores que indican que su salud es igual a la de sus pares es sensiblemente menor, pero no por una visión negativa de la misma, sino más bien por el aumento de la opción de respuesta «no sabe». Es interesante destacar que el porcentaje de personas que se consideran con peor salud es, en todos los casos, inferior al 10%, mientras que los que creen que tienen mejor salud que los demás están en torno al 20%, siendo algo mayor entre los mayores de 64 años que entre los jóvenes, lo cual es coherente con la mayor variabilidad de la salud percibida con respecto a la media que, como se comentó más arriba, tienen las personas mayores.

En cuanto a la dimensión temporal en la valoración de su estado de salud, los que tienen una percepción más negativa son los mayores, que creen que su salud es peor que hace un año en más de un 26%, frente a sólo un 7,9% de los jóvenes que tienen esta misma percepción.

GRÁFICO 2.2

Salud percibida relacional según grupos de edad



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Ejercicio y vida activa

El segundo elemento de análisis al que se dedica el presente capítulo es el estilo de vida activo. Definir estilos de vida equivale a establecer tipologías de individuos según determinadas variables. Éste ha sido un objetivo constante del quehacer sociológico a lo largo de su historia, que ha llevado a definiciones más o menos complejas sobre el significado de este concepto. Así, para Lagardeta (1992) representan «un completo programa de comportamiento, pero que a diferencia de las pautas culturales, no mantendrían un hilo conductor consciente por parte de los protagonistas». Por tanto, representan costumbres, actitudes y comportamientos, que mantienen los individuos, sin existir necesariamente un sentimiento de pertenencia grupal, representando patrones de conducta aprendidos (Generelo, 1998), y que en ocasiones se definen en contraposición de patrones opuestos (caso de estilo de vida activo frente a estilo de vida sedentario).

Es difícil encontrar referencias conceptuales de estilo de vida activo sin que aparezcan revestidas del concepto «saludable». No obstante, se intentará por ahora centrar la atención en la palabra «activo». Ésta se asocia fundamentalmente al ámbito del deporte y/o de la actividad física, desde donde se considera

que una persona realiza actividad física si lleva a cabo ciertas acciones o movimientos corporales, con una frecuencia, duración e intensidad determinadas, produciendo un gasto energético. Desde este enfoque se procede a una división bipolar entre los que son activos y los que no lo son (son sedentarios), y entre los primeros se establece un continuo que va de menor a mayor actividad.

Siguiendo este patrón dual, se diferencia en primer lugar entre los que realizan deporte y los que no lo realizan (deporte como elemento señero de actividad física, y que comporta además cierta reglamentación, más o menos estricta) y, en segundo lugar, se distingue entre las personas que realizan otro tipo de actividades como pueden ser el andar o pasear y que constituyen elementos vinculados con el ejercicio físico, y aquellos que no desarrollan este tipo de actividad. En este sentido, andar puede considerarse como una actividad «natural», al alcance de todas las edades. Estos dos conceptos, deporte y actividad física vinculada con andar o pasear de forma habitual, están hoy día, en la mayor parte de los casos, ligados a momentos de ocio y tiempo libre. No obstante, también parece interesante tener en cuenta la actividad física desarrollada en la jornada no lúdica (ya sea laboral, de tareas domésticas, etc.), y que puede conllevar o no actividades físicas o corporales.

Es por todo ello que en el estudio que se desarrolla en estas páginas se ha entendido **actividad física** en un sentido amplio, abarcando tanto la práctica deportiva como el desarrollo de otro tipo de acciones (andar o pasear, y las ocupaciones de la vida diaria), que si bien no requieren *a priori* un esfuerzo tan intenso y/o regulado como el deporte, sí que suponen trabajo físico, lo cual, según evidencian los estudios científicos en este ámbito, está relacionado de una u otra forma con la salud de la población.

El American College of Sports Medicine propone en diversas guías la frecuencia e intensidad óptimas de ejercicio que deben desarrollar los individuos para que se produzca una mejora de su capacidad física. Se considera que es necesario realizar actividades físicas y deportivas de tres a cinco días a la semana, de intensidad baja a moderada, con una duración de entre 20 y 60 minutos. Estos parámetros dependerán, no obstante, del tipo de actividad realizada y de otros factores. Siguiendo estas consideraciones se han tomado en cuenta tres indicadores en el estudio, para los que se redactaron las preguntas y alternativas de respuesta tal cual vienen definidos en el capítulo anterior (tablas 1.13 y 1.14).

Con esta clasificación se distinguen, por un lado, lo que se podría denominar «estilo de vida puramente sedentario» caracterizado por no andar o pasear de forma habitual, no hacer deporte y pasar la mayor parte de la jornada diaria sentado, y que supondrá el polo opuesto al estilo de vida activo que se propugna desde las autoridades sanitarias, como elemento beneficioso para la salud. Como se comentó en el capítulo anterior, a medida que aumenta la edad, el estilo de vida se va haciendo más sedentario, fundamentalmente por la ausencia de práctica deportiva, siendo muy similar el porcentaje de personas que pasan la mayor parte de su jornada diaria y/o laboral sentados, en las diferentes cohortes.

Por otro lado, se encuentran las personas caracterizadas por un «estilo de vida activo», es decir, que practican deporte, andan o pasean y desarrollan trabajo no sedentario en su jornada diaria. En este caso, son los jóvenes los más activos, principalmente en lo que se refiere a práctica deportiva, siendo el andar o pasear lo más habitual en todos los grupos de edad.

En resumen, en el estudio se consideran las variables «andar o pasear», «hacer deporte» y «actividades de la vida diaria» como los elementos conformadores de la actividad de los entrevistados y, por tanto, los indicadores del estilo de vida más o menos activo o sedentario de la población española. Las tres variables serán analizadas según influyan o no en la valoración que se realiza sobre la salud.

Salud y estilo de vida activo

Dentro de la propia definición que realiza la OMS sobre el concepto «salud» aparece el ejercicio físico como elemento conformador de la misma, vinculado con la concepción de hábitos de vida como el consumo de alcohol o de tabaco, o costumbres alimentarias. Salud y ejercicio físico y/o deportivo aparecen claramente unidos para los investigadores de ambas disciplinas (Medicina y Deporte), por lo que existe gran cantidad de estudios que confirman esta unión, teórica y empíricamente, si bien generalmente el concepto de salud que utilizan es el derivado del paradigma biomédico, es decir, definida únicamente como ausencia de enfermedad.

Según diversas investigaciones, la realización de actividades físicas y deportivas constituye un elemento beneficioso para la salud (Carbin, Pangrati y Welk, 1994), no siendo ventajoso el ejercicio poco frecuente. La continuidad

e intensidad de la actividad física y deportiva también es motivo de preocupación para el American College of Sports Medicine, que considera que al menos es necesario realizar 30 minutos de actividad física de baja a moderada, la mayor parte de la semana, para obtener beneficios para la salud. Así, indican que «las personas que realizan con regularidad actividades de mayor duración obtendrán mayores beneficios para la salud» (USDHHS, 1996).

Otros autores, quizás menos precisos, consideran simplemente que un **estilo de vida es saludable** si «genera o mantiene la salud» (Sagrera y Bautista, 1994: 17). No obstante, ya sea desde la visión restrictiva de unos, o la más laxa de otros, lo que sí hay en la literatura es unanimidad en reconocer que la actividad física es un elemento potenciador de la salud (Generelo, 1998). En este sentido se considera que el ejercicio mejora tanto las funciones físicas como las mentales o psicológicas relacionadas con la «imagen corporal», sensación de bienestar, etc., y reduce factores de riesgo para la salud como la obesidad, diabetes o colesterol, entre otros.

Son muchos los estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto la innegable relación entre ejercicio físico y salud, aunque manifiestan la dificultad de llevar a cabo estudios longitudinales que evidencien relaciones causales. Estos estudios se basan en el concepto más biológico de «salud», ya que utilizan indicadores físicos (ritmo cardíaco, tensión arterial, dolores musculares, etc.) para medir la salud de la población objeto de estudio. Con base en estos indicadores, se estima que entre un 9% y un 16% de las muertes producidas en los países desarrollados pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario, teniendo en cuenta que estos hábitos de vida van asociados en muchos casos a otros factores de riesgo como hábitos alimentarios poco saludables o consumo de tabaco y/o alcohol (Entrala *et al.*, 2003).

Así, la OMS ha advertido que el sedentarismo puede ser un elemento que provoca mortalidad, morbilidad y discapacidad, situándolo como uno de los diez principales factores de riesgo de mortalidad y discapacidad en el mundo, debido a las enfermedades estrechamente asociadas con dicho estilo de vida (enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, hipertensión, osteoporosis, depresión, ansiedad, etc.).

No obstante, la configuración del concepto de salud en su vertiente más integradora, como se indica anteriormente, supone asumir indicadores más completos que abarquen dimensiones no únicamente físicas del término. En este

sentido, son escasos los estudios que ligan salud con la realización de actividades físicas y deportivas, ausencia aún más destacada para el caso español.

La sociedad española actual se caracteriza en este ámbito por dos rasgos antagónicos. Por un lado, se encuentra a la cabeza de Europa en cuanto a tasa de inactividad física por habitante, mostrando un notable sedentarismo característico de las sociedades occidentales modernas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). Por otro lado, se observa un interés creciente por el deporte y por las actividades deportivas, tanto en su vertiente práctica como de espectáculo.

2.2. La relación entre estilo de vida activo y salud percibida

La asociación entre salud y estilo de vida activo se puede mostrar desde varias perspectivas, ya sea desde un punto de vista físico (epidemiológico), psico-sociológico (estado de salud percibido) o motivacional.

Como ya vimos en el capítulo anterior, desde esta última visión, la población que practica algún deporte (36,7%) argumenta como principales motivaciones⁽³⁾ para el desarrollo de esta actividad temas relacionados con la salud, como el «mantener y/o mejorar la salud» (20,3%), «mantener el bienestar físico y psíquico» (11,7%), por «problemas de salud» (9,7%), o por «consejo médico» (1,9%). Estos porcentajes muestran importantes variaciones por grupos de edad, como puede verse en las tablas 1.5 y 1.6 del capítulo I. No obstante, también se utiliza la falta de salud para el argumento contrario, es decir, para no realizar actividades deportivas, en un porcentaje relativamente alto (18,1%).

En términos generales, la población española considera que deporte y actividad física son «buenos para la salud» (el 97,6% lo indican así), y que «permiten sentirse más a gusto con uno mismo» (95,7%), es decir, que afectan al bienestar integral del individuo (tabla 1.8 en capítulo I). El porcentaje de personas que piensan que es «malo para el corazón», «empeora el estado general del cuerpo» o que es «malo para los huesos» es, en todos los casos, inferior al 8%. Tan sólo es significativo el porcentaje de individuos que creen que la actividad física o deportiva «hace sentirse más ansioso», afirmación que sostiene

(3) Los porcentajes corresponden al total de respuestas, ya que se trata de una pregunta multirrespuesta, es decir, los entrevistados podían mostrar más de un motivo. El total, por tanto, suma más del 100%.

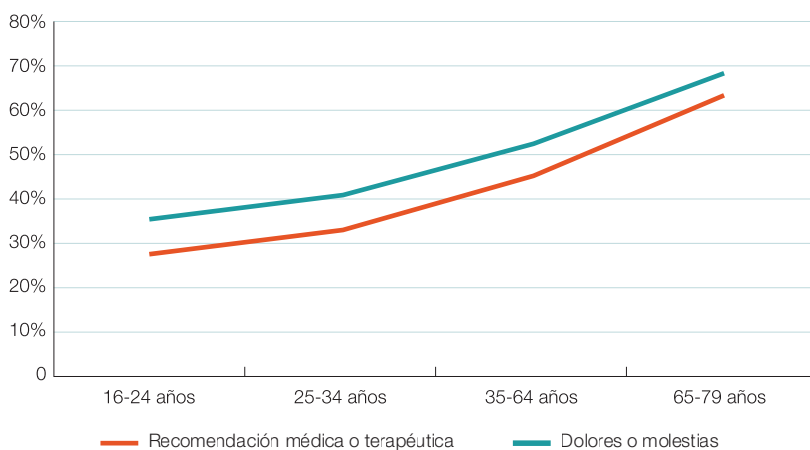
un 18,3% de los individuos estudiados (aumentando este porcentaje hasta un 23,9% entre los mayores).

Por otro lado, la relación entre salud y vida activa, desde un punto de vista más fisiológico, supone que al 43,1% de la población española su médico o terapeuta le ha recomendado que haga alguna actividad deportiva o física, como por ejemplo pasear. Este porcentaje sube hasta el 63,5% entre los mayores de 64 años (gráfico 2.3). Resulta interesante contrastar que la población que manifiesta padecer dolores o molestias en alguna parte del cuerpo sigue una tendencia similar, aunque algo más acusada, en todas las edades.

Por último, desde un punto de vista psicosocial, el vínculo entre salud y vida activa en el estudio se refleja a partir de la posible asociación entre el indicador de «salud percibida» y las actividades físicas desarrolladas por el individuo. Así, se ha procedido a analizar la influencia que las variables que miden el estilo de vida de los ciudadanos pudieran tener sobre la valoración que realizan respecto a su propio estado de salud. Para ello se ha realizado un análisis que permite comprobar si la estimación del estado de salud cambia en función de los niveles de actividad que muestra la persona (por ejemplo, si cambia en función de si

GRÁFICO 2.3

Recomendación de actividad física por su médico o terapeuta y dolores o molestias en alguna parte del cuerpo, según edad del entrevistado



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

anda más o menos, de si practica más o menos deporte o del nivel de actividad de su día a día). Los resultados se observan en la tabla 2.2.

Como se observa en la tabla siguiente, andar o pasear afecta positivamente en la percepción subjetiva del estado de salud de los ciudadanos en general, aunque si se analiza de forma independiente cada una de las muestras de población se observa que únicamente entre las personas mayores se produce esta relación de forma estadísticamente significativa.

No ocurre lo mismo con la práctica deportiva, que afecta significativamente a todos los grupos de edad. Entre los jóvenes y adultos esta relación es práctica-

TABLA 2.2

Medias de salud percibida según actividad física y grupos de edad

	MEDIA INDICADOR SALUD PERCIBIDA			
	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES	ADULTOS	MAYORES (**)
Andar o pasear				
No anda	77,3	87,5	76,7	65,8
Anda de forma esporádica	82,9	87,4	81,2	77,0
Anda 2 o 3 veces a la semana	84,6	91,5	81,5	76,4
Anda todos los días	83,9	88,8	82,2	77,1
Total	82,3	88,6	80,6	73,0
	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES (**)	ADULTOS (*)	MAYORES (*)
Deporte				
No hace deporte	79,2	86,7	78,4	71,5
Hace deporte de forma esporádica	86,0	90,7	82,1	82,6
Hace deporte 2 o 3 veces a la semana	86,1	88,7	85,0	78,1
Hace deporte todos los días	90,6	93,1	89,9	78,7
Total	82,2	88,7	80,5	72,8
	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES	ADULTOS (*)	MAYORES (**)
Actividad				
Sentado	79,4	89,3	77,3	62,8
De pie	82,8	88,7	82,7	75,0
Trabajo pesado	88,5	89,1	87,9	82,2
Caminando	81,8	87,4	79,5	78,9
Total	82,1	88,6	80,4	72,5

Notas: (*) Indica que, en esa muestra, las diferencias en salud subjetiva alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,05$.

(**) Indica que, en esa muestra, las diferencias en salud subjetiva alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,01$.

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

mente lineal, es decir, a mayor frecuencia en la práctica deportiva mayor valoración positiva de su estado de salud. No es así entre las personas mayores, donde las diferencias se observan entre los que practican deporte y los que no, mostrando mayor salud percibida los que hacen deporte, aunque sea de forma esporádica, frente al resto.

Por último, se observa una clara relación entre la actividad física realizada durante la jornada no lúdica (laboral, de labores domésticas, estudiantil, etc.), y la percepción subjetiva del estado de salud, en todos los grupos de edad excepto en los jóvenes. La realización de trabajo duro físicamente se asocia con mayores niveles de salud (hay que tener en cuenta que son los jóvenes y adultos los que realizan este tipo de trabajo, fundamentalmente); valoran positivamente su salud los que realizan su actividad diaria caminando con desplazamientos frecuentes, y por último los que están principalmente de pie o sentados la mayor parte del día.

En resumen, como se ha mostrado, salud y actividad física están relacionadas desde diversas perspectivas, que incluyen el propio discurso de los ciudadanos españoles de todas las edades. La argumentación médico-fisiológica parece haber calado en la población, que asume que estos dos componentes están necesariamente unidos. Así lo expresan explícitamente, y así aparece al analizar empíricamente ambas realidades. De hecho, se ha observado esta conexión entre el indicador «salud percibida» y las tres variables que miden el «estilo de vida activo» de la población.

No obstante, se considera necesario llevar a cabo un análisis más exhaustivo, que tenga en cuenta las características sociales e individuales de los entrevistados, ya que, como se ha indicado, tanto el concepto de salud como el de estilo de vida están condicionados por el contexto social, cultural y personal de los implicados. Para ello se ha llevado a cabo un análisis de dependencia, que incluye todas las variables de forma conjunta, con lo que se podrá analizar el efecto de cada una de ellas sobre la salud, con independencia del efecto de las demás.

El tipo de análisis estadístico llevado a cabo para esclarecer ese efecto es el análisis de regresión. Este análisis permite comprobar qué influencia tienen una serie de variables (llamadas «variables independientes» o «predictoras») sobre otra (la «variable dependiente»). En nuestro caso, se llevaron a cabo

dos de estos análisis: en el primero la variable dependiente fue el indicador de salud percibida, y como variables predictoras o independientes consideramos cada una de las variables que definen el estilo de vida de los individuos (andar, actividad deportiva y ocupación diaria). En un segundo análisis se incluyeron como variables predictoras, además de las ya mencionadas, las siguientes variables sociodemográficas: sexo, estado civil, nivel de estudios finalizados, situación laboral, número de personas en el hogar, situación de convivencia, nacionalidad, ingresos y hábitat.⁽⁴⁾

Además de presentar los resultados obtenidos para el conjunto de la muestra, se presentan los análisis para las tres submuestras estudiadas de forma independiente (jóvenes, adultos y mayores), lo que permite profundizar en las realidades diferenciales que identifican a cada grupo de edad.

Población general

Los primeros resultados que se presentan son los relativos a la muestra total, conformada por la población española de 16 a 79 años. Los resultados del análisis de regresión son los que aparecen en la columna a de las tablas 2.3 y 2.4. En esta última tabla se incluye el modelo de regresión completo, que incluye tanto las variables de actividad física como las características sociodemográficas de los individuos.

En la primera regresión (véase tabla 2.3 a) se observa que las tres variables de forma conjunta pueden explicar un 9% de la variabilidad en el indicador de salud percibida de la población española, siendo el deporte el que más aporta a esta variación, con una importancia del 62,5%, seguida por el andar o pasear (33,7%), y por último, con una importancia mucho menor, la actividad desarrollada en la vida diaria, que influye muy poco (menos del 4%) en la percepción del estado de salud.

Cuando se incluyen en el modelo otras variables de tipo sociodemográfico (véase tabla 2.4), como son el sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, etc., la variable que mayor relación mantiene con el estado de salud percibida es la edad de los entrevistados, en la que, como cabía esperar,

(4) Debido a que las variables independientes no son métricas, sino ordinales o nominales, no es conveniente la realización de regresiones clásicas, por lo que se ha realizado una regresión categórica con escalamiento óptimo, cuyo funcionamiento es, en general, el mismo que el de una regresión lineal clásica, en el que las variables son transformadas utilizando el escalamiento óptimo.

TABLA 2.3

Análisis de regresión.⁽⁵⁾ Variable dependiente: salud percibida.
Variables independientes: estilo de vida

	a) TODA LA MUESTRA		b) JÓVENES		c) ADULTOS		d) MAYORES	
	B (ET)	IMP ⁽⁶⁾	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP
Andar o pasear	0,172 (0,022)**	33,7%	0,074 (0,035)*	15,1%	0,135 (0,049)**	37,2%	0,180 (0,034)**	31,9%
Deporte	0,241 (0,022)**	62,5%	0,178 (0,035)**	83,7%	0,165 (0,049)**	54,1%	0,122 (0,034)**	13,2%
Actividad	0,052 (0,022)**	3,8%	-0,023 (0,035)		-0,072 (0,049)		0,240 (0,034)**	54,8%
R ² corregida	9,2%		3,3%		3,2%		11,5%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

se produce una relación negativa, es decir, a mayor edad, peor valoración del estado de salud. También influyen en esta percepción el nivel educativo (con una relación positiva, es decir, a mayor nivel de estudios mejor percepción del estado de salud) y la situación laboral. En este sentido, se han contrastado por diversos estudios las desigualdades en salud basadas en criterios socioeconómicos, lo cual puede explicar la dirección de la asociación de aquella con el nivel educativo y la situación laboral de los ciudadanos, como variables claramente unidas a la situación socioeconómica de los individuos.

Para finalizar, indicar que el realizar deporte y el andar continúan con la relación expuesta anteriormente, manteniendo el resto de variables una correspondencia poco importante.

Jóvenes

Para los jóvenes de 16 a 34 años, la salud viene condicionada en menor medida por el estilo de vida y por las variables sociodemográficas, explicando en

(5) Para cada variable aparecen los siguientes valores: los coeficientes beta (B), el error típico (ET) entre paréntesis y la significación estadística. Con respecto a la significación estadística, se ha indicado de la siguiente forma: ** significativo al 99% ($p < 0,01$), * significativo al 95% ($p < 0,05$). Por último, se presenta el R² del modelo, es decir, el porcentaje de varianza explicada (la variabilidad debida a las variables introducidas en la regresión).

(6) Al igual que en la regresión lineal, en la regresión categórica, los principales resultados son los coeficientes de regresión (B), aunque en este tipo de análisis no son fácilmente interpretables. Es por ello que se incluyen los valores del índice de Pratt (o importancia de Pratt). La suma de las importancias de todas las variables independientes es 100, por lo que sus valores pueden interpretarse como porcentaje de importancia en la variable dependiente.

TABLA 2.4

Análisis de regresión. Variable dependiente: salud percibida. Variables independientes: estilo de vida y variables sociodemográficas

	a) TODA LA MUESTRA		b) JÓVENES		c) ADULTOS		d) MAYORES	
	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP
Andar o pasear	0,137 (0,020)**	12,0%	0,070 (0,034)*	4,0%	0,144 (0,046)**	6,8%	0,153 (0,033)**	14,3%
Deporte	0,126 (0,021)**	14,9%	0,129 (0,036)**	16,4%	0,156 (0,047)**	9,0%	0,110 (0,033)**	6,3%
Actividad	0,088 (0,021)**	2,6%	-0,024 (0,034)		-0,120 (0,046)*	3,4%	0,259 (0,033)**	32,6%
Sexo	-0,097 (0,022)**	7,4%	-0,055 (0,039)		-0,032 (0,050)		-0,245 (0,038)**	28,4%
Edad	-0,155 (0,033)**	25,3%	-0,046 (0,044)		-0,110 (0,055)*	6,9%	0,041 (0,034)	
Estado civil	-0,037 (0,021)**	1,2%	-0,155 (0,034)**	17,3%	-0,308 (0,054)**	11,5%	0,098 (0,035)**	2,1%
Nivel educativo	0,145 (0,023)**	18,1%	0,027 (0,038)		0,072 (0,051)		0,130 (0,034)**	10,5%
Situación laboral	0,101 (0,032)**	15,1%	0,127 (0,036)**	8,4%	-0,283 (0,054)**	30,8%	0,037 (0,035)	
Nº personas en el hogar	0,053 (0,024)*	4,2%	-0,043 (0,037)		-0,169 (0,050)**	6,3%	0,084 (0,035)*	2,4%
Situación convivencia	-0,053 (0,022)**	0,2%	0,225 (0,038)**	39,3%	0,237 (0,051)**	3,6%	-0,085 (0,033)**	1,5%
Nacionalidad	0,021 (0,020)		0,052 (0,034)*	1,1%	0,124 (0,046)**	5,5%	0,071 (0,032)**	2,5%
Ingresos	0,026 (0,023)		0,054 (0,043)		0,098 (0,053)		0,015 (0,037)	
Hábitat	-0,043 (0,021)*	0,3%	-0,060 (0,034)		-0,086 (0,046)*	1,3%	-0,023 (0,033)	
R ² corregida	18,5%		10,2%		17,1%		18,3%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

el primer caso un 3,3% de la variabilidad, y en el segundo el 10,2% (columna b de las tablas 2.3 y 2.4). Esta menor explicación de los modelos de regresión puede ser debida a que los jóvenes perciben su salud de una forma muy positiva (la media del indicador se sitúa en el valor 95,8), sin grandes diferencias

entre ellos, por lo que el estándar de salud será muy alto y homogéneo dentro del colectivo, lo cual explica que se produzca una escasa variabilidad entre los integrantes de esta cohorte.

En este grupo de edad, la única variable relativa al estilo de vida activo que tiene relevancia en la variabilidad del estado de salud percibido es la práctica deportiva (16% en importancia sobre la salud), siendo el andar o pasear una actividad subsidiaria de la primera y de considerable menor importancia, y resultando completamente irrelevante y no significativa la actividad desarrollada durante la jornada diaria. Hay que recordar que en este grupo es donde se observa un mayor porcentaje de personas que realiza trabajo pesado (17,65%), además de ser la cohorte donde hay un menor número de individuos que no hace ningún tipo de deporte (el 48,3%, frente al 63,4% en la muestra total). Es, como se ha dicho, el grupo que más deporte realiza, pero también el que más anda o pasea.

En cuanto a las características sociodemográficas (columna b de la tabla 2.4), la que mayor influencia presenta es la situación de convivencia. A pesar de que todos los jóvenes tienen una percepción muy positiva sobre su salud, con indicadores que van desde el 90% al 98%, aquellos que la valoran más positivamente son los que comparten piso con amigos, viven solos, viven en casa de sus padres o comparten piso con hermanos. En el lado opuesto encontramos a los jóvenes con hijos o pareja, o los que viven en casa de uno solo de sus progenitores. Los primeros casos se corresponden con la situación del joven en casa de sus padres, o del estudiante que comparte piso o que vive de forma independiente, que se muestra extremadamente positivo respecto a su estado de salud. Los segundos podrían corresponder a jóvenes matrimonios, padres o madres separadas y familias jóvenes desestructuradas. Éstos se autoperciben con un estado de salud algo peor, si bien se encuentran en el marco del alto estándar de salud del grupo, por encima siempre del valor 90 de 100.

En segundo lugar en importancia encontramos el estado civil, con una relación muy similar a la mostrada en la variable situación de convivencia. Así, manifiestan mejor estado de salud los solteros frente a los casados o a los que conviven en pareja. El caso de los divorciados y separados muestra una gran dispersión, por lo que son difíciles de clasificar.

Adultos

El grupo de personas adultas, de entre 34 y 64 años, tiene también una percepción muy positiva sobre su estado de salud, aunque algo menor que el grupo anterior. Así, éstos obtienen una media de 90,6 en el indicador de salud, con un intervalo que estaría entre los 75 y los 100 puntos.

Se ha calculado, al igual que en los casos anteriores, la influencia que tienen las distintas variables sociodemográficas y de estilo de vida en la salud percibida por los ciudadanos (columna c de las tablas 2.3. y 2.4). Entre la población adulta, el deporte es también la variable que mayor influencia tiene con respecto a los indicadores del estilo de vida activo, si bien éstas, de forma conjunta, sólo explican el 3,2% de la variabilidad del estado de salud percibida. Cuando se incluyen las características sociodemográficas, la capacidad explicativa del modelo sube hasta el 17%, siendo las principales variables en el análisis la situación laboral (30,8%) y el estado civil (11,5%), quedando relegada la actividad deportiva a un 9% en la importancia de Pratt.

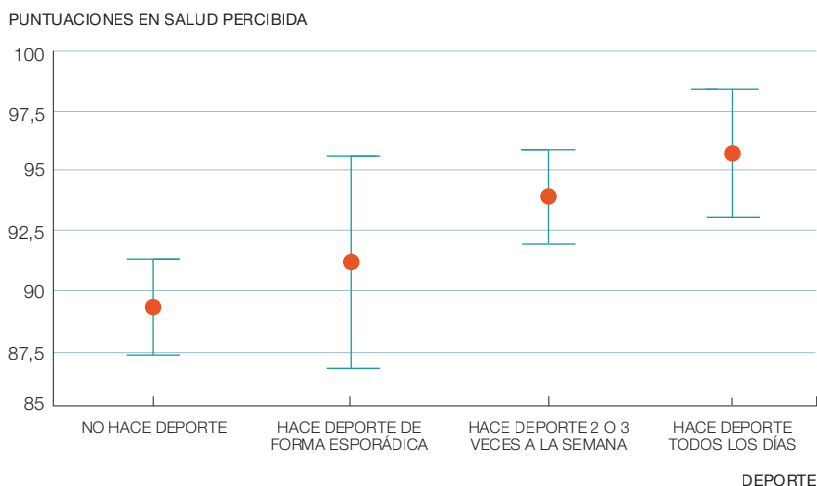
Las diferencias fundamentales en la salud percibida de los adultos, según su práctica deportiva, se producen entre los que realizan y los que no realizan deporte, no siendo especialmente significativas las diferencias según la frecuencia de dicha práctica, como puede verse en el gráfico 2.4, donde los intervalos de confianza de las categorías cercanas se solapan, cosa que no ocurre entre los que «no hacen deporte» y los que «hacen deporte todos los días». Así mismo, hacer deporte de forma esporádica no es fácilmente clasificable, ya que los ciudadanos que indican esta frecuencia deportiva presentan una gran dispersión en su salud percibida.

Andar o pasear también influye en la percepción subjetiva del estado de salud; están más satisfechos con este indicador los individuos que andan o pasean (suponiendo un 6,8% en la variabilidad del indicador).

Los adultos en busca de su primer empleo, o los estudiantes, son los más satisfechos con su salud, mostrándose en el polo opuesto los jubilados, o los pensionistas o las amas de casa. No obstante, es necesario matizar que estudiantes y desempleados en busca de su primer empleo suponen en conjunto un 23% de la población adulta, mientras que los trabajadores son el 62%. Las amas de casa también suponen un porcentaje importante, el 18%.

GRÁFICO 2.4

Media de salud percibida según práctica deportiva de la población adulta, con intervalos de confianza (95%)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Debido a que el intervalo de edad que incluye este grupo –adultos– es mayor que en el resto, se puede analizar la influencia de la edad sobre la percepción de salud dentro del mismo grupo. Así, la variable edad resulta significativa y negativa, es decir, a mayor edad peor percepción subjetiva del estado de salud.

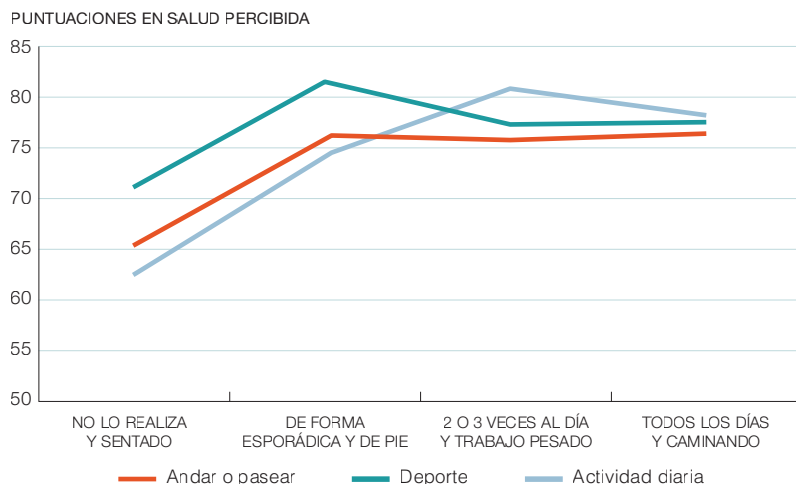
Mayores

Por último, entre la población mayor (de 65 a 79 años), aunque el indicador de salud presenta valores muy positivos, con una media de 72,3 sobre 100, hay que destacar que, como era previsible, dicho valor está 18 puntos por debajo de la media en la población adulta, y más de 23 puntos por debajo de la población joven.

En cuanto a los análisis de dependencia realizados, quizás el primer elemento que destacar es el porcentaje de variabilidad que explican las tres preguntas sobre estilo de vida del indicador salud (11,5%), destacando las actividades de la vida diaria como la variable con mayor importancia, seguida del andar o pasear (columna d de la tabla 2.3).

GRÁFICO 2.5

Media de salud percibida según estilo de vida en la población mayor



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

El deporte es menos importante en este grupo de edad, adquiriendo mayor importancia las actividades desarrolladas durante la jornada no lúdica y el andar o pasear. Hay que tener en cuenta que más del 80% de los entrevistados mayores reconoce no realizar ningún tipo de actividad deportiva, frente al 50% que anda o pasea todos los días. Este grupo es el menos activo de los analizados; a pesar de ello, mantienen una valoración bastante alta sobre su estado de salud. En cuanto a la actividad desarrollada durante su vida diaria, son los que mayor importancia otorgan a no mantenerse sentado durante todo el día, ya que se trata, por otro lado, del grupo que probablemente más horas libres tiene.

Cuando se incluye el resto de características sociodemográficas, el porcentaje de variabilidad explicada sube al 18,3%, y adquiere importancia fundamentalmente el sexo, indicando las mujeres peor estado de salud que los hombres, con una importancia sobre el indicador del 28,4%. También resulta significativo el nivel educativo, mostrando mejor salud las personas con mayores estudios.

2.3. Los beneficios de la actividad física para la salud

Está contrastado científicamente que la práctica del ejercicio físico y deportivo aporta beneficios para el organismo humano, no sólo físicos, sino también psíquicos y sociales, que pueden incidir en una mejor percepción de su estado de salud, entendiendo salud en su sentido más amplio, tal cual lo expresa la Organización Mundial de la Salud.

Aunque la actividad deportiva se ha ido generalizando progresivamente, tan sólo el 36,7% de la población estudiada (los españoles de 16 a 79 años), indica que realiza alguna actividad deportiva, ya sea de forma frecuente o esporádica. Ver la televisión en general, y entre los adultos y los mayores en particular, o estar sentados delante del ordenador o de la consola entre la población joven se han convertido en las principales actividades de ocio de los ciudadanos, que adoptan estilos cada vez más sedentarios, típicos de la sociedad moderna actual, donde además, el trabajo físico asociado a la ocupación laboral va perdiendo presencia.

En este ámbito, desde las autoridades, y a través de diferentes políticas públicas, tanto a nivel microsocial como macrosocial, se intentan promover hábitos y «estilos de vida saludables». Pero es innegable que sin la concienciación de la población sobre los beneficios reales de la actividad física y deportiva en su «calidad de vida», poco o nada podrá hacerse para invertir la acentuada tendencia hacia la inactividad de la sociedad española.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, se puede afirmar que la actividad deportiva influye en la salud percibida de la población española. Así, practicar **deporte** de forma continuada influye de manera estadísticamente significativa en el estado de salud percibida en todos los grupos de edad, aunque con matices en cada uno de ellos. Entre los jóvenes y los adultos, la relación entre práctica deportiva y salud percibida es prácticamente lineal, es decir, a mayor frecuencia deportiva, mejor valoración del estado de salud. Esto vendría a confirmar las tesis de organismos como el American College of Sports Medicine, que sostiene las tesis de «más es mejor», al menos en estos grupos de edad. En cambio, en el grupo de mayores las diferencias se observan principalmente entre los que practican deporte y los que no lo practican, con independencia de la frecuencia con la que se realiza la actividad. Así, en-

tre los mayores, más que una relación lineal parece darse una polaridad entre deportistas y no deportistas.

Andar o pasear, como otro elemento de actividad física, también influye significativamente en el estado de salud percibido de la población, con una importancia menor que la del deporte en jóvenes y adultos, pero no así en mayores. En ellos, andar o pasear resulta incluso más influyente en la percepción positiva del estado de salud que la actividad deportiva en sí. Quizás a este grupo de edad ha llegado de forma más eficaz el mensaje de las autoridades sanitarias sobre los beneficios de la actividad física moderada, como el caminar, en lo que popularmente se conoce ya como «la ruta del colesterol». No es extraño encontrar en nuestros paisajes, tanto urbanos como rurales, personas mayores andando o paseando, organizadas en ocasiones en pequeños grupos, realizando esta actividad «para» y «por» la salud.

Las **actividades de la vida diaria** desarrolladas por los individuos (realizando trabajo pesado, caminando, de pie sin grandes desplazamientos o sentado la mayor parte de la jornada) suponen también un elemento de cambio en la salud percibida de todos los grupos de edad, excepto en el más joven. Paradójicamente, el grupo de personas mayores, ya jubiladas y que por ello podría pensarse que tienen un estilo de vida más sedentario, son los que mayor valor conceden a esta variable en la percepción de su salud. Este hecho puede estar relacionado con la necesidad de autoperibirse como personas activas, valorando más que otros colectivos el hecho de «no apoltronarse» como un elemento de salud.

Además de las variables relacionadas con la actividad física de los individuos, se ha analizado también hasta qué punto las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, etc.) influyen o condicionan el estado de salud percibido. Así, estas características explican en cierta medida la parte social del concepto «salud», siendo su alcance distinto según el grupo de edad analizado. Entre los jóvenes, por ejemplo, tiene mucho peso la variable «situación de convivencia»; entre los adultos la de mayor fuerza es la «situación laboral», y entre los mayores el «género» y el «nivel educativo», como se ha visto al comentar los análisis por grupos de edad.

En este sentido, por ejemplo, ser hombre o mujer sólo ha mostrado tener una relación estadísticamente significativa con el estado de salud percibido en el

caso de las personas de mayor edad, percibiendo ellas su salud de forma más negativa que sus compañeros generacionales. Son abundantes los estudios de género y salud que documentan esta relación inversa entre ser mujer y referenciar peor salud. Por otro lado, se conoce la menor incorporación de la mujer al ámbito deportivo, fundamentalmente en el deporte de competición, existiendo diferencias de género tanto en el hecho de realizar deporte como en el tipo de deporte practicado (Martínez del Castillo, 2005). En este sentido se produce una doble situación negativa ya que, como se ha indicado, una menor actividad deportiva influirá asimismo en un peor estado de salud.

Como se expuso en capítulos anteriores, uno de los objetivos del estudio era analizar con especial detalle los resultados de jóvenes y mayores. En cuanto a los **jóvenes**, es importante recordar que la prevalencia de la actividad deportiva y física en la edad adulta y mayor está claramente relacionada con el desarrollo de este tipo de actividades en la edad infantil y juvenil. Entre los jóvenes se recomienda la realización de actividades moderadas de 3 a 5 días a la semana. El estudio ha confirmado la relación progresiva entre deporte y salud en este grupo, que, por otra parte, manifiesta en términos generales sentirse bien o muy bien con respecto a su estado de salud. Es, además, el grupo que más deporte practica, a pesar de que existe aún un alto porcentaje de jóvenes que no realiza ningún tipo de actividad física.

En cuanto a los **mayores**, como es bien sabido, es un grupo cuyo peso demográfico es cada vez más importante, debido al aumento de la esperanza de vida y a una baja tasa de natalidad. Las personas mayores además experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad que les hacen un colectivo hacia el que se orientan numerosas políticas destinadas a mejorar su situación. A medida que se envejece aumentan los niveles de sedentarismo, y esto parece afectar al envejecimiento físico. Todos los estudios realizados desde una perspectiva biomédica apuestan por el ejercicio físico como motor de mejora de la salud física y mental que palíe este círculo vicioso, e incluso muestran cómo las actividades moderadas, como el andar, nadar o montar en bicicleta, suponen beneficios en el bienestar de estas personas. Los resultados de esta investigación confirman desde otro punto de vista estas afirmaciones, matizando que el bienestar de los mayores, medido a través de la salud autoreportada, está en gran medida condicionado por las actividades desarrolladas en la vida diaria. En este grupo de

edad, la tesis de «a más mejor» no parece funcionar, y lo importante en su percepción de salud es sentirse activos en un período de forzosa inactividad o de reducción de la misma. En este sentido, desde la OMS se apuesta por el desarrollo de un envejecimiento activo como elemento beneficioso para la salud, y entre sus recomendaciones se subraya la importancia de incluir actividades físicas en el día a día del mayor, en casa, en el trabajo si lo tuviera o en el tiempo libre. Se recomiendan actividades como el pasear, subir o bajar escaleras, cuidar del jardín, bailar, nadar, etc.

En resumen, en este trabajo se ha contrastado empíricamente la relación entre la actividad física y deportiva que realizan los españoles y cómo perciben su estado de salud, aunque con matizaciones en cada grupo de edad. Las distintas administraciones tratan de concienciar a la población sobre los beneficios del ejercicio en la salud. El mensaje parece haber calado en la población, que interioriza mensajes positivos hacia el deporte como motor de salud, pero aún así un alto porcentaje de ciudadanos sigue sin actuar en consecuencia. La vinculación entre deporte y calidad de vida, como elemento más amplio que la salud, puede ser otro mecanismo de «enganche» que debe explotarse.

Desde los profesionales del deporte y de la salud, a través de la evidencia científica aportada por los estudios llevados a cabo, se ha insistido en la práctica de ejercicio físico como elemento de salud bajo unos parámetros determinados de duración, frecuencia e intensidad, en lo que se ha llamado las teorías de la «relación dosis-respuesta». Desde este punto de vista, sólo la actividad desarrollada bajo estos parámetros es efectiva para la salud. Ya hay voces en contra de estas tesis (Blair, 2006), que indican que «realizar algo de actividad física es mejor que no hacer nada», indicando que el ejercicio moderado, como pueda ser el andar, realizado por un porcentaje mucho más alto de población, también tiene beneficios sobre la salud de la población. Más es mejor que menos, pero algo es mejor que nada, según estas apreciaciones, y en el caso de la población mayor, esto es lo que muestran los análisis realizados para el caso español en este trabajo de investigación.

Quizás este mensaje sea más alcanzable para los ciudadanos y, por tanto, menos rechazado en su vertiente conductual, y de este modo se consiga el objetivo final: mejorar la salud de la población a través de la práctica deportiva y del ejercicio físico; es decir, de estilos de vida activos.

III. Estilos de vida y bienestar

«Calidad de vida» es un concepto relativamente novedoso (las primeras publicaciones aparecen en los años setenta) que surge con el propósito de ampliar y superar dos conceptos comúnmente considerados en los objetivos de las políticas sociales: un concepto de fuerte implicación economicista, el *welfare*, y otro de implicación fuertemente psicosocial, el *well-being*. A partir de los años ochenta, el concepto de «calidad de vida» cobra una extraordinaria importancia en el diseño de todo tipo de políticas, programas o proyectos sociales –sanitarios, ambientales, etc.–, ya que se plantean como objetivo precisamente la «mejora de la calidad de vida». Así se expresan, también, las políticas y los programas de promoción del deporte o de la actividad física, en general, tanto en España (véase número especial de la *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [REGG], 2005, 3), en Europa (véase, por ejemplo, *The European-Enhancing Physical Activity*; UNISPORT, 1993) o en otros foros internacionales (véase, por ejemplo, la propuesta de la Organización Mundial de la Salud denominada *Heidelberg Guideliness for Promoting Physical Activity*).

Dada la importancia de la salud y de la calidad de vida en las políticas deportivas (y en el amplio contexto del ejercicio físico), en el planteamiento del presente estudio se consideró que, además de tener una relación con la salud (como hemos visto en el capítulo anterior), la actividad física y el deporte también podrían contribuir al bienestar y a la calidad de vida de las personas. Precisamente es ésta la relación que se pretende esclarecer en el presente capítulo.

Sin embargo, y antes de exponer los resultados obtenidos, conviene discutir los problemas existentes en la propia definición operacional y en la medición de la calidad de vida (CV) y del bienestar.

3.1. ¿Qué entendemos por calidad de vida?

Como se ha dicho en el apartado anterior, la calidad de vida aparece como concepto que hace referencia a ciertos «resultados» sociales y que trata de superar otros conceptos hasta cierto punto reduccionistas (*welfare* economicista, *well-being* psicosocial). Es también un atributo multidimensional que, como la vida, da cuenta de la diversidad de fenómenos con la mención positiva de calidad. En otras palabras, mejorar la «calidad de vida» en un individuo, grupo de individuos o población se refiere a mejorar una serie de condiciones de ese individuo, persona o población. Así, por ejemplo, desde un punto de vista poblacional, la conocida publicación *The Economist* ha propuesto un índice de calidad de vida en el que incluye indicadores económicos, salud, estabilidad política, seguridad social, participación social, estabilidad familiar, igualdad de sexos, etc. De manera similar, desde un punto de vista contextual, Moos y Lemke (1996; véase Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996) desarrollaron un instrumento multidimensional que evalúa una serie de variables físicas y arquitectónicas, de política organizativa, de personal, y de residentes y de clima social para evaluar la calidad de contextos residenciales (y de otros tipos). Lawton (1985), por su parte, ha definido un concepto de «calidad de vida» individual pensado para las personas mayores en el que incluye aspectos como la satisfacción con la vida y con el bienestar, la salud y la competencia física, el ambiente físico o la percepción del ambiente.

En resumen, la medida de la calidad de vida cuenta con dos características esenciales: ser multidimensional y contar con aspectos objetivos y subjetivos de la vida. Sin embargo, si éstas son las características que destacan los diferentes autores, la calidad de vida ha ido reduciéndose a un concepto subjetivo. Es decir, si es cierto que la calidad de vida puede ser considerada como multidimensional –en el sentido de hacer referencia a distintos aspectos del objeto de estudio, sea éste un individuo, un grupo de individuos, un contexto o una población–, el examen de las múltiples dimensiones en la mayoría de ocasiones se realiza a partir de la opinión, el juicio o la evaluación de las propias personas de las que se quiere evaluar su calidad de vida. Así, si se considera que la calidad de vida contempla aspectos de salud, económicos, familiares o sociales, se pregunta al individuo (o al grupo, etc.) si considera que su vida, en ese particular ámbito, le va bien, o si está satisfecho con ese aspecto de su vida, o si considera que esa dimensión vital es importante para él o ella. En definiti-

va, a la hora de estudiar la calidad de vida, la tendencia es reducirla a una condición subjetiva que requiere el juicio, apreciación y evaluación de la persona, y donde no cuenta principalmente su realidad «objetiva» (cuál es su renta, si tiene o no padecimientos crónicos, si se ha divorciado o si vive en un barrio de alta criminalidad). Sin embargo, la equiparación de la apreciación subjetiva de una determinada situación no necesariamente se corresponde siempre con su determinación objetiva (o, preferimos decir, «intersubjetiva»). Se procede a observar algunos resultados de investigación relativos a este tema por cuanto van a servir para contextualizar los hallazgos de este estudio.

Por ejemplo, el juicio y la evaluación del confort físico de un determinado contexto covaría muy escasamente con un juicio objetivo de condiciones de confort; el juicio subjetivo sobre la competencia física está muy escasamente asociado a la competencia evaluada por procedimientos objetivos; la salud subjetiva está escasamente asociada con exámenes médicos, radiológicos o analíticos (véase, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, 1997), si bien se ha demostrado empíricamente que este último es un buen predictor de la mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios (véase, por ejemplo, DeSalvo, 2005; Fan *et al.*, 2002; Bierman *et al.*, 1999; Tatsuro *et al.*, 2006, o Ferraro y Farmer, 1999), lo cual probablemente remita a su mayor capacidad de aprehender en un solo indicador los múltiples aspectos que componen la salud de una persona. Por otra parte, las medidas recogidas sobre conceptos subjetivos tales como la satisfacción, el bienestar o la felicidad están fuertemente asociadas. A pesar de que los psicólogos investiguen sobre esos distintos conceptos y traten de atribuirles connotaciones distintas (por ejemplo, la satisfacción con la vida se refiere esencialmente al pasado, mientras que el bienestar y la felicidad son conceptos situacionales), todos ellos apuntan a un significado muy parecido.

Con este análisis de la falta de concordancia entre dimensiones objetivas y subjetivas y de la alta correlación entre dimensiones subjetivas no se pretende criticar las medidas subjetivas, sino justificar que las segundas no siempre pueden generalizarse a las primeras y que las segundas no sólo tienen significados muy parecidos, sino que su falta de diferenciación ocurre porque todas ellas cuentan con el mismo «sesgo» atribuible al método: el autoinforme. No obstante, hay que señalar también que dicho «sesgo» metodológico es también su mayor potencialidad, puesto que la valoración que una persona tiene sobre lo feliz que es, lo satisfecha que está con tal o cual parcela de su vida

o con su vida en general, o su valoración sobre su calidad de vida es el único indicador **posible** de cómo **percibe** e **interpreta** ella estos conceptos.

Aunque no es éste el momento de discutir las razones de diferente tipo (epistemológicas, metodológicas o incluso ideológicas) que explican esta tendencia de «reduccionismo y subjetivización» de la calidad de vida (hecho fácilmente constatable en cualquier revisión de la literatura científica), sí parece importante explicitar este fenómeno, ya que es el que justifica el uso que se da en este estudio al concepto de «calidad de vida» y el porqué se va a estudiar preguntando a los participantes cómo evalúan una serie de aspectos de su vida (véase Fernández-Ballesteros, en prensa). Es decir, se ha utilizado el concepto de «calidad de vida subjetiva» realizando preguntas relativas a la satisfacción con la vida y con el bienestar, y además se ha incluido una pregunta criterial (monodimensional) sobre calidad de vida.

3.2. La medida de la calidad de vida subjetiva y conceptos relacionados

En la tabla 3.1 se presentan las preguntas relativas a las tres dimensiones evaluadas (calidad de vida, CV; satisfacción con la vida, SV, y bienestar, B), dado que consideramos que pertenecen a una misma red de significados subjetivos. Así, se asume que CV y SV son dos conceptos amplios, confundidos en la literatura científica, que implican dimensiones temporales distintas; CV se refiere al presente, mientras que SV hace referencia al pasado. Finalmente, evaluamos el bienestar, además de en general, a través de ocho contextos: el dinero, la vivienda, el tiempo libre, el trabajo, la salud y las relaciones con la pareja, con la familia y con los amigos. Estas tres dimensiones nos ayudarán a operacionalizar el concepto.

Los resultados obtenidos de estas valoraciones, como se puede observar en el gráfico 3.1, obtienen en todos los casos puntuaciones superiores al valor medio (punto 5 en una escala de 0 a 10). El dinero es el indicador peor valorado (con una puntuación promedio de alrededor de 5), junto con el tiempo libre (con un promedio ligeramente superior a 6), la satisfacción con la vida y la satisfacción con el trabajo. Las puntuaciones sobre bienestar general y satisfacción con la vida son coincidentes con la opción de respuesta «bastante satisfecho».

TABLA 3.1

Media y DT de variables de bienestar, calidad de vida y satisfacción por grupos de edad⁽¹⁾

	TODA LA MUESTRA		JÓVENES		ADULTOS		MAYORES	
	MEDIA	DESV. TÍP.	MEDIA	DESV. TÍP.	MEDIA	DESV. TÍP.	MEDIA	DESV. TÍP.
Calidad de vida								
Valoración de su calidad de vida	7,4	1,8	7,8	1,4	7,4	1,6	7,0	1,9
Satisfacción con la vida								
Satisfacción con su vida	6,6	2,9	7,4	2,4	6,6	2,8	6,3	2,7
Bienestar								
Bienestar con su vida en general	7,1	2,5	7,8	2,0	7,2	2,4	6,7	2,7
Bienestar con su dinero	5,5	2,6	5,9	2,5	5,7	2,5	5,3	2,8
Bienestar con su vivienda	7,3	2,5	7,4	2,5	7,5	2,3	7,8	2,0
Bienestar con su tiempo libre	6,5	2,9	6,4	2,9	6,4	2,8	7,7	2,4
Bienestar con su trabajo	6,9	2,4	7,2	2,2	6,9	2,3	7,6	2,2
Bienestar con su salud	7,1	2,4	8,1	2,0	7,1	2,3	6,3	2,6
Satisfacción con su relación de pareja	8,4	2,0	8,8	1,8	8,4	2,0	8,4	2,0
Satisfacción con su familia	8,5	1,9	8,8	1,7	8,5	1,9	8,8	1,6
Satisfacción con sus amigos	8,5	1,6	8,8	1,5	8,3	1,7	8,7	1,6

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

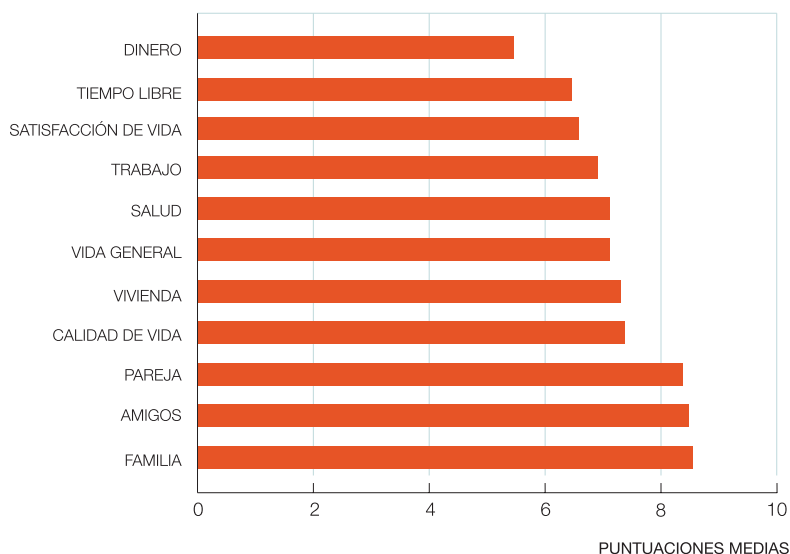
Así mismo, la calidad de vida en general obtiene una puntuación equivalente a «buena».

De las puntuaciones ante aspectos concretos de la vida, las más altas se refieren al bienestar relativo a las relaciones sociales, con valoraciones por encima de los 8 puntos. Las relaciones con la pareja, con los amigos y con la familia

(1) Para el cálculo de los valores medios de cada indicador se han considerado *missing* los valores 8 y 9 (ns y nc) para analizar sólo la respuesta de las personas que tienen una valoración efectiva. Debido a que no todas las preguntas estaban medidas en la misma escala (las preguntas estaban compuestas por una escala de respuesta de cinco puntos (1 a 5), a excepción de la pregunta sobre la satisfacción con la vida, compuesta por cuatro valores (1 a 4)), y con el objetivo de facilitar la comparación entre ellas. Se han transformado sus valores, de forma que el valor mínimo es 0 y el máximo 10, manteniendo la composición original de los datos.

GRÁFICO 3.1

Media de los indicadores bienestar, calidad de vida y satisfacción (muestra total)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

son los aspectos mejor valorados por los ciudadanos, con apreciaciones claramente por encima de la satisfacción general o la calidad de vida.

Estas valoraciones se modulan por grupo de edad (tabla 3.1), produciéndose una relación inversa entre la valoración de los conceptos más generales –vida general, calidad de vida y satisfacción con la vida, incluyendo la salud–, y el grupo de edad al que pertenece el entrevistado. En el sentido opuesto (mejor valoración de las personas al aumentar su edad) sólo actúan las valoraciones de la vivienda, del trabajo y del tiempo libre. Así, a primera vista, los jóvenes se muestran más «felices» y satisfechos con su vida en general, no así con aspectos concretos, como el acceso a la vivienda o el trabajo, problemas comúnmente conocidos de este grupo generacional.

Como se ha señalado en la introducción de este capítulo, se está evaluando un conjunto de conceptos altamente relacionados. Por ello, para simplificar, se aprovechará esa estrecha relación para elaborar un único indicador global.

El análisis factorial es el procedimiento estadístico indicado para obtener una única variable que agrupe aquellas preguntas que demuestran tener puntuaciones muy relacionadas entre sí. Tras realizar ese análisis se obtuvo un factor, o dimensión, en el que las preguntas «¿cómo valora ud. su calidad de vida?», «¿en qué medida se siente satisfecho con su vida?», «¿cómo se siente respecto a su vida en general?» y «con respecto a su estado de salud, ¿se siente...?» presentaban una alta asociación entre sí. Este factor, que contiene tanto las variables mencionadas (satisfacción con aspectos generales de su vida), como las relativas a aspectos concretos de la vida de los ciudadanos (satisfacción con el dinero, la vivienda, el trabajo, el tiempo libre, las relaciones familiares, las de pareja, y con los amigos), aunque con una menor carga, ya que saturan con mayor fuerza en otras dimensiones, es el que se utilizará en el resto de los análisis. Se ha denominado este nuevo indicador «bienestar».

Tal como se venía mostrando, y a la vista de los datos observados en la tabla 3.1, se constata que a mayor edad los individuos muestran una peor valoración subjetiva de su bienestar. Las principales diferencias se aprecian en el grupo compuesto por los jóvenes, con una puntuación media en el indicador de 1,5 puntos por encima del resto de grupos. Los jóvenes, como se ha comentado, se muestran altamente positivos con su vida en general, y por tanto, con el indicador general de bienestar.

3.3. La influencia del estilo de vida en el grado de bienestar

Una de las preguntas de investigación estriba en si un estilo de vida activo –identificado, como ya especificamos en el capítulo I, a partir de tres aspectos: realizar actividad deportiva, andar y pasear, o realizar actividad física durante las actividades de la vida diaria– influye de alguna forma en el bienestar, en la satisfacción y en la calidad de vida subjetiva. Para ello, se procede a dos tipos de aproximación. En primer lugar, se ha realizado un análisis de diferencia de medias entre el indicador de bienestar y cada una de las variables de estilo de vida activo tomadas por separado. En segundo lugar, se han realizado análisis de regresión, en los que se considera la influencia de las variables de estilo de vida (y otras de carácter sociodemográfico) de manera simultánea.

En relación con la primera de las aproximaciones, se puede observar que andar o pasear influyen en la media de bienestar de los individuos en la muestra

total y en jóvenes, pero no en adultos o mayores, en los que la influencia no alcanza niveles de significación estadística (tabla 3.2). Los mayores son los que menos andan de los tres grupos analizados. Si bien es una de sus actividades físicas más habituales, indicando que andan todos los días más del 60% de los mayores. No obstante, esta actividad no parece estar relacionada con su bienestar, por lo menos si no analizamos más variables de forma conjunta.

Esto mismo ocurre en la práctica del deporte. Como se puede ver en el gráfico 3.2, la actividad deportiva reporta mayor bienestar sólo a la muestra total y al grupo de jóvenes. Los jóvenes son, además, el grupo que más deporte practica (con casi 17 puntos más que el grupo de mayores), a pesar de lo cual no llega en ningún caso al 35% el porcentaje de personas que realiza actividad deportiva.

TABLA 3.2

Medias de bienestar en función de la actividad física desarrollada

	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES (**)	ADULTOS	MAYORES
Andar o pasear				
No anda	6,63	7,78	6,72	6,36
Anda de forma esporádica	7,10	7,88	7,08	7,04
Anda 2 o 3 veces a la semana	7,25	8,52	6,94	6,80
Anda todos los días	7,00	8,03	6,80	6,98
Total	6,95	8,01	6,84	6,75
	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES (**)	ADULTOS	MAYORES
Deporte				
No hace deporte	6,66	7,71	6,68	6,62
Hace deporte de forma esporádica	7,39	8,00	7,17	7,60
Hace deporte 2 o 3 veces a la semana	7,42	8,47	7,17	7,17
Hace deporte todos los días	7,55	8,32	7,30	7,31
Total	6,94	8,02	6,84	6,74
	MUESTRA COMPLETA (**)	JÓVENES (**)	ADULTOS	MAYORES (**)
Actividad				
Sentado	6,77	8,13	6,52	6,18
De pie	7,02	8,23	6,97	6,94
Trabajo pesado	7,19	7,71	7,31	7,15
Caminando	6,96	7,92	6,89	6,97
Total	6,94	8,02	6,84	6,71

Notas: (*) Indica que, en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,05$.

(**) Indica que, en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,01$.

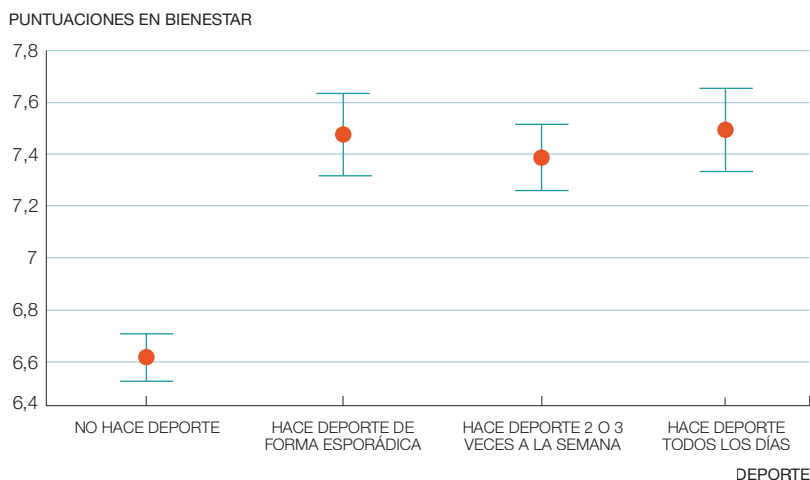
Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

va. Un elemento por destacar es que, como se pone de manifiesto en el gráfico 3.2 a), para la muestra total, las diferencias en el bienestar manifestado por los

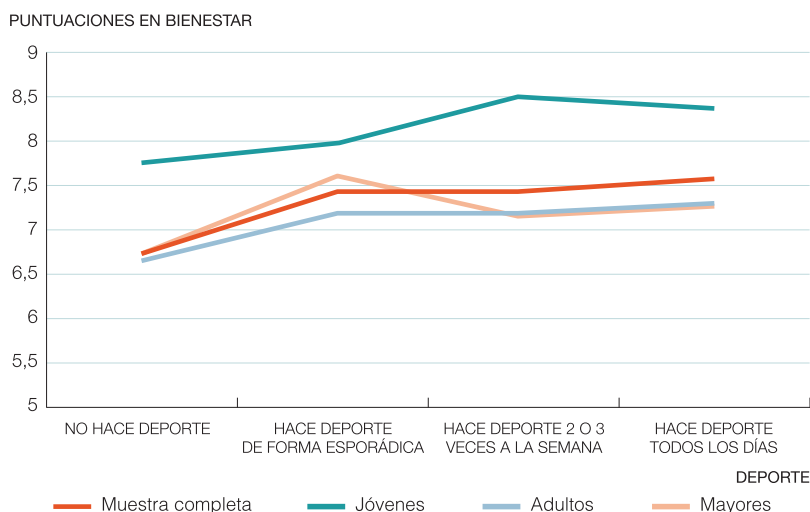
GRÁFICO 3.2

Representación del bienestar en función de la actividad deportiva desarrollada a) y grupos de edad b)

a) MEDIAS DE BIENESTAR SEGÚN ACTIVIDAD DEPORTIVA DESARROLLADA, CON INTERVALOS DE CONFIANZA (95%)



b) MEDIAS DE BIENESTAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD, CON INTERVALOS DE CONFIANZA (95%)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

entrevistados se producen entre aquellos que realizan deporte, ya sea de forma esporádica, habitual o cotidiana, y los que no realizan ningún tipo de deporte. Sin embargo, la frecuencia de la práctica deportiva no parece tener influencia en el bienestar, al menos de acuerdo con nuestros resultados.

Por último, en relación con las actividades de la vida diaria, se observan diferencias significativas en el bienestar en todos los grupos excepto en el formado por los individuos de 35 a 64 años.⁽²⁾ En términos generales, los individuos que pasan la mayor parte de su jornada sentados son los menos satisfechos con su bienestar personal. En los jóvenes, realizar trabajo pesado es un factor que se asocia a un menor bienestar, aunque esto no sucede así en el resto de grupos de edad.

En resumen, a partir de los resultados de este primer análisis se puede afirmar que la actividad física, en sus distintos formatos, parece influir en un mayor bienestar en todos los grupos, aunque fundamentalmente en los jóvenes.

Sin embargo, es evidente que no sólo los grupos de edad, sino también las demás características sociodemográficas de las personas afectan o influyen en su bienestar. Por ello, se ha planteado una segunda aproximación a la influencia que pueda tener el estilo de vida sobre el bienestar, realizando análisis no por separado, como se ha expuesto en los párrafos anteriores, sino incluyendo todos los posibles factores influyentes al mismo tiempo. Como ya se comentó en el capítulo II, el análisis indicado en este caso es el análisis de regresión, que permite comprobar si cierto grupo de variables (en nuestro caso, el estilo de vida y otras variables de tipo sociodemográfico) influye o predice los resultados que se obtienen en otra (que, en nuestro caso, será el bienestar).

Por ello se ha realizado un análisis de regresión que tenga en cuenta de forma conjunta todas las variables y que pueda, por tanto, discriminar cuáles tienen mayor influencia en el bienestar de los individuos (variable dependiente) de forma independiente del resto de variables. En otras palabras, se trata de comprobar si el estilo de vida activo ejerce influencia en el bienestar informado por los participantes en nuestro estudio, independientemente de sus características sociodemográficas (tablas 3.3 y 3.4). Hay que resaltar que, puesto que

(2) Este grupo de edad se podría tomar como significativo si se relaja el criterio de significación y se asume un nivel de error algo mayor que el 5%.

se trata de un estudio transversal, no podemos hablar de que esa influencia sea causal, sino más bien una covariación que procede de las relaciones de asociación estadística entre las variables independientes y el bienestar.

Se presentan los resultados de estos análisis primero para la muestra total y, posteriormente, para cada uno de los tres grupos de edad por separado.

Población general

En el análisis anteriormente comentado se observó que tanto andar como practicar deporte y la actividad física están relacionados con el bienestar en la muestra total. En el análisis de regresión, cuando se tienen en cuenta todas las variables de forma conjunta, observamos que la actividad no resulta ser estadísticamente significativa, siendo el deporte el factor de mayor importancia entre las tres variables que miden el estilo activo de los ciudadanos. A pesar de ello, el porcentaje de varianza explicada es relativamente escaso, un 7,2% (tabla 3.3, columna a). Cuando se incluyen también las características

TABLA 3.3

Análisis de regresión.⁽³⁾ Variable dependiente: bienestar. **Variables independientes: estilo de vida**

	a) TODA LA MUESTRA		b) JÓVENES		c) ADULTOS		d) MAYORES	
	B (ET)	IMP ⁽⁴⁾	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP
Andar o pasear	0,112 (0,022)**	17,9%	0,102 (0,034)**	12,4%	0,033 (0,050)		0,141 (0,035)**	26,0%
Deporte	0,244 (0,022)**	80,6%	0,232 (0,034)**	68,3%	0,141 (0,050)**	87,4%	0,163 (0,035)**	31,5%
Actividad	0,032 (0,022)		-0,123 (0,034)**	19,3%	0,041 (0,050)		0,179 (0,035)**	42,5%
R ² corregida	7,2%		7,3%		0,8%		8,4%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

(3) Se ha realizado un análisis de regresión categórica (regresión con escalamiento óptimo –CATREG–, siendo la variable dependiente el indicador de bienestar, y como variables predictoras o independientes las variables del estilo de vida activo (andar o pasear, realizar deporte y actividades de la vida diaria), así como las variables socio-demográficas que caracterizan a los entrevistados. Estos análisis se han realizado para cada una de las muestras de población (jóvenes, adultos y mayores), siendo importante señalar que no son comparables, puesto que no comparten la misma variable dependiente, y los análisis se han realizado de forma completamente independiente.

(4) En la tabla aparece el valor de los coeficientes beta (B), el error típico (ET) entre paréntesis, y la significación estadística (** si es significativo al 99%, * si es significativo al 95% y sin estrella si es no significativo al 95%). También se incluye una columna con la «importancia de Pratt».

TABLA 3.4

Análisis de regresión. Variable dependiente: bienestar. Variables independientes: estilo de vida y variables sociodemográficas

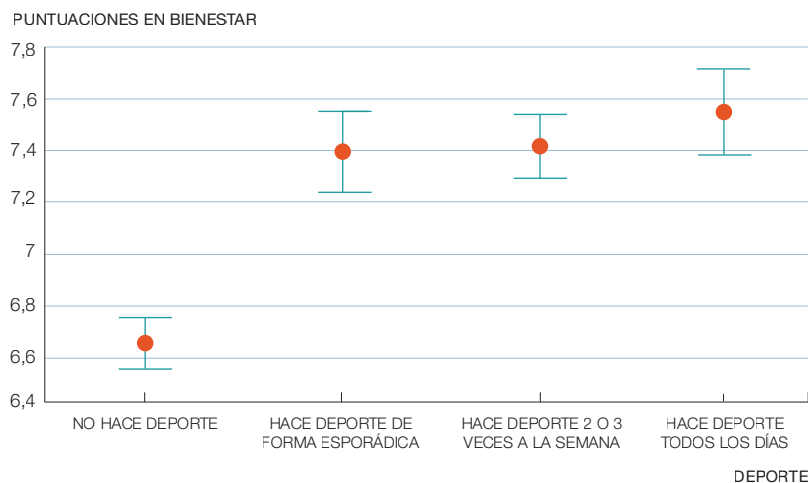
	a) TODA LA MUESTRA		b) JÓVENES		c) ADULTOS		d) MAYORES	
	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP	B (ET)	IMP
Andar o pasear	0,071 (0,020)**	3,4%	0,080 (0,032)**	3,1%	0,018 (0,046)		0,101 (0,033)**	6,7%
Deporte	0,124 (0,021)**	12,0%	0,201 (0,034)**	18,4%	0,177 (0,046)**	5,0%	0,138 (0,033)**	10,1%
Actividad	0,047 (0,020)*	0,7%	-0,061 (0,033)		0,046 (0,047)		0,184 (0,033)**	17,6%
Sexo	-0,058 (0,021)**	3,2%	0,010 (0,036)		0,053 (0,050)		-0,158 (0,040)**	15,9%
Edad	-0,180 (0,032)**	23,8%	-0,167 (0,043)**	6,8%	-0,159 (0,053)**	9,2%	0,022 (0,034)	
Estado civil	-0,136 (0,024)**	1,1%	0,094 (0,037)**	0,0%	-0,256 (0,049)**	16,7%	-0,175 (0,036)**	21,0%
Nivel educativo	0,069 (0,023)**	7,4%	0,116 (0,036)**	8,8%	-0,163 (0,050)**	3,0%	0,172 (0,035)**	19,5%
Situación laboral	0,206 (0,028)**	26,6%	0,203 (0,038)**	10,1%	-0,222 (0,054)**	22,7%	0,088 (0,037)**	4,0%
Nº personas en el hogar	-0,081 (0,022)**	0,1%	-0,237 (0,036)**	15,4%	-0,093 (0,050)	3,0%	0,084 (0,039)*	3,5%
Situación convivencia	-0,142 (0,021)**	12,2%	-0,262 (0,034)**	22,4%	-0,214 (0,048)**	12,6%	-0,102 (0,037)**	2,5%
Nacionalidad	-0,070 (0,020)**	1,8%	-0,093 (0,032)**	5,9%	0,050 (0,047)		0,056 (0,032)*	1,2%
Ingresos	0,116 (0,023)**	10,3%	0,160 (0,042)**		0,252 (0,053)**	26,5%	0,075 (0,037)*	6,4%
Hábitat	-0,022 (0,020)		-0,041 (0,032)		-0,090 (0,046)*	1,3%	-0,033 (0,033)	
R ² corregida	22,6%		20,9%		17,8%		19,0%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

sociodemográficas, el porcentaje de varianza explicado por el modelo aumenta hasta el 22,6% (tabla 3.4, columna a), siendo la edad de los entrevistados (a mayor edad, menor satisfacción con su bienestar o con su calidad de vida), la situación laboral, la situación de convivencia y la práctica deportiva las variables que más contribuyen a la explicación.

GRÁFICO 3.3

Medias de bienestar según práctica deportiva realizada, con intervalos de confianza (95%)



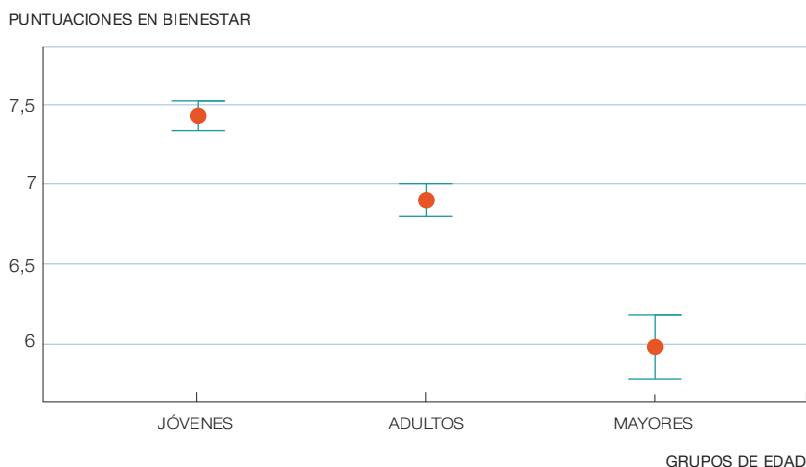
Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

En el gráfico 3.3 se puede observar la media e intervalo de confianza de los valores de la variable dependiente (factor 1 de bienestar), según la actividad deportiva desarrollada por los individuos. Se observan claramente dos grupos: el de los individuos que no practican deporte, con un nivel de bienestar significativamente distinto, y de los individuos que practican algún tipo de actividad deportiva, ya sea de forma esporádica, dos o tres días en semana o todos los días (ya que entre éstos no existen diferencias claras, solapándose los intervalos de confianza).

Como se comentó al principio de este capítulo, la edad comporta diferencias claras en el bienestar de los individuos. En el gráfico 3.4 observamos las diferencias en los valores de la variable dependiente según el grupo de edad al que pertenece el entrevistado. A mayor edad menor bienestar subjetivo, con diferencias significativas en todos los grupos.

Otra variable que resulta de interés para el estudio del bienestar es la situación laboral de los entrevistados. Las valoraciones más altas las obtienen los estudiantes (categoría visiblemente relacionada con la edad que, como se ha comentado en el párrafo anterior, se correlaciona con el bienestar), y las per-

GRÁFICO 3.4

Medias de bienestar y edad, con intervalos de confianza (95%)

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

sonas que están trabajando. Claramente por debajo se sitúan desempleados (entre los que se observa una gran dispersión, con un intervalo de confianza que abarca puntuaciones máximas y mínimas), jubilados y pensionistas (también aquí estará presente la influencia de la variable edad). Las amas de casa también muestran valoraciones más bajas, aunque algo mayores que las de estos últimos grupos.

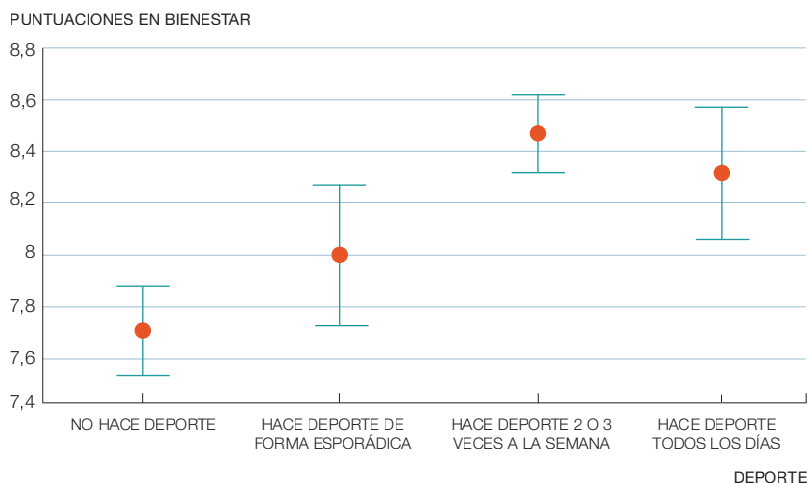
Jóvenes

Los jóvenes informan de un mayor bienestar y calidad de vida que el resto de grupos de población. Además, para éstos son significativamente importantes la situación de convivencia, el número de personas en el hogar y la práctica deportiva. El modelo en su conjunto explica un 20,9% de la variabilidad del bienestar manifestado por los jóvenes (tabla 3.4, columna a).

La práctica deportiva influye positivamente en el bienestar manifestado por los jóvenes, con una importancia en el modelo del 18,4%, por encima de la situación laboral, el nivel educativo, ingresos, estado civil, etc. Hacer deporte influye en el bienestar de los jóvenes, pero la frecuencia del mismo no resulta

GRÁFICO 3.5

Medias de bienestar y práctica deportiva en jóvenes, con intervalos de confianza (95%)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

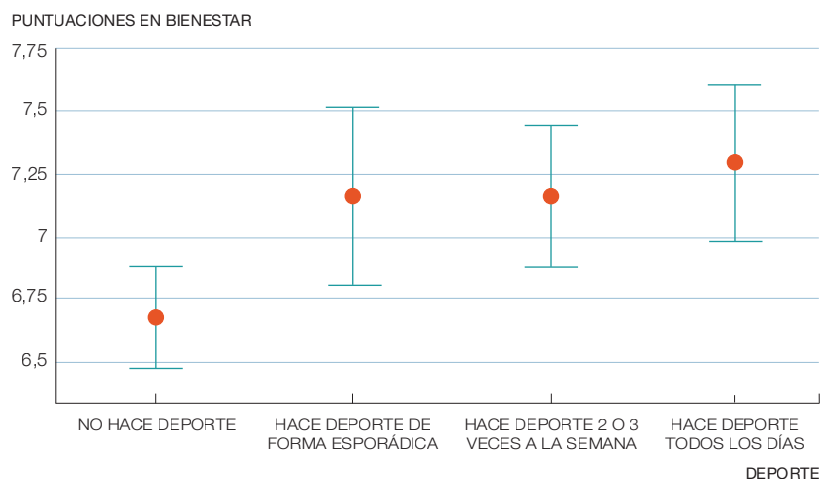
significativa, como puede observarse en el gráfico 3.5, ya que las diferencias se producen entre los que no realizan actividad deportiva (con un bienestar claramente inferior al resto), y los que la realizan dos o tres días por semana o todos los días (cuyo bienestar es ampliamente superior). Los jóvenes que hacen deporte de forma esporádica muestran una gran dispersión, por lo que son difícilmente clasificables en uno u otro grupo, dependiendo su bienestar probablemente de otras características distintas de la práctica deportiva.

Adultos

En la población adulta el estilo de vida no parece influir en su bienestar, explicando las tres variables tan sólo el 0,8% de éste (tabla 3.3, columna c). De las tres, tan sólo resulta significativa al 95% de confianza la práctica deportiva, con signo positivo; es decir, a mayor práctica deportiva mayor bienestar subjetivo, a pesar del constatado poco peso en el mismo. Éste, sin embargo, sí está influido por otras variables, tales como la situación laboral, los ingresos o el estado civil (tabla 3.4, columna c).

GRÁFICO 3.6

Medias de bienestar y práctica deportiva en adultos, con intervalos de confianza (95%)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

En cuanto al deporte, como única actividad física significativa para el grupo de adultos, existen diferencias significativas entre los que no hacen ningún tipo de deporte (con menor bienestar declarado), y los que hacen todos los días (con un bienestar mayor), siendo los dos grupos intermedios difícilmente clasificables. Como se puede apreciar en el gráfico 3.6, los intervalos de confianza de los distintos grupos son mayores que los presentados en esta misma variable en el grupo formado por los jóvenes.

Para la población adulta la situación laboral constituye, junto con el nivel de ingresos, la principal fuente de bienestar. Los trabajadores son los que mayor bienestar manifiestan, con muy baja dispersión. En el lado opuesto se encuentran los jubilados, aunque éstos no son claramente clasificables, por cuanto mantienen posiciones muy diversas, y las amas de casa, que declaran un bienestar manifiestamente inferior al de los trabajadores.

Mayores

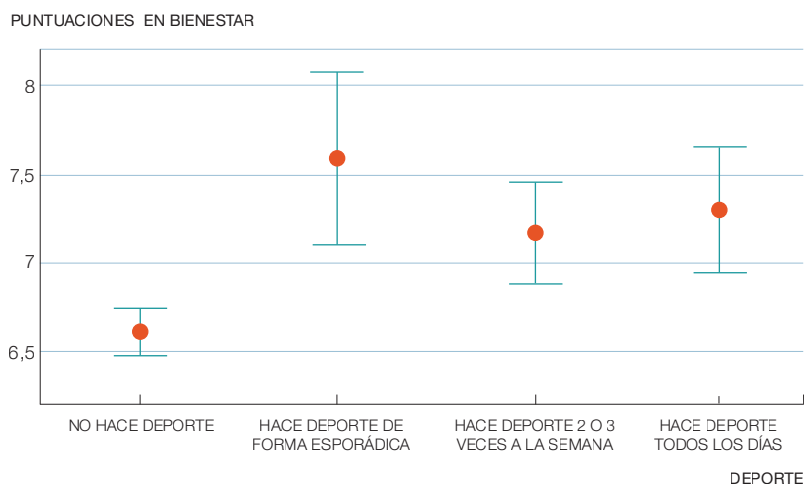
Por último, analizamos el grupo de población constituido por los mayores de 65 años, hasta los 79 años (tablas 3.3, columna d y 3.4, columna d). Éstos otorgan mayor importancia en la variabilidad de su calidad de vida y bienestar a las variables relacionadas con el estilo de vida activo (8,4%), siendo significativos los tres elementos contemplados y destacando la actividades de la vida diaria, que suponen el 42% de esta variabilidad.

Al incluir el resto de elementos característicos de los entrevistados, el deporte supone un 10% de la variabilidad del bienestar, y la actividad de la vida diaria el 17,6%. También tienen mayor importancia que en los grupos anteriores el sexo (las mujeres se sienten menos felices que los hombres), el estado civil (solteros y casados están más satisfechos con su vida que divorciados y viudos) y nivel educativo.

En esta ocasión, las conclusiones sobre el deporte son similares a las presentadas para los demás grupos de edad. Así, se diferencian claramente los mayores que no practican ningún tipo de deporte, con un bienestar inferior a

GRÁFICO 3.7

Medias de bienestar y actividad física en mayores de 65 años, con intervalos de confianza (95%)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

los 7 puntos, y los que realizan actividades deportivas todos los días, o dos o tres veces por semana, con un bienestar superior a los 7 puntos. De nuevo, el grupo de deportistas esporádicos entre los mayores no muestra una tendencia clara. No obstante, su valoración es más positiva que en el resto de edades, por lo que, a pesar de que en este grupo, el de los deportistas esporádicos, existe una gran dispersión que no permite generalizar sobre los resultados obtenidos, sí que se aprecia una tendencia hacia mayores niveles de satisfacción con la vida. Lo anterior apunta a que, en estas edades, algo de deporte, aunque sea poco, influye positivamente en el bienestar reportado.

Destacan también las diferencias mostradas según si el mayor es hombre o mujer, por cuanto en los demás grupos de edad estas diferencias o no se producían o eran de escasa importancia. Así, en este grupo los hombres tienen valores de bienestar un punto por encima de las mujeres. Estos datos apuntan en el mismo sentido que los presentados en el capítulo anterior sobre actividad física y salud, que indicaban una peor percepción de su estado de salud en ellas con respecto a ellos, especialmente en este grupo de edad.

3.4. Los beneficios de la actividad física para la calidad de vida

Los resultados de este capítulo están en consonancia con lo esperado teóricamente y con otros hallazgos del mismo tipo.

Los encuestados informan estar bastante satisfechos con la vida, tener altos niveles de bienestar y una buena calidad de vida. De los aspectos específicos de la calidad de vida, son las relaciones interpersonales las que son informadas como altamente satisfactorias; ello es coincidente con otros trabajos sobre calidad de vida y bienestar. En España (como así ocurre en otros países mediterráneos) las relaciones interpersonales tienen una importancia prioritaria (véase, por ejemplo, Antonucci *et al.*, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger *et al.*, 2005; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macía, 1996).

La relación entre todas las valoraciones subjetivas acerca de la propia vida se verifica en los resultados obtenidos procedentes del análisis factorial. En sus resultados se comprueba cómo el bienestar, la satisfacción y la calidad de vida presentan puntuaciones altamente correlacionadas entre sí, lo que indica que los participantes en el estudio los contemplan como aspectos estrechamente relacionados. Ello no sólo avala el planteamiento inicial, sino que per-

mite utilizar una puntuación ponderada del concepto que se pretendía evaluar fundiendo las distintas etiquetas verbales presentes en la literatura, que se ha reducido a una sola, denominándola «bienestar». En resumen, al evaluar la calidad de vida subjetiva, por mucho que se introduzca dominios de calidad, los resultados abarcan otros conceptos subjetivos, como satisfacción o bienestar.

Por lo que se refiere a la relación entre el bienestar y los distintos contextos de actividad física se encuentra que, como se esperaba, los participantes que realizan una mayor actividad física y hacen deporte informan sentir un mayor bienestar. Sin embargo, existen diferencias debidas a la edad, dado que esto sólo ocurre en los jóvenes y cuando se toma en cuenta toda la muestra (seguramente por arrastre de los jóvenes). Cuando se pregunta por actividades de baja implicación física (andar o pasear y actividades de la vida cotidiana) la relación entre mayor actividad y mayor bienestar se produce en todos los grupos de edad (el grupo de adultos presenta la misma tendencia, aunque su media no alcanza el nivel de significación estadística).

Con los análisis de regresión realizados se concluye que las tres condiciones de estilo de vida activo explican el 7,2% de la variabilidad del bienestar de los individuos; sin embargo, cuando se introducen variables sociodemográficas se incrementa fuertemente la varianza explicada, siendo la edad de los entrevistados (a mayor edad menor satisfacción con su bienestar o con su calidad de vida), la situación laboral y la situación de convivencia las variables sociodemográficas más relevantes. Es de interés resaltar que es posible establecer dos grupos: los individuos que no practican deporte y los que lo practican. Ambos grupos difieren significativamente en el bienestar que expresan; en otras palabras, los individuos que practican algún tipo de actividad deportiva informan de un mayor bienestar. Ello afianza la importancia del deporte en el bienestar percibido por el individuo.

Por otra parte, es también digno de ser resaltado que los resultados establecen que a mayor edad, menor bienestar. Ello es contrario a lo establecido en otros trabajos en los que la edad tiene escaso peso en el nivel de satisfacción. Incluso esa falta de relación es explicada a través de distintas teorías relativas a la adaptación del proceso de envejecimiento (Carstensen *et al.*, 2000), a los procesos de autorregulación (Fernández-Ballesteros, 2008) y a los procesos de resiliencia y de habilidades de *coping* (Diener y Diener, 1999; Baltes y Baltes, 1990). Se requiere una más amplia investigación longitudinal si se

pretende comparar investigaciones pasadas con las actuales y, seguramente, se requiera también establecer si las diferencias entre jóvenes y mayores son debidas a un incremento del bienestar de aquéllos o a un decremento del bienestar de los mayores o, como hipótesis *post hoc* compatible, si los valores sociales no están influyendo en la percepción de bienestar en las generaciones «hedonistas», más jóvenes, en comparación con las generaciones del «esfuerzo», mayores.

Una segunda fuente de diferenciación sociodemográfica procede del sexo. Las mujeres, tanto adultas como mayores, expresan menor satisfacción que los hombres, manifiestan menor bienestar que los hombres. Ello coincide con la investigación en este ámbito que, en general, suele obtener que las mujeres expresan menores niveles de calidad de vida, satisfacción, bienestar y salud que los hombres. A pesar de que el hecho es conocido, su explicación no está clara. Se especula que la mujer tiene peor salud (en datos objetivos: padece mayor número de enfermedades, acude más frecuentemente al médico, toma más medicamentos y padece mayor número de enfermedades crónicas relativas al sistema osteoarticular), y ésta es la razón de que informe más negativamente que el hombre de condiciones subjetivas. Otros autores postulan que las mujeres se autoevalúan más negativamente que los hombres, dado que culturalmente están preparadas para informar de sí mismas más negativamente (para una revisión, véase Roysamb *et al.*, 2002). En todo caso, lo importante es que en el trabajo se muestra este fenómeno, así como que las mujeres también difieren de los hombres en que realizan menos actividad física.

Otros factores demográficos relevantes son el estado civil (solteros y casados son más felices que los divorciados y viudos) y nivel educativo (los de nivel educativo más alto se sienten más felices); la situación laboral y el nivel de ingresos son las variables con mayor poder explicativo del bienestar de la población adulta.

En resumen, se constata que las personas que realizan actividad física tienden a informar de mayor bienestar, satisfacción y calidad de vida, aunque sólo los jóvenes que realizan más actividades deportivas son los que expresan mayor bienestar. Existen diferencias de edad y de sexo en cuanto al bienestar. Como era de esperar, se encuentra una estrecha relación entre conceptos como bienestar, satisfacción y calidad de vida subjetiva.

IV. Calidad de vida, salud y actividad física en los discursos de jóvenes y mayores

4.1. Alcance y limitaciones del estudio cualitativo

En este capítulo se presentan algunos resultados de la fase cualitativa de la investigación. En particular, los datos que se exponen son los obtenidos en los grupos de discusión realizados a distintas muestras de población joven y mayor, residentes en áreas urbanas y rurales, y teniendo en cuenta su condición socioeconómica y su género. En el análisis también se han tratado los discursos surgidos en un grupo representado por una pequeña muestra de personas pertenecientes a asociaciones de madres y padres de alumnos.

Antes de comenzar esta tarea, se realizan algunas consideraciones sobre el planteamiento del análisis a fin de entender mejor el alcance de las evidencias recabadas y la estructura establecida para su interpretación. En primer lugar, cabe indicar que esta parte del trabajo se basa en un estudio de carácter exploratorio. Esto significa que los resultados alcanzados han de ser contemplados más como un avance sobre el objeto de la investigación que como una demostración categórica.

En segundo lugar, conviene tener presentes las limitaciones del diseño muestral (véase el Apéndice metodológico). La muestra empleada pretende abarcar aspectos relevantes en la relación entre actividad física y deporte, salud y calidad de vida en el imaginario social de jóvenes y mayores. Para lograr este objetivo se diseñó una muestra intencional, a fin de delimitar las distintas opiniones, creencias y valoraciones que estas poblaciones comparten al respecto. Por tanto, esta muestra no representa la amplia heterogeneidad de posiciones sociales y estilos de vida que puedan darse entre cada una de estas poblaciones, sino que se centra en detectar posiciones análogas en el espectro

social en función de un conjunto de variables independientes (nivel económico y educativo, sexo y tamaño de hábitat). Esta circunstancia nos ha llevado igualmente a centrarnos en los tópicos que comparten en sus discursos tanto las poblaciones de mayores como las de jóvenes.

La opinión extraída entre jóvenes y mayores es complementada por la compartida por una pequeña muestra de padres y madres de alumnos. La razón por la que se ha optado por considerar la opinión de este sector, y no otro, radica en que había un especial interés por conocer las actitudes y los comportamientos relativos al tema que nos ocupa entre un sector de la población, los menores de edad, a los que resulta complicado acceder directamente por cuestiones legales. Considerando que, como han planteado algunos autores (Ayuso y López, 2007), muchas de las tendencias apuntadas en los actuales estilos de vida sedentarios entre la población española adquieren mayores niveles de manifestación entre los niños y adolescentes, la decisión de indagar en este terreno entre sus progenitores parecía oportuna.

En tercer lugar, no se pretende ocultar otra limitación que los tres elementos axiales del estudio (el deporte, la salud y el bienestar personal) hacen referencia por sí mismos a un conjunto mucho más amplio de aspectos sociológicos. De ahí que el análisis realizado en este capítulo aspire especialmente a determinar el peso específico de cada uno de ellos en el seno de las distintas poblaciones estudiadas.

El análisis que se desarrolla en las próximas páginas se estructura en tres apartados. El primero está dedicado al concepto de «calidad de vida». Se trata de conocer qué entienden las distintas poblaciones estudiadas por esta noción, lo que ayudará más adelante a encontrar conexiones con el deporte. En el segundo apartado se hablará del concepto de «salud». Aquí se tendrá oportunidad de constatar la estrecha relación que establece la población entre salud y calidad de vida. Esta relación suministrará algunas claves para entender el lugar que se le otorga al deporte como elemento esencial de salud y bienestar, algo de lo que se hablará más extensamente en el tercer y último apartado del capítulo.

Los resultados revelan que el deporte está muy presente en los discursos relativos a la salud y el bienestar personal en el seno de la población española. Sin embargo, en esta relación que se establece no hay un acuerdo unánime sobre la preeminencia de uno de estos elementos sobre los demás, ni tampoco sobre la

dirección en la que giran cada uno de ellos –es decir, que, si bien el deporte y la actividad física repercuten positivamente sobre nuestro bienestar, gracias a sus efectos sobre la salud, al mismo tiempo, disponer de un buen estado de salud y bienestar incide favorablemente en la realización de ejercicio físico y deportivo.

4.2. La calidad de vida en el imaginario social

Tal como arguye Fernández-Ballesteros (1997), y como se ha apuntado en otra parte de este libro, definir, acotar y medir lo que se entiende por calidad de vida representa una ardua tarea; tanto, que ni siquiera los científicos se llegan a poner de acuerdo. La dificultad estriba en que en torno a esta noción entra en juego un amplio número de dimensiones, que se mueven en un doble plano (material e inmaterial, objetivo y subjetivo), difíciles de delimitar por cuanto desprenden significaciones y valores desiguales entre unos grupos sociales y otros, e incluso a nivel individual.

En lo que sigue no se tiene intención de entrar en discusiones conceptuales sobre este asunto. El interés radica en conocer el modo como la gente de a pie concibe la noción de calidad de vida. En este sentido, se dirá que tampoco las personas de la muestra estudiada se detienen en su delimitación, ya que se consideran muchos y muy heterogéneos los elementos que proporcionan calidad de vida. Pese a ello, en el análisis de los discursos registrados se detectan algunos puntos de acuerdo sobre una serie de rasgos que podrían ayudarnos a reconstruir las representaciones sociales sobre esta noción.

El **primer punto de acuerdo** es el atribuir a la calidad de vida la intervención de elementos de carácter material y/o tangible (entre otros, el dinero, el trabajo o el acceso a la vivienda) e inmaterial e intangible (disfrutar de tiempo libre, la satisfacción personal, la compañía, la autopercepción de la salud, etc.). Por lo tanto, estos elementos proporcionarán por sí mismos calidad de vida.

–Yo creo que es un conjunto de cosas... Y según tengas un mejor trabajo, una mejor cercanía, unos mejores amigos, un... todo.

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

Los elementos de los que hablan los participantes en el estudio para referirse a la calidad de vida pueden resumirse en cuatro grandes dimensiones centrales que, en general, están relacionadas unas con otras: 1) **Salud**: agrupa elementos

vinculados a la ausencia de enfermedades y el bienestar físico y psíquico personal dentro del entorno cercano (familiar, pareja o amigos); 2) **Trabajo**: incluye aspectos concernientes a las condiciones laborales (el acceso al mercado laboral, la obtención de un salario digno), la capacidad de acceso al consumo de determinados objetos y servicios y la posibilidad de ser autosuficiente; 3) **Tiempo**: la relación entre el tiempo destinado a actividades imperativas (trabajo, cuidado y atención de hijos, etc.) y el tiempo libre y de ocio —es decir, la posibilidad de disponer y gestionar el tiempo libre según las obligaciones de cada persona—; 4) **Entorno social**: abarca tanto el espacio físico como el social, es decir, el tejido de relaciones sociales que interaccionan dentro de un espacio físico dado.

—La calidad de vida para mí pasa por el tema de salud mental, o sea, de estar bien consigo misma y, bueno, luego ya otros aspectos referidos a la vivienda, al trabajo...

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

—(...) Es más lo que tengas alrededor de asistencia de familiares, de salud, del entorno más próximo en general.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

En correspondencia con lo anterior, el segundo punto de acuerdo deriva de que los informantes entienden que la presencia o no de estos elementos en nuestras vidas proporcionan un mayor o menor grado de calidad de vida, una observación a la que habría que añadirse varias matizaciones. La primera es que la perspectiva desde la que cada cual mira esos elementos corresponderá con las condiciones sociales y económicas que le rodeen. Por lo tanto, cada individuo o grupo, en función de su situación económica, sus valores de referencia (la socialización adquirida), la edad y el entorno en que vive otorgará mayor o menor importancia a cada uno de esos elementos.

Hombre 1: Yo no tengo problemas personalmente. Mi jubilación es la máxima, mis hijos están todos ya fuera de casa, sólo estamos mi mujer y yo, y la calidad de vida del matrimonio es buena, pero considero que hay gente por ahí para la que es mala, según la paga que tengan.

Hombre 2: Claro, hay muchas cosas, muchos factores, no es el dinero sólo, cuidado... también la salud...

(Mayores, 60-75 años, Barcelona)

–Igual que tu situación personal no es la mía, no todos a lo mejor somos aquí mileuristas, no todos a lo mejor estamos trabajando, no todos a lo mejor queremos formar una familia.

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

Al hilo de ello, la segunda matización es que las condiciones de partida de todo individuo demarcan unas específicas necesidades y expectativas personales y/o grupales. De acuerdo con el grado de satisfacción de éstas, se tendrá una mayor o menor sensación de calidad de vida. Esto significa que se trata de una noción que contiene un cierto relativismo, por cuanto lo que es importante para uno no necesariamente lo es para los demás.

Mujer 1: (...) No sólo depende de lo que tengas fuera o de lo exterior, o lo que consigas. Muchas veces puedes conseguir muchas cosas y no sentirte a gusto contigo misma, o no estar feliz. No tener una buena calidad de vida depende de tus expectativas, las mías...

Mujer 2: Si te pones a ver la calidad de vida es que cada persona, digamos, puede ser muy diferente. Va un poco en las expectativas que tenga la persona.
(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

–Entonces la calidad de vida depende del cristal con el que se mire.

(Hombre, 60-75 años, Barcelona)

Estos matices nos conducen al tercer punto de consenso alcanzado sobre este asunto entre la población: la calidad de vida es el logro de un equilibrio entre la posibilidad de satisfacer nuestras necesidades y aspiraciones materiales e inmateriales y la capacidad de acomodación a las circunstancias que nos construyen nuestras condiciones de vida. Este punto de equilibrio al que hacen alusión los informantes nos coloca sobre una noción subjetiva de mayor alcance, a saber: la «felicidad».

–O sea, que tu vida personal y tu vida laboral tengan concordancia, entonces eso también hace que tu salud mental sea buena.

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

–Yo también era maestra y estoy también jubilada y estoy feliz, no necesito mucho más. No soy rica, no somos ricos, pero nos conformamos con lo que tenemos.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Dado que los elementos contemplados aquí suscitan una desigual atribución de valores, según las condiciones sociales y económicas y, por extensión, las posibles necesidades y expectativas personales, la noción de calidad de vida se verá impregnada de numerosos matices en las distintas etapas vitales, como podremos comprobar a continuación. Sobre ello ejercerá un papel relevante, además, la influencia de la socialización o del contexto social e histórico vivido por jóvenes y mayores.

Calidad de vida y población mayor

Entre la población mayor, uno de los pilares centrales de la calidad de vida es la salud. La salud, a su edad, supone la condición potencial de seguir activo y, sobre todo, de mantener la independencia y la autonomía. La importancia de la salud, como condición de posibilidad de seguir activo, está vinculada al desgaste del organismo y a la aparición de enfermedades y afecciones propias de esa edad. Esta situación tiene como consecuencia la aparición de una mayor preocupación por el cuerpo y sus limitaciones.

—¡Lo primero la salud! No te das cuenta hasta que falta en casa. Mientras se está bien, no te das mucha cuenta, pero cuando en casa a alguien le falta la salud, entonces te das cuenta de que es lo primero y todo lo demás sobra.

(Hombre, 60-75 años, Barcelona)

En esta etapa, además, la calidad de vida dependerá de la forma como se vivan los cambios experimentados en la reorganización de la vida cotidiana, en lo que influirá la llegada a la jubilación y el abandono del hogar por parte de los hijos (lo que es conocido como «nido vacío»). Ambos acontecimientos supondrán una transformación de la vida cotidiana, dedicando una mayor parte del tiempo disponible a otras actividades desvinculadas de las obligaciones laborales y domésticas, como las actividades de ocio y tiempo libre.

Mujer 1: Yo creo que hay que tener una organización de la vida después de jubilada, igual que la teníamos cuando trabajábamos.

Mujer 2: Hay que ir mentalizándose antes de jubilarse, si no es que no lo haces.

Mujer 3: Una vez que llega la hora dices: «Y ahora, ¿qué hago?».

Mujer 1: Es una edad en la que siempre van saliendo cosas.

Mujer 2: Cosas para hacer, actividades que te hacen mejorar...

Mujer 1: Sí, es eso, procurar hacer actividades, salir, no quedarte en casa...

Mujer 3: Y por la mañana que no suene el despertador también es importante.

Mujer 2: Sí, vivir un poco a tu ritmo.

Mujer 1: Hacer actividades que no podías hacer antes.

Mujer 3: Un poco de lectura, un poco de paseo, algún viaje...

(Mayores, 60-75 años, Barcelona)

La importancia de las actividades de ocio y tiempo libre supone, por un lado, una manera de rellenar el tiempo disponible con nuevas inquietudes, una vez que la cotidianidad vinculada al trabajo y a la familia ha perdido su centralidad; y, por otro lado, una manera de ampliar y reforzar los lazos sociales, así como de superar la soledad y el encierro en el espacio íntimo del hogar, con todas las incidencias que éste puede tener en la estabilidad emocional de las personas.

—Es que es fundamental llenar la vida de ocupaciones porque no hay nada peor para la mente que el no tener algo que te ilusione y no hacer nada.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

En la obtención de calidad de vida también tendrán un papel fundamental los recursos económicos, ahora recibidos en forma de pensión. En efecto, en una sociedad en la que el acceso a los bienes, las experiencias y los servicios depende, en gran medida, de la capacidad del gasto de las personas, la pensión que se percibe tendrá la misma centralidad que el salario en otras etapas de la vida. La pensión actuará, por tanto, como condición de posibilidad de disfrutar de calidad de vida. Más allá de un medio de satisfacción de necesidades básicas, la pensión es la llave para el acceso y/o exclusión a las actividades de ocio y tiempo libre, como viajar o frecuentar un gimnasio. En esta relación, el papel asistencial que ejercen el entorno social y los actores públicos es cuestionable.

Hombre 1: La calidad de vida empieza cuando uno está jubilado. Si la jubilación que tiene es suficiente para vivir, o sea, ése es el punto primordial...

Hombre 2: Es primordial el dinero porque sin dinero no puedes vivir. Tienes una calidad de vida si tienes dinero, si no tienes dinero, no tienes calidad de vida.

Hombre 3: Es que la persona que llega a la jubilación y no ahorra nada está condenada al fracaso.

Hombre 2: A ver, espérate, déjame que te explique. A los cincuenta y dos años te dan trescientos y pico euros al mes y, como no tengas un rincón, te mueres. (Mayores, 60-75 años, Barcelona)

No cabe duda, en todo caso, de que el envejecimiento, sus cambios, y la manera de afrontarlos están estrechamente relacionados con las condiciones sociales y económicas de los individuos. En consecuencia, este proceso proveerá situaciones muy heterogéneas sobre la base de las cuales emergerán también muy diferentes maneras de sentir la calidad de vida.

Calidad de vida y jóvenes

La juventud puede definirse como una etapa de tránsito entre la adolescencia y la edad adulta, como «una situación provisional en la que se permanece hasta que readquieren competencias sociales» (Fernández Esquinas *et al.*, 2003). El ritmo de este proceso varía en función de las diferencias sociales, económicas y culturales que viven los jóvenes. Estas diferencias se ven reforzadas por el abanico de «edades» (culturales) que se han incluido en esta etapa en las últimas décadas. Esta ampliación ha estado motivada por el retraso en la adquisición de las competencias, es decir, en la llegada a la vida adulta y los elementos que la definen, como el acceso a un trabajo y un salario que facilite la independencia, la emancipación y la formación de un nuevo núcleo familiar.

Conviene subrayar, por tanto, que la juventud no es un colectivo homogéneo. Tal como apuntaran Alonso y Conde (1994), «no existe una sola juventud, sino varias juventudes que consisten en situaciones sociales distintas». El camino hacia la vida adulta en la juventud supone una transición paulatina que implica el paso por distintas etapas, en las que los ritmos no son regulares. En consecuencia, las diferencias en esta etapa excederán sus condiciones sociales y económicas, dependiendo así, además, de las diferencias derivadas de los ritmos y los ritos de paso con los que se viva el acceso a la vida adulta. Estas diferencias tendrán una influencia notable en las aspiraciones y expectativas de los jóvenes, lo que repercutirá en la concepción de la calidad de vida, en la importancia que le otorguen a unos u otros aspectos relacionados con ésta en las distintas etapas de la juventud. En general, el trabajo y la vivienda marcan la centralidad de sus discursos, si bien se aprecian temas de preocupación diferentes entre unos y otros, según si hablamos de jóvenes de 18 a 22 años, o bien de 24 a 32 años.

Hombre 1: No tenemos sitio para los jóvenes tampoco, nos íbamos todos a un sitio y ya lo han vallado.

Hombre 2: Te quitan de hacer botellón en el parque, te mandan a otro sitio, te dicen que en el Arenal no puedes beber y ahora te quitan el sitio. Entonces, el Ayuntamiento, ¿qué ha hecho? Quitar el botellón.

Mujer 1: No hay diversión, que abren una discoteca y a los dos días la cierran. No hay diversión para nosotros.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Mujer 1: La calidad de vida para mí es... asegurar la vida en lo que es la vivienda, asegurar el trabajo y poco más.

Mujer 2: (...) Es tener más tiempo para mi familia y para mí.

Mujer 1: Para mí, por mucho tiempo que tengas, y por mucho que dediques a tu familia, y por mucho que tal, si te falla el tema laboral no...

Mujer 1: En España se trabaja demasiado comparado con otros países... En horas, pero mal aprovechadas... Una cosa es jornadas laborales largas, pero si ya te vas al tema público y te vas a una administración pública y demás, bueno, la calidad de vida es mejor porque son menos las horas, claro. Hay más compatibilidad de la vida familiar y laboral, hay muchas más cosas que, bueno, cuando quieres formar una familia y cuando trabajas en ese campo, claro, te facilita más las cosas.

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

La inestabilidad e incertidumbre con la que viven los jóvenes los cambios relacionados con el tránsito a la vida adulta y su mundo incidirán en que, al referirse a la calidad de vida, el acceso al trabajo o la vivienda sean mucho más relevantes que otros aspectos como la salud –a diferencia de lo que ocurría entre las personas mayores–. El trabajo significa para los jóvenes la independencia del mundo familiar y, por ende, el camino de entrada a la vida adulta, más aún mientras más joven se es.

Hombre 1: La vivienda está muy cara, el trabajo está muy mal.

Mujer 1: Para independizarte está la cosilla chunga.

Hombre 1: Y luego los contratos, que en cuanto has trabajado, ya a los seis meses, que ya empiezan a tener que hacer un contrato más en condiciones o de más tiempo y eso, te dan largas.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Hombre 1: Habría que diferenciar entre la gente que se ha hipotecado, que tiene hipoteca y la gente que no. La calidad de vida para mí, por ejemplo, es que yo acostumbro a compartir piso con gente y no pienso comprarme casa porque lo veo difícil.

Hombre 2: Aquí en España... hay mucha frustración, la gente tiene mucha frustración a la hora de conseguir vivienda, trabajo... Me parece que la frustración al final va contra la calidad de vida, tus expectativas.

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

El trabajo supone entre los jóvenes también la posibilidad de disponer de cierta autonomía de gestión en un modelo de sociedad basado en el consumo. El salario supone tener capacidad de consumir, de acceder a bienes y servicios. Es la llave para vivir de forma independiente en una sociedad de consumo.

Hombre 1: Yo creo que el principal problema que hay es el trabajo.

Hombre 2: Y, si no hay trabajo, cómo piensan que nos compremos viviendas y nos independicemos.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

—Si tú estás en el paro, o pagas un piso, o tienes que alimentar a tu familia, o tienes que alimentarte tú mismo y no tienes dinero ni medios ni personas que te puedan ayudar, pues yo creo que no podría ser mentalmente muy feliz, creo que no podría tener calidad de vida... por muy sana que estés, por muy buenos amigos que tengas, si tú no pagas esas cosas... Es imposible vivir sin gastar.

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

Especial importancia tendrá este hecho en los ámbitos del ocio y de las relaciones sociales, ambos estrechamente ligados. Ciertamente, las actividades de ocio y tiempo libre, que son en las que habitualmente interaccionan los jóvenes con sus grupos de pares, están cada vez más vinculadas al consumo. Buena parte de sus relaciones, actividades y formas de llenar este tiempo están supeditadas a actos de consumo que exigen una capacidad de consumir. Tal como plantea Bauman (2005), la incógnita entre estas nuevas generaciones ya no es si «se vive para trabajar o se trabaja para vivir», sino «si se consume para vivir o se vive para consumir».

Hombre 1: Aunque uno tenga tres mil euros, si uno no puede ir a tomarse una caña con sus amigos, eso no es calidad de vida, aunque ganes diez mil euros.

Mujer 1: Igual la calidad de vida para una persona es tener un coche último modelo y poder gastarse cien euros el fin de semana.

Mujer 2: Claro, porque al final... todos consumimos y, aunque no quieras, es que te envuelve la espiral...

Mujer 1: Nuestros padres siempre nos han inculcado pues todo lo que ellos no pudieron tener, pues que tú lo puedas tener y parece que siempre tenemos que tener algo mejor y algo más. «Si mi padre tiene este coche, yo de mayor tengo que tener uno mejor porque quiere decir que he mejorado y que he evolucionado». A lo mejor que es lo que todos pensamos indirectamente...

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

La importancia del trabajo entre los jóvenes aparece conectada a otras dos dimensiones fundamentales en la concepción del disfrute de la calidad de vida: el tiempo y la salud. En cuanto al primer aspecto, el trabajo suscita inquietud por lo que a la gestión del tiempo libre se refiere. La flexibilidad en los nuevos modelos de organización laboral (en la etapa de producción posfordista) ha procurado una desregulación de la estructura de la vida cotidiana a través de la flexibilización de los horarios de trabajo y de ocio. Las consecuencias de esta desarticulación se manifiestan a dos niveles: la posibilidad de gestión del tiempo libre y el ocio y las relaciones sociales que en este ámbito se despliegan; algo que no tiene lugar, como antes, sólo en los espacios urbanos, sino que representa cada vez más una regularidad en un mundo global y homogéneo.

—Lo que pasa es que ocio... yo, cuando me tiro 12 horas al día trabajando, para mí un ocio es llegar a casa y acostarme.

(Hombre, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Mujer 1: Un trabajo que te deje tiempo, que no vivas para trabajar, sino que trabajes para vivir...

Mujer 2: El metro, el coche, los atascos y luego llegas, y muchas veces puedes alucinar con tener aparcamiento en un trabajo, pero, claro, te puedes tirar media hora buscando sitio para aparcar en cualquier otro lado... Y yo pienso que eso también es calidad de vida, tener un trabajo o cerca o que tengas facilidad...

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

En lo que concierne a la segunda relación, como consecuencia de las condiciones laborales propias del modelo de producción posfordista, aparecen nuevos

problemas de salud, como el estrés y la ansiedad, unas patologías que afectan incluso a los más jóvenes.⁽¹⁾

Mujer: Yo también estoy de acuerdo, pero creo que todo está relacionado con la salud mental... pero es más lo que decías de «vivimos para trabajar», o sea, la falta de tiempo.

Hombre: Yo pienso igual que ella, o sea, respecto a la salud mental. Entonces, si no tienes un buen trabajo, pues no puedes tener... Y si estás todo el día trabajando, pues tampoco vas a tener salud mental...

Hombre: Es que ése es otro problema, tienes que tener tiempo para el ocio.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Un último aspecto no tratado en este punto por su menor relevancia, pero que, en cualquier caso, aparece en los discursos de los jóvenes, es el entorno en el que se vive (grandes o pequeñas ciudades de provincias, pueblos). El entorno social donde viven influirá en la desigual manera de disfrutar del tiempo libre, en sus opciones de ocio y consumo.

La calidad de vida de los hijos desde el prisma de los progenitores

Los cambios sociales, políticos y económicos vividos en los últimos años han tenido consecuencias en las relaciones entre padres, madres e hijos. Estas transformaciones hacen que el mundo en el que fueron socializados los padres y madres sea muy diferente al mundo en el que viven sus hijos ahora. Esto se constata a través de situaciones como la paulatina disminución de la dependencia de los hijos y el engrandecimiento de su entorno vital, donde otros actores restan magnitud al papel socializador de la familia.

Estos hechos, y la sensación de pérdida de control de la vida de sus hijos, aumentan la incertidumbre de los padres y madres sobre las decisiones que tomar en su educación. De ahí que el elemento central de la calidad de vida de los menores, según los progenitores y/o tutores, se asocie al papel de la educación. Ésta será entendida en un sentido amplio, como un proceso global que incluye el conjunto de actividades de la vida cotidiana del niño, el entorno en

(1) Lo que está en relación con ese juicio que se planteaba en el capítulo I, según el cual la preeminencia de valores materiales, entre los que el trabajo supone un eje sustancial en nuestras vidas en un contexto de gran competencia por el acceso a este mercado, ha llevado en las últimas décadas a padres y madres a introducir a sus hijos en unos circuitos de adquisición de méritos que alcanzan parecido calado al de los propios circuitos laborales. Evidentemente, esta tendencia ha de desembocar en los mismos problemas de salud que padecen los trabajadores de cuello blanco (estrés, depresión, ansiedad, etc.).

el que se desarrollan y los distintos actores sociales con los que se relacionan. La educación del menor y su éxito dependen, según los padres y madres de las AMPAS, de la buena comunicación entre los agentes implicados en ella (institución escolar, profesores, monitores y padres).

—Yo creo que lo que es fundamental desde luego es la comunicación. La función que hace es tan importante, la que tú puedas tener con tu hijo, como la que tienes que tener con el tutor, como con el centro escolar.

(Madre, AMPA, Barcelona)

Pero las preocupaciones vinculadas a la educación van más allá del ámbito escolar. Así, por ejemplo, los progenitores consideran que el tiempo que pasan los menores fuera del colegio tiene una incidencia muy importante en su calidad de vida. En este ámbito, resaltan aspectos como la relación entre el tiempo libre y el tiempo vinculado al colegio y a los deberes que se realizan en casa. Los padres y madres consideran que éstos, en muchos momentos, son desmedidos y suponen una limitación para el ocio, que a estas edades proporciona elementos muy positivos para el desarrollo del menor. El juego, y, en particular, jugar con otros niños es una actividad fundamental a los ojos de los padres y madres.

—(...) Está todo el día en el colegio. Luego llega, tiene bastantes deberes, por lo menos tiene que estar una hora u hora y media cada día, ¿no? Luego lo apuntas a hacer... O sea, a ver si me entiendes. Yo digo: «Joder, que tenga un tiempo de ocio también para él».

(Padre, AMPA, Barcelona)

Al hacer referencia al ocio de sus hijos y la importancia que tiene en su calidad de vida, aparecen diversas preocupaciones entre padres y madres, entre las que destacan el entorno inmediato en el que viven, la emergencia de nuevas formas de ocio y la presión social por consumir. En relación con el entorno inmediato (la ciudad y el barrio), éste supone un elemento central que afecta al ocio a través de las posibilidades de autonomía de sus hijos. Estas posibilidades dependerán de los espacios de los que disponen, la oportunidad de utilizarlos y los peligros que puedan acecharlos, ya sean derivados del tráfico o la inseguridad.

—Con la inmigración que hay. Yo vivo cerca de un parque, y, si vieras a las siete de la tarde, alucinas lo que hay ahí metido. No sé: una de niñatos y ni-

ñatas, pero, vamos, que es que te da miedo. Fíjate, me da miedo hasta a mí, imagínate a mi hijo.

(Padre, AMPA, Barcelona)

En lo que concierne a las emergentes formas de ocio vinculadas a las nuevas tecnologías, el ocio digital (los medios audiovisuales y su empleo en el entretenimiento) se encuentra a la cabeza entre los motivos de desconcierto de padres y madres, por lo que respecta a la ocupación del tiempo libre entre sus hijos. En concreto, lo que les afecta de este tipo de ocio es sus posibles efectos perniciosos y la falta de autocontrol de los menores, así como la violencia que pueda exhibirse en algunos de aquellos.

—Porque mi hijo de 7 años se vuelve loco también con la Play... Los niños, si juegan más de cierto rato, luego no saben jugar con los otros niños, así que me sabe muy mal.

(Madre, AMPA, Barcelona)

En lo que atañe al consumismo, la preocupación de los padres y madres estriba específicamente en la presión social que puedan recibir los hijos por medio de determinados comportamientos de consumo, que son reproducidos como proceso de integración en el grupo de pares. Se trata de una cuestión que se expresa con gran tensión entre los padres y madres al hablar de calidad de vida: la oposición entre tener y ser como un pilar fundamental en los valores y actitudes que faciliten a su hijo acceder a una buena calidad de vida.

—Tenerlo todo no es ninguna calidad de vida.

(Padre, AMPA, Barcelona)

En resumen, la calidad de vida de los hijos, vista por los padres y madres, tiene que ver con el equilibrio entre aquellos elementos que se encuentran relacionados con el desarrollo y crecimiento del menor y con la educación, como herramienta para lograrlo, y asegurar un bienestar y unas capacidades mínimas para afrontar el futuro.

4.3. La salud en la subjetividad de la población investigada

Tal como han señalado algunos especialistas en otra parte de este trabajo, la salud engloba multitud de aspectos relacionados con la vida cotidiana. En este apartado nos referiremos a esta cuestión muy brevemente, por medio de los

discursos obtenidos en los grupos de discusión. El objetivo es analizar las percepciones, valores y creencias que se comparten sobre la salud en relación con la calidad de vida, a fin de comprender las posibles asociaciones que puedan establecerse entre ambos aspectos y el deporte y la actividad física.

Como ya se evidenciaba en el apartado anterior, la salud es reconocida como un pilar central de nuestra calidad de vida. Desde este punto de partida, en el imaginario social compartido por las personas participantes en nuestro estudio, la salud será representada de dos formas distintas. Por un lado, por sus efectos sobre la calidad de vida. Por otro, como medio de consecución de ésta, a través del cuidado personal. Con relación a la primera manera de entenderla, la salud será concebida de forma global, como el resultado de un conjunto amplio de aspectos ligados al bienestar, incluyendo entre éstos los estrictamente físicos, pero también otros de carácter psíquico.

—¡Hombre!, cuanto más sana está una persona, mejor calidad de vida tiene, eso seguro. Lo mismo no va a ser una persona que tenga problemas de columna, de asma o cualquier cosa de esas que una persona que no los tenga. Te encuentras mejor a la hora de desempeñar tu trabajo, estás más contento, más feliz.

(Hombre, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Esta percepción implica que la salud esté cada vez más alejada de una concepción restringida a la ausencia de enfermedad, como se comentó en el capítulo II. En correspondencia con este primer aspecto, la salud será entendida también como el resultado de la actitud con que cada cual la persiga, y no exclusivamente como un conjunto de circunstancias biológicas a las que uno no puede enfrentarse.

Mujer 1: Es que, cuando te das cuenta de eso, cuando ya eres mayor, empiezas a organizarte con la alimentación, porque antes no mirabas nada, al menos yo no miraba nada, comía de todo y siempre estaba delgada, pero luego ya sí, la sal...

Mujer 2: A veces la salud no nos acompaña tampoco totalmente, y sí que podemos hacer cosas para mejorarla.

(Mayores, 60-75 años, Barcelona)

La salud, contemplada como algo que hay que cuidar, se construye en dos planos paralelos. Un primer plano en el que se entiende el cuidado de manera

terapéutica, es decir, destinada a reducir los problemas de salud que se padecen, y un segundo plano en el que el cuidado adquiere un carácter preventivo ante posibles males o enfermedades.

La salud y la importancia de su cuidado, con independencia de que se entienda en sentido terapéutico o preventivo, supone una inversión de tiempo, esfuerzo y dinero. En otras palabras, cuidarse requiere de una serie de circunstancias ambientales y sociológicas estrechamente relacionadas entre sí: la propia autopercepción de la salud, las experiencias personales, los procesos de socialización (a través de los cuales cada persona ha ido adquiriendo hábitos, comportamientos y actitudes al respecto) y las condiciones sociales que rodean a los individuos, tal como podrá evidenciarse en lo que sigue. En otras palabras, la salud, su percepción y la conciencia de la necesidad de cuidarse, se construye a través de la experiencia cotidiana de las personas. Estas experiencias vendrán dadas por la edad, los procesos de socialización y los distintos actores que toman parte en ellos (la escuela, la familia, los medios de comunicación, la figura del médico y otros actores del ámbito sanitario).

Debido a estas cuestiones, a pesar de que entre los distintos grupos objeto de estudio se comparte la idea de que la salud es uno de los pilares básicos de la calidad de vida, su importancia será distinta, de acuerdo con la etapa vital en que se encuentren y los elementos que la caracterizan. En efecto, la edad, al estar estrechamente relacionada con la pérdida paulatina de la salud, tiene un peso fundamental en su autopercepción y, sobre todo, en las estrategias que las personas ponen en marcha para cuidarla.

La salud entre la población mayor

Como hemos constatado anteriormente, la salud tiene una gran relevancia entre la población mayor, al ser entendida como la condición necesaria para disfrutar de una buena calidad de vida. Disfrutar de salud entre esta población está relacionado con el hecho de seguir conduciendo de forma autónoma e independiente sus vidas, disfrutar de nuevas actividades con las que llenar su tiempo libre y relacionarse fuera del entorno doméstico. Este hecho conlleva que la salud, su cuidado y la práctica de hábitos de vida saludables, tengan un peso central en estas edades.

—Yo pienso que lo principal es la salud. Ya puedes tener el dinero que quieras que, si no tienes salud, no disfrutas de nada.

(Hombre, 60-75 años, Barcelona)

Para la población mayor, la atenuación paulatina de su salud durante el envejecimiento es un proceso físico y psíquico claramente tangible, que, por tanto, suscita una enorme sensibilidad. En el plano psicológico, los impedimentos derivados del envejecimiento se dan a dos niveles distintos. Por una parte, se experimentan enfermedades vinculadas al deterioro del sistema nervioso y neuronal (Parkinson, Alzheimer, senilidad...). Por otra parte, se producen problemas tales como soledad, depresión, ansiedad... que los entrevistados asocian a la ausencia de relaciones sociales en su vida.

Mujer 1: La cintura sí. Tengo yo hernias por todos lados. Lleva mi marido ya catorce años con Alzheimer...

Mujer 2: Yo estoy fatal de salud. Tengo colesterol, tengo azúcar...

Mujer 3: Yo tengo corsé, de esos de ballenas, de cómo tengo la espalda.

Mujer 4: Yo, los huesos... Yo, en cuanto me agacho una «mijilla», ya no sé en qué forma me voy a levantar, porque no puedo. Como me doble, la cintura la tengo ya... Y a cada instante me da la ciática.

Mujer 5: Yo vivo con los nervios desquiciados y no tengo cuerpo para nada.

Mujer 6: Tu problema no es como el mío. Que yo estoy sola. Porque el único que tengo de compañía es mi marido, pero él, como ni habla ni me dice nada...

¿Qué le cuento yo a él? Pues entonces, mi problema es estar muy sola.

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

El cuidado a esta edad tiene gran importancia en sus dos dimensiones, preventiva y terapéutica, aunque van a ser los beneficios terapéuticos los que estén más presentes y valorados, debido a los achaques que se van padeciendo. A pesar de suponer en muchos casos un sacrificio extra, cuidarse se convertirá entre esta población en una obligación y una necesidad básica, al constituir una forma de contener la vida y luchar contra la muerte, algo que empieza a estar cada vez más presente en su cotidianeidad.

Pero el cuidado de la salud entre las personas mayores es un objetivo que supera las posibilidades individuales. A esta edad, la preservación de la salud se convierte en una cuestión colectiva, requiriendo del apoyo de las personas cercanas (amigos, familia, pareja), como un requisito esencial para poder dis-

frutar de una cierta calidad de vida. En este sentido, la falta de salud en el entorno cercano puede limitar su consecución, algo en lo que influirán, además, las diferencias culturales, sociales y económicas.

Mujer 1: La carga familiar, la edad que tenemos, resulta durilla. Lo que pasa es que cuando cuentas con apoyo, pues sí, vas ahí medio tirando, medio renqueando. Pero cuando no cuentas con apoyo, pues, entonces es verdad que...

Mujer 2: También depende de los familiares que estén y también depende de la ayuda que tengas de la Administración.

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

Una situación ilustrativa al respecto es la de las mujeres mayores que tienen a su cargo en el hogar a enfermos en situación de dependencia, las cuales poseen normalmente un nivel económico medio-bajo. Entre estas mujeres, la relación entre la autopercepción de la salud y la necesidad de cuidarse (de invertir tiempo y esfuerzo en sí mismas), se encuentra condicionada por la situación socioeconómica, por el tipo de relaciones sociales de que disponen, los roles que desempeñan, los procesos de socialización y los valores que han adquirido en ellos. Con lo cual, estas personas expresan una gran tensión entre una salud que perciben que no es buena y que, por tanto, necesita cuidados, y las dificultades estructurales que les impiden cuidar de su propia salud. Entre estas dificultades, la más señalada por este grupo de población es la escasez de tiempo para el cuidado personal, fruto de los numerosos roles que desempeñan diariamente como amas de casa, madres, abuelas o asistentes sociales. Evidentemente, esta situación generará numerosas secuelas para la propia salud de quien cuida y, desde luego, supone una enorme carga social, agudizada por el hecho de no poderse jubilar debido, entre otras razones, a que no suelen disfrutar de una situación económica lo suficientemente desahogada como para contratar a alguien en quien delegar estas tareas.

Mujer 1: Yo soy ocho... nueve años más chica que mi marido, y yo estoy viendo que me estoy haciendo más vieja que él porque... Coges depresión, porque te ves como impotente. Te ves en la obligación. Tú dices: «Yo tengo que cuidar a esta persona porque tampoco la puedo abandonar». Y me han hecho una resonancia y me ha dicho el médico: «¡Tú no puedes hacer lo que estás haciendo!». ¿Y qué hago?

Mujer 2: O sea, que si tienes medios, la persona que tiene posibilidades, pues nada, porque yo conozco personas que tienen, hay un enfermo y tienen tres

mujeres. Una entra por la mañana hasta el mediodía, otra entra del mediodía hasta la tarde y otra por las noches hasta por la mañana. Pues esa familia, esa familia tiene el enfermo, pero... Y van a verlo cuando les parece.

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

En esta situación, cuidarse, dedicarse tiempo a una misma y hacer un esfuerzo por incluir en sus vidas hábitos y rutinas saludables, se convierte, en la mayoría de los casos, en una aspiración poco menos que imposible. Pero en ello también influirán los propios procesos de socialización vividos. En gran medida, esta población ha sido socializada con valores de carácter tradicional, entre los que el rol de la mujer tiene que ver casi exclusivamente con el ámbito doméstico. En relación con las dificultades que tienen para cuidarse, destacan los valores asociados al sacrificio personal y el altruismo, que prioriza cuidado de los demás por encima del cuidado personal.

Mujer 1: Es que somos malas para nosotras. Somos muy buenas para los demás.

Mujer 2: La educación que hemos recibido no ha sido... O sea...

Mujer 1: Para nosotras.

Mujer 2: Para nosotras no, ha sido para los demás.

Mujer 3: Somos cuidadoras de las demás, pero nos descuidamos nosotras.

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

En consecuencia, la salud entre los mayores se sitúa en el centro de sus preocupaciones, y será entendida como un estado que se encuentra determinado no solamente por la edad, sino también por sus condiciones sociales y los procesos de socialización propios de su entorno.

La salud entre la población joven

Entre los jóvenes, la preocupación por la salud no está presente en su cotidianeidad. La salud es algo que se da por descontado y, por tanto, salvo excepciones, no generará inquietud por perseguirla. De ahí que los jóvenes presten mayor atención a otros aspectos de su vida, como el trabajo y el tiempo libre.

—Yo me considero que estoy bien... También somos jóvenes, cuando seamos viejos...

(Mujer, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Pese al hecho de que la autopercepción subjetiva de la salud a esta edad es positiva, a edades más avanzadas de esta etapa se produce un punto de inflexión, que viene determinado por la entrada en el mercado laboral, su cercanía a la vida adulta y la formación de la familia. Estos acontecimientos dan pie a que comience a desaparecer esa sensación de salud invulnerable propia de la adolescencia y a que aparezca una cierta conciencia de las limitaciones físicas y los problemas psíquicos que van presentándose.

—La gente va a estar trastornadísima a los cincuenta años, y eso va a generar muchísimos más problemas, más insatisfacción... cada vez estamos más estresados, cada día estamos más descontentos, más decaídos, con más ansiedad y más depresión por cualquier cosita.

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

La pérdida de bienestar percibida por los jóvenes está relacionada, en general, con el acceso al trabajo y las condiciones laborales, que son en la mayoría de los casos la fuente de los desequilibrios psicológicos que les afectan. En este sentido, dos son los principales problemas de salud que expresan los jóvenes entrevistados: por un lado, los asociados al estrés, la ansiedad y la depresión y, por otro lado, el sedentarismo. En cuanto al primer tipo de problemas, los jóvenes suelen vincularlo fundamentalmente a las nuevas formas de organización flexible en el trabajo y las consecuencias derivadas en la disponibilidad de tiempo libre, las constantes entradas y salidas del mercado laboral y otras situaciones generadas por el modelo de producción posfordista (IOE, 2007).

—Si no tienes un buen trabajo, o unas buenas condiciones de trabajo no puedes tener salud mental... y si no tienes salud mental, no tienes nada.

(Hombre, 24-32 años, Madrid)

Por lo que al sedentarismo se refiere, suele vincularse con los nuevos tipos de trabajo, sus formas de organización y sus consecuencias sobre la relación entre tiempo de trabajo y tiempo libre. La emergencia de una economía orientada a los servicios y la producción de conocimientos favorece el auge de profesiones basadas en la actividad intelectual.

—Por ejemplo, el que está todo el día sentado en una oficina, y a lo mejor si está sus 8 horas, porque también hay quien está sus 12 horas... Sinceramente,

yo me he tirado un año y pico en una oficina sentado y es verdad que te entran ganas, cuando estás todo el día sentado, de ir, buscar algo que hacer.

(Hombre, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Al mismo tiempo, la emergencia de formas de ocio pasivo y, en concreto, el ocio nocturno, relacionado en muchos casos con prácticas sedentarias y poco saludables –unas prácticas que tienen un carácter central sobre todo los primeros años de la juventud–, afecta a la percepción de su salud y la necesidad de cuidarse.

–El botellón todos los fines de semana a la larga... perjudica a la salud.

(Hombre, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Con todo, lo que se evidencia en este estudio es que los jóvenes le otorgan en general menor importancia a la salud que los mayores. Sin embargo, a medida que aumenta su edad este elemento adquiere mayor peso, y en particular la salud mental, que se relaciona con las condiciones de trabajo, el acceso a la vivienda y la posibilidad de conciliar su vida laboral con la vida privada (la familia, el tiempo libre, etc.).

La salud de los hijos desde el prisma de los progenitores

La principal preocupación de los padres y madres, en relación con la salud de sus hijos, es que éstos adquieran una serie de hábitos saludables que en el futuro les ayuden a mantenerla.

–Amigos de mis hijos, cuando vienen a comer algún día a casa, mi mujer dice: «¡Toma, come fruta!...», y te dicen: «¡No, yo es que en casa no como fruta!». Mis hijos: manzana, fruta... Mi mujer les tiene acostumbrados.

(Padre, AMPA, Barcelona)

Entre las preocupaciones centrales de los padres y madres sobre la salud de sus hijos, aparecen dos problemas que están relacionados entre sí, y que cada vez están más presentes entre los menores: la obesidad y el sedentarismo. En el primer caso, los progenitores consideran que una de las causas principales es la mala alimentación, motivada por la pérdida en las sociedades actuales de unos hábitos alimenticios saludables unidos a comer verduras y frutas y llevar una dieta equilibrada.

Madre: Tú estás hablando de un problema que oyes de que España es un país, que es el tercer país más obeso de Europa o qué sé yo... no sé que historia, hemos pasado de la comida mediterránea al rollo anglosajón, ¿no?

Padre: O sea, la alimentación, por empezar, yo es el miedo que tengo, que la juventud de hoy en día está siendo muy mal alimentada.

(Padres y madres, AMPA, Barcelona)

En el segundo caso, la preocupación relacionada con el sedentarismo es puesta en relación con la poca actividad física que realizan los menores en la actualidad. Entre las causas enumeradas por los padres y madres para explicar este hecho, destaca la elección de sus hijos por las actividades de ocio pasivo, muchas de las cuales se realizan con medios de entretenimiento de carácter digital y electrónico.

—(...) O sea, que tendrían que hacerlo de otra manera o bien, pienso yo, que nos hemos acomodado y ya no jugamos tanto como jugábamos al fútbol antes, y estamos más por las maquinitas y por la Play Station y por otras cosas.

(Padre, AMPA, Barcelona)

El sedentarismo y la escasa realización de actividad física son hechos aludidos reiteradamente por los progenitores para referirse al problema de la obesidad infantil, algo en lo que influirá, en todo caso, también la mala alimentación que tienen. Este hecho explica la preocupación de los padres porque sus hijos adquieran toda una serie de hábitos saludables vinculados con cuestiones como la dieta o el deporte.

—No, y el deporte es fundamental para los críos, porque el deporte es como comer bien, es sano para ellos.

(Padre, AMPA, Barcelona)

Así, en relación con la salud, los padres y madres expresan especial preocupación por una serie de hábitos poco saludables que empiezan a asentarse entre sus hijos, relacionados con la alimentación, la falta de ejercicio físico y el sedentarismo en general, que provocan problemas tales como la obesidad y a los que se les debe hacer frente desde la educación.

4.4. Deporte y actividad física en los discursos sobre la salud y la calidad de vida

La palabra «deporte» ha adquirido en nuestros días una proliferación de significados de tal magnitud que nos resulta difícil saber con claridad a qué hace referencia cuando alguien la emplea. Esto nos advierte que se trata de un fenómeno de una enorme complejidad. Tal como expresara José María Cagigal (1981), «cuando se habla de *deporte*, o se adjetiva algo como “deportivo”, se hace referencia a un estilo, un hábito, un mundo de comportamiento definido; o acaso a un área institucional de carácter singular (mundo federativo, competitivo, etc.); o a una moda dominante en ciertas épocas, casi agobiante en la nuestra. El apelativo «deportivo» se aplica lo mismo a un campeón que al gesto generoso de aceptar un fracaso, a un grandioso espectáculo, a una hazaña solidaria, a una manera de aceptar la vida, o a una prenda de vestir».

En esta investigación no iremos más allá del significado del deporte que se desprende de nuestro estudio: una actividad que nos permite mantener la forma física —una constatación que coincide con lo obtenido en los barómetros quinquenales sobre hábitos deportivos de la población española, a los cuales nos hemos referido en capítulos anteriores—. En consecuencia, en lo que sigue nos centraremos en explorar los aspectos relacionados con el deporte en la vida cotidiana de los españoles y, más concretamente, las posibles conexiones que puedan advertirse entre esta actividad y la salud y el bienestar de las personas.

El deporte y la actividad física en la vida cotidiana

El deporte, y su papel en la vida cotidiana, han motivado entre los participantes en el estudio numerosas alusiones a otras actividades estrechamente unidas, como son el ejercicio físico y el juego. Esta circunstancia podría deberse a la falta de criterios formales con los que cuentan algunos individuos para delimitar el ámbito de esta actividad. Sólo los progenitores entrevistados, pertenecientes a asociaciones de padres y madres de alumnos —algo que les lleva, quizá, a encontrarse en una posición más informada— establecen límites más o menos claros entre estos términos. Para ellos, el deporte generalmente hace referencia a un tipo de actividad reglada, con un cierto carácter de obli-

gatoriedad y que se realiza por sus hijos en contextos oficiales (el colegio, los gimnasios, los clubes deportivos, etc.). Sea como fuere, lo cierto es que el término que emplean normalmente los participantes en nuestro estudio para aludir a las actividades de carácter físico, relacionadas con las capacidades motoras del individuo, es el de deporte. En efecto, al analizar los discursos de la población analizada, se comprueba que, cuando los participantes apuntan a las actividades físicas que mantienen una mayor o menor relación con el deporte, entonces no hablan de ejercicio físico, sino estrictamente de deporte, o bien de la actividad específica de que se trate, como jugar al baloncesto o practicar ciclismo.

Esta cierta confusión a la hora de delimitar el deporte no impide, sin embargo, que los participantes en esta investigación coincidan en ubicarlo en la cotidianidad del tiempo libre y de ocio de las personas.

—Si no haces deporte pues entiendo que en el tiempo de ocio pues igual quedas con colegas, igual lees, ves la tele...

(Mujer, 24-32 años, Madrid)

Esta caracterización significa que tal actividad requiere necesariamente la disponibilidad de tiempo libre como condición básica para su realización. Además de tiempo libre, el deporte también exige esfuerzo físico, voluntad y, en ciertas situaciones, dinero. Esto conlleva que, más allá de la predisposición de los individuos para hacer deporte, como resultado de los procesos de socialización por los que han pasado (lo que incluye gustos y estilos de vida particulares), existan un conjunto de condiciones estructurales que posibilitan hacerlo.

Mujer 1: ¡Hombre, porque, aunque tengas ganas, después...! Por ejemplo, este muchacho trabaja y no tiene tiempo. El tiempo que tiene es para él, su novia o sus cuatro paredes, y el que tiene tiempo no tiene dinero porque no tiene trabajo.

Mujer 2: Yo veo bien que hagamos deporte, pero es que yo, por ejemplo, quiero hacer deporte, yo quiero hacer aeróbic, pero no tengo dinero. Mi madre me dice: «¡Yo no te lo voy a pagar!»... Si hubiera cursos gratis o cualquier cosa, yo iría encantada.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

En la relación entre deporte y calidad de vida, las poblaciones de estudio se expresan con unanimidad: el deporte es concebido como un medio de gran va-

lor para obtener calidad de vida. Ahora bien, la disponibilidad previa de unos niveles mínimos de calidad de vida favorece también la práctica del deporte. Por lo tanto, entre ambos elementos se establece una relación de reciprocidad. Más adelante tendremos oportunidad de profundizar en ello.

Hombre 1: La persona que haga deporte siempre estará mejor que la que no haga.

Hombre 2: Yo no me siento igual cuando estaba a lo mejor en atletismo, en el gimnasio, que ahora mismo, que llevo por lo menos un año sin hacer nada, sinceramente. Incluso para el trabajo te viene bien, pero tienes que tener tiempo y ganas de hacerlo. Porque un tío que esté en forma no va a trabajar igual que el que lleva toda su vida sin hacer nada de deporte. Para moverte, para coger peso, para cualquier cosa... pero es eso, tener tiempo y sitio donde hacerlo.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Este consenso al que llega la población exige, sin embargo, de una matización para comprender el sentido con el que lo plantean. Cuando acuerdan que el deporte es una actividad que repercute positivamente sobre nuestra calidad de vida, realmente lo establecen de otra manera: será a través de los efectos positivos para la salud, derivados de la realización de ejercicio físico, como el deporte nos ayude a disfrutar de una buena calidad de vida. Es decir, que la mejora en la salud física y mental obtenida como consecuencia de realizar deporte proporciona calidad de vida.

—Te encuentras mejor, estás más animada, más ágil, pierdes peso, eliminas colesterol, la circulación, los trombos, para la respiración...

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Por lo demás, la actividad deportiva se considera ideal para establecer y reforzar vínculos y, en muchos aspectos, también para adquirir valores y habilidades sociales.

Mujer 1: Si haces un deporte en grupo, puedes compartir cosas con otra gente...

Mujer 2: Relacionarse.

Mujer 1: Relacionarte, apoyarte en otra gente, porque si haces un deporte de equipo, yo que llevo mucho tiempo, pues eso, tienes que confiar en otras personas, porque al final todo depende de que no sólo tú lo hagas bien, sino que

todos en conjunto lo hagan, con lo cual pues hay un montón de relaciones ahí que vas afianzando.

Hombre 1: Ahí desarrollas las capacidades tuyas, en el deporte de equipo. Desarrollas la capacidad de liderazgo, desarrollas la capacidad de trabajo en grupo, muchas cosas.

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

No obstante, la cantidad y variedad de los beneficios que los participantes vinculan al deporte redundará en la importancia que tiene sobre la salud. La asociación entre deporte y salud no es invariable. A medida que aumenta la edad de los individuos, también aumenta esta asociación –en detrimento del carácter lúdico que domina en las etapas más jóvenes–, relacionándose con el cuidado personal y, en última instancia, con nuestra calidad de vida.

–Yo digo que lo que esté en mi mano para mejorar mi salud y alargar la vida, desde luego, por eso no va a quedar. Si hay que ir al gimnasio... El día que hacen Pilates por la mañana temprano a las ocho, a las ocho que me levanto yo.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Esta asociación supone que la práctica deportiva sea entendida como una inversión personal en nuestra vida cotidiana, en nuestro espacio de ocio y tiempo libre, una inversión en salud en la que se emplea esfuerzo físico, tiempo y, como decimos, también dinero. Precisamente, es esto lo que lleva a catalogarla como una forma de ocio saludable («*Deporte ocio, ocio en general, ocio saludable creo yo*», mujer, 24-32 años, Madrid). Esta manera de adoptar costumbres saludables, a través del ocio y, en concreto, de la actividad deportiva, a menudo va acompañada de la adquisición de otros hábitos saludables, como el cuidado de la alimentación o el abandono hábitos nocivos, como el tabaco.

Hombre 1: El que está haciendo deporte se cuida más porque está haciendo su dieta, pero a lo mejor el que está trabajando y no hace deporte ni nada, está comiendo siempre comida basura.

Mujer 1: Y la comida también está influyendo un montón en la calidad de vida de la gente, porque todo ahora es precocinado.

Hombre 1: Hamburguesas, pizzas...

Mujer 2: Las cosas como son, cuando estás haciendo deporte no fumas tanto.

Mujer 1: No te acuerdas.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

A pesar de compartir este punto de vista sobre la vinculación entre deporte, salud y calidad de vida, las poblaciones de estudio también difieren entre sí en algunos matices al respecto. Esto estará motivado, tal y como se ha comentado anteriormente, por las desiguales condiciones económicas y sociales en que se encuentra cada grupo de edad, los procesos de socialización por los que han pasado y, finalmente, otros aspectos relativos a las condiciones físicas y psíquicas propias de la etapa vital en la que se encuentran.

Deporte y actividad física al hacerse mayor: significado, beneficios y motivaciones

La práctica de la actividad física y el deporte tiene una importancia fundamental entre los mayores. Ello se debe a que contemplan ambas actividades como un hábito saludable que les faculta para enfrentarse a los problemas de salud física y mental asociados al envejecimiento.

—Yo os puedo decir que hay días que digo: «¡Qué horror, qué dolor!». Me voy al gimnasio dos horas y se me olvida que tengo dolor, y hago de todo moderado, porque tengo tres hernias discales en las lumbares, pero luego vienes que pareces otra.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Entre los beneficios de la práctica deportiva vinculados a la salud, destacan los relacionados con el desarrollo de las capacidades motoras, el equilibrio y la agilidad, así como el alivio de dolores musculares y de huesos. No obstante, también se asocian a esta actividad beneficios de salud ante otros problemas como la acumulación de azúcares y grasas.

Mujer 1: Yo qué sé, porque hay muchas cosas que... Por ejemplo, puedes... eso, el andar mismo, pues es una cosa que te quema azúcar.

Mujer 2: Hombre, influir, no, pero verás, si... Sí, porque verás, si ves a una persona que está hecha polvo, que tiene esa presión, por lo menos, si hace un poco de deporte...

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

Mujer 1: La solución es andar, pasear.

Hombre 1: Yo hago veinte minutos todos los días en la bicicleta para mantenerme, para no engordar más, pero nada más.

Mujer 2: Pero claro, a lo mejor quemas la décima parte del exceso que has comido.

(Mayores, 60-75 años, Barcelona)

Pero, los beneficios derivados del deporte son entendidos como un medio que supera el ámbito de la prevención y el restablecimiento de su salud física. Para la población mayor, realizar deporte también les permite seguir disfrutando de una vida activa e independiente, contribuyendo a la mejora de su bienestar personal, gracias a que incide positivamente sobre la salud psíquica.

–Te está sirviendo, el ejercicio, físicamente te está viniendo bien, y psicológicamente también, porque es que pasas una hora relajada, hablas de todos los temas... A lo mejor, dices: «Mira, el político éste, pues esto. Pues yo no opino... Yo opino esto».

(Mujer, 60-75 años, Antequera (Málaga))

Los beneficios psíquicos del deporte a esta edad se traducen, por tanto, en la adquisición y el restablecimiento de las capacidades personales y la mejora del estado anímico. Ello se debe a que la realización de deporte y ejercicio físico entre este grupo favorece la autopercepción de las capacidades que se tienen («sentirse capaz») y las expectativas vitales, al mejorar la autoestima y relativizar las limitaciones y los temores derivados del proceso de envejecimiento.

–Y los primeros días digo: «Bueno, es que no puedo hacer nada, estoy oxidada, con lo que yo me he movido y ahora...». Y poquito a poco me he encontrado...

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

El bienestar personal percibido entre la población mayor, como consecuencia de realizar actividad física y/o deportiva, se debe también a que es un medio de reconstitución de los vínculos sociales. Ello se explica por el hecho de que el deporte, al realizarse fuera del hogar, les permite desconectar de las rutinas que los ocupan en la mayor parte del tiempo, salir del enclaustramiento doméstico, relacionarse con otras personas que no sean sus familiares y realizar actividades distintas. Especialmente relevante será para las mujeres mayores que se encuentran ocupadas en las tareas domésticas, ya que para ellas más que para otras y otros, la realización de deporte constituye una forma de salir fuera del hogar y hacer frente a los riesgos asociados a la soledad y el encierro en el hogar, tales como la depresión y el desánimo. De esta forma,

el deporte puede ser entendido también como un mecanismo de integración social efectivo a estas edades, al permitir a los mayores establecer lazos sociales y conectarse con un entorno más amplio. El deporte les permite compartir aspectos de sus vidas, comunicándose con otras personas e implicándose en el mundo que los rodea.

—De todas maneras tenemos que, aparte de que nos sirve bien físicamente para la salud, psicológicamente también, porque necesitamos relacionarnos con otras personas que no están en nuestro entorno...

(Mujer, 60-75 años, Antequera (Málaga))

El deporte también ayuda a las personas mayores en otro de los problemas cotidianos de esta etapa vital: la reconstrucción de la rutina mediante la cotidianeidad organizada de las actividades de ocio y tiempo libre. Ya sea ir al gimnasio, a un club deportivo o el simple hecho de salir a andar con las amigas o amigos, hacer deporte supone estar ocupado. La práctica deportiva como hábito a estas edades se convierte así en una actividad realizada en un momento del día, gratificante y alrededor de la cual se puede establecer una rutina que ayuda a reconstruir la vida cotidiana.

—Si tú te organizas y dices: «Voy a ir al gimnasio tantos días a la semana, voy a ir a conferencias, voy a salir con los amigos, voy a...». Eso ayuda bastante, yo lo he comprobado.

(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Este conjunto de beneficios físicos, psicológicos y sociales hacen de la práctica deportiva una actividad que ayuda a compensar algunas de las principales fuentes de los desequilibrios que afectan a las personas en estas edades y a proporcionar elementos para mejorar la calidad de vida. La percepción de esos beneficios es la mejor motivación para la práctica deportiva a esa edad y, a la vez, hace que los costes asociados (el esfuerzo físico, el tiempo que se ha de dedicar o, en ocasiones, el gasto económico) se suavicen y valgan la pena.

Sin embargo, esto no quiere decir que la práctica deportiva no requiera de una cierta predisposición por realizarla. El deporte, como cualquier actividad relacionada con el cuidado personal, exige que se den una serie de circunstancias. La primera es que exista una cierta disposición por realizarlo, lo que significa que la persona ha de verse influida en algún momento por uno de los mecanismos de socialización (la familia, el colegio, los medios de comunica-

ción, las administraciones sanitarias, etc.) que le transmitan este interés. En este sentido, tal como se ha apuntado en otras partes de este trabajo, diferentes autores han demostrado en investigaciones precedentes que, entre las personas mayores, el haber tenido un estilo de vida activo o, en concreto, el haber realizado con anterioridad deporte, aumenta las probabilidades de realizarlo en esta etapa (Levinson, 1978; Voulle, 1985; Lehr, 1999). Otros han apuntado que la intervención de estos mecanismos en momentos avanzados de nuestra vida, lo que se entiende como una «resocialización vinculada al apoyo social recibido», también puede ser decisiva (Chogahara y Yamaguchi, 1998; Chogahara, Cousins y Wankel, 1998; Graupera *et al.*, 2003; Martínez del Castillo *et al.*, 2006).

En el primer capítulo se ha demostrado la relación existente entre el hecho de haber practicado deporte en la infancia y/o la etapa adulta, y entre la realización de esta actividad por parte de los progenitores, y el practicar esta actividad en el momento presente. En la fase cualitativa también se ha tenido oportunidad de encontrar nexos en este sentido. Así, la fuerte asociación percibida entre deporte y salud en este grupo de población se explica, en parte, a que hoy el discurso médico sobre las virtudes del deporte para la mejora de su salud se encuentra fuertemente interiorizado. Con lo cual, en esta etapa de edad el papel del médico será central en la adquisición de hábitos deportivos.

—Yo un par de días a la semana... Me mandó la doctora de la fibromialgia que hiciera Pilates, que me iría muy bien, que son ejercicios lentos, con respiración...
(Mujer, 60-75 años, Barcelona)

Cuando el «apoyo social» de la figura del médico para la realización de ejercicio físico y/o deportivo no se corresponde con las oportunidades reales de los mayores, como ocurre entre colectivos vulnerables (tales como las mujeres mayores amas de casa con personas dependientes a su cargo), la sensación producida es de impotencia y frustración; máxime entre aquellos que han tomado conciencia de los beneficios producidos por esta actividad, bien por haberlo experimentado o por el convencimiento de su grupo de referencia.

Mujer 1: Y entonces el médico dice: «Es que si te estoy dando todas estas soluciones y no las aceptas...». Y yo digo: «No es que no las acepte, es que no puedo... no tengo ni tiempo ni medios...».

Mujer 2: Y tengo la tensión alta. Y el médico dice: «Se quejan de todo lo que pueden», pero yo lo que puedo andar es una hora o menos. No puedo andar tanto.

(Mayores, 60-75 años, Antequera (Málaga))

Este hecho, al igual que otros aspectos relacionados con las condiciones sociales y económicas de los mayores, afecta a la práctica deportiva. Éstas serán tratadas más adelante, en el apartado sobre las barreras que limitan la práctica de la actividad física y/o deportiva y los efectos de esta actividad en la calidad de vida.

Jóvenes, deporte y actividad física en la transición a la vida adulta

La población joven, a diferencia de los mayores, ha vivido una época histórica (desde los años setenta a nuestros días) en la que el deporte experimentó su institucionalización en el seno de la sociedad española (Moscoso, 2006). En esta época se impulsaron un amplio número de políticas públicas, con la aprobación de la Ley del Deporte y la Cultura Física de 1980, cuyo objetivo fue inculcar hábitos deportivos y facilitar el acceso a su práctica al conjunto de la población. En consecuencia, esta población ha crecido en un período en el que la educación física era obligatoria en los colegios, se multiplicaron las instalaciones para realizar deporte y su accesibilidad y donde esta actividad se percibió positivamente, gracias a la divulgación de sus beneficios físicos, psíquicos y sociales. Los jóvenes de hoy están socializados, por lo tanto, en los hábitos deportivos.

Pese a lo anterior, la práctica deportiva se realiza de manera muy heterogénea en esta etapa de la vida. Ello se debe a que en la juventud tienen lugar numerosas tensiones relacionadas con la entrada en la edad adulta que influirán también sobre la práctica deportiva, tal como se ha comprobado en distintas investigaciones realizadas en nuestro país (García Ferrando, 1993; Puig, 1996; Mosquera y Puig, 1998). El deporte, su significado, sus motivaciones y las barreras para realizarlo, reflejan la diversidad de situaciones que se dan en la juventud, como época de tránsito entre la adolescencia y la vida adulta.

La heterogeneidad de situaciones que se dan en esta etapa repercutirá sobre el papel que cumple el deporte en la juventud, el significado que tiene para

sus vidas, las motivaciones que les suscitan su práctica y los efectos sobre la calidad de vida. Probablemente la principal ruptura se encuentra en el predominio de una concepción lúdica de esta actividad durante la primera fase de la juventud (18-23 años), frente a la emergencia, en momentos posteriores (24-32 años), de una percepción más preocupada por los beneficios para la salud que se derivan de ella. Las diferencias debidas a la edad, la incorporación al trabajo, la emancipación, los cambios en las relaciones sociales entre pares o el entorno en que viven, ocasionan distintos ritmos en este proceso, como también diferencias en la concepción de la práctica deportiva y las barreras que se encuentran para realizarla.

Para conocer con mayor exactitud esta diversidad de situaciones, a continuación se ha analizado por separado la forma como el deporte es concebido en los dos tramos de edad que diferenciamos en la juventud.

Abandono del deporte y la actividad física en la postadolescencia

La primera etapa de la juventud se caracteriza por la ambigüedad en las actitudes, los comportamientos y los valores que definen a los individuos. Esta circunstancia vendrá marcada por el tránsito hacia la vida adulta, determinada por la inserción en el mercado laboral y la adquisición de autonomía personal, mientras a la vez persisten residuos de la adolescencia, como el peso del grupo de pares, la continuidad en los procesos formativos y la dependencia económica y emocional de los progenitores.

Los discursos sobre el deporte en esta etapa estarán muy influidos, por lo tanto, por los dos componentes esenciales en la configuración de su vida cotidiana: el comienzo en la vida laboral y los cambios en la esfera del ocio y el tiempo libre.⁽²⁾ Ambos aspectos intervendrán, sobre todo, en la organización del tiempo y las tareas que constituyen su rutina, lo que afecta también a la práctica del deporte.

Las nuevas exigencias que les procura la actividad laboral redundarán en la importancia que tome ahora en sus vidas la organización del tiempo libre. Ello

(2) Probablemente, estos cambios variarán mucho respecto a los jóvenes de estas edades que aún estudian y no trabajan, y de quienes realizan deporte de competición. Sin embargo, debido a las limitaciones de la muestra, aquí tan sólo se hará referencia a aquellos que se incorporan a la esfera laboral.

se debe a que se pasa de disfrutar de este tiempo como un recurso abundante a tenerlo como algo escaso.

Hombre 1: [El deporte] es más para los menores, porque ya a nuestra edad, estando trabajando hasta las 6 o las 7 de la tarde...

Hombre 2: Mientras estás estudiando, sí. Yo, cuando estaba estudiando, he estado en campeonatos de atletismo, he estado en la escuela de atletismo de aquí, en fútbol, en baloncesto. Mis hermanos menores, que están estudiando, igual, pero creo que una vez que sales de estudiar y empiezas a trabajar ya no... La liga de verano de futbito, el que pueda se apunta a la de invierno y poco más...

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Esa percepción del tiempo libre como recurso escaso, adquirida por los jóvenes en esta primera fase, junto al hecho de comenzar a disponer de un salario y mayor independencia, les llevará a mostrar más interés por el «ocio pasivo» —muy relacionado a su vez con el ocio nocturno—, vinculado a las nuevas formas de relación social y prácticas de consumo en lugares privados (bares, salas recreativas, centros comerciales, etc.).

Hombre: Después de una semana dura de trabajo, el que la tenga, pues, cuando llega el fin de semana, le gusta disfrutar y salir.

Mujer: Puedes salir y te tomas un café con los amigos...

Hombre: Hay discotecas abiertas.

(Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Estos tipos de ocio y las implicaciones que conllevan sus prácticas son contrarios a las exigencias del deporte y a la inversión de voluntad, esfuerzo y tiempo que éste requiere. Esta situación conlleva que, ante la limitación del tiempo libre, el deporte y la actividad física participen en un escenario de competencia frente a esas otras actividades de ocio. En este escenario, un elemento fundamental es el grupo de pares. El grupo de pares seguirá teniendo una importancia capital en la vida de los jóvenes, por lo que las elecciones respecto a las prácticas de ocio, en gran medida, se establecerán sobre la base de elecciones que predominen en este grupo. Esta importancia del grupo de pares influirá en dos sentidos en la práctica del deporte. Por un lado, la práctica de esta actividad supone tomar una decisión individual frente al grupo o la pareja, por lo que el coste de decidir sobre la ocupación del tiempo libre será

mayor. Con lo cual, hacer deporte en esta edad significa, en muchos casos, tomar una decisión entre realizar esta actividad o encontrarse con los amigos en el tiempo libre tras el trabajo.

La realización de deporte estará muy influida, por otro lado, por el tipo de disciplinas deportivas que se practiquen en el grupo de iguales (individuales o de equipo), suponiendo ello una posible motivación o excusa en la elección de realizar esta actividad frente a otras durante el tiempo libre. Según esto, si en el grupo de pares se practica deporte, es probable que incluso los que no se encuentren muy dispuestos lo hagan, y a la inversa, si no se coincide con el grupo de pares en este interés, puede suponer el abandono de su práctica.

Hombre 1: A mí me dio una temporada por ir a correr y al tercer día ya no fui, porque me aburría solo.

Mujer 1: ¡Hombre!, yo, cuando me junto con mis amigas, raro es para ir a hacer deporte, a no ser que sea como el día de Andalucía o algo de eso que dices: «Vamos a echar una pachanguita de fútbol», y jugamos también las niñas, aunque no sepamos, pero raro es que nos juntemos para hacer deporte. (Jóvenes, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

Entre los más jóvenes se observa, por lo tanto, una pérdida de relevancia del significado que tiene el deporte en sus vidas, debido a que otros elementos, como el ocio nocturno y otras formas de ocio pasivo, han tomado mayor importancia en sus vidas, al sentar la base sobre la que se articulan las relaciones sociales en el grupo de pares. Esta pérdida de relevancia del deporte en la cotidianeidad de los jóvenes se explica igualmente por la escasez de tiempo libre proporcionada por la entrada al mundo del trabajo y la dedicación a los estudios, así como el predominio de una autopercepción muy positiva sobre su estado de salud –lo que les lleva a no mostrar inquietud por atenderla.

No obstante todo lo anterior, lo cierto es que, durante esa etapa, el deporte no desaparece por completo de la vida del joven, sino que queda emplazado a un espacio indeterminado, sin una rutina concreta y que se realiza de forma ocasional.

Recuperación de la actividad física y/o deportiva al final de la juventud

El final de la juventud se caracteriza por su cercanía a la vida adulta y los elementos que la definen, como la incorporación plena al mundo laboral, la

emancipación como hecho y no como aspiración y la formación de un núcleo familiar propio, con independencia de sus características.

En esta etapa de la juventud, si bien no siempre se han cumplido todos estos hitos, en la mayoría de los casos sí se ha entrado en el mundo laboral y éste constituye un aspecto central en sus vidas. Para los jóvenes que se encuentran en esta etapa, el trabajo es el elemento vertebrador de la vida cotidiana. A través del mismo se estructura la relación entre tiempo de obligaciones y tiempo libre, que se convierte así en el eje fundamental de su vida cotidiana.

—O tienes que entregar un trabajo muy importante al día siguiente, y no puedes ir a entrenar... No has tenido tiempo, tienes que hacer un trabajo...
(Hombre, 24-32 años, Madrid)

En este eje de la vida cotidiana, el deporte reaparecerá ocupando un nuevo lugar relacionado con el cuidado personal, los hábitos saludables y la necesidad de adoptarlos. Como se indicó anteriormente, la autopercepción de la salud se construye a través de las experiencias cotidianas y el proceso de socialización. La salud y la preocupación por la misma en estas edades están relacionadas con aspectos vinculados al trabajo y el estilo de vida, las nuevas formas que toma y sus consecuencias. Por lo tanto, el deporte, en esta etapa de la juventud, va a concebirse como un medio para obtener bienestar, como una manera de hacer frente a los problemas derivados del trabajo y sus consecuencias psicológicas (estrés, ansiedad, depresión, etc.). Al permitimos desconectar, el deporte ayuda a romper con la rutina y liberar tensiones acumuladas. Pero, además, el deporte les facilitará hacer frente a un problema de entidad específica como es el sedentarismo.

Hombre 1: Estaba hecho polvo y llevaba dos años sin jugar y no podía ni correr, me pongo a pensar de lo mal que estoy de forma física.

Hombre 2: Antes se hacía deporte por ocio y ahora se hace un poco por necesidad.

Mujer 1: (...) Por mantener un cuerpo que no engorde que tal...

Mujer 2: (...) Ahora que se acerca el verano todo el mundo se apunta al gimnasio o los que estaban apuntados que no iban, ahora empiezan a ir.

Mujer 1: También no hay que olvidar, vamos hacer deporte también no sólo por buen tipo o no, por problemas de espalda. Yo hago natación por problemas de espalda, entonces eso es también cuidarse... cuidar la salud.

Mujer 2: Si te sirve para desestresarte, bien. Si te sirve para estar acompañado, bien. Si te sirve para invertir tu tiempo y no estar en casa tirado, que no te apetece porque eres una persona activa, pues bienvenido sea.

Mujer 1: Claro, porque tenían a lo mejor un trabajo más físico, pero nosotros en general no tenemos trabajo físico. La mayoría de la gente tiene un trabajo... Entonces estás deseando salir y moverte un poco porque te sientes mal.

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

Así pues, la experiencia cotidiana del deterioro de la salud, resultante de las formas contemporáneas de trabajo, hace que emerja la necesidad de cuidarse. En este contexto, la inversión de tiempo y esfuerzo que requiere la realización de ejercicio físico y/o deportivo parecen relativizarse. Dado que el hacer deporte, como hábito saludable, proporciona bienestar y mejora la calidad de vida, esta inversión resulta menos costosa. De esta manera, el deporte en esta etapa del final de la juventud comienza a asumirse como una necesidad y una obligación vinculada al cuidado personal.

Mujer 1: Antes no íbamos al gimnasio, sino que bajabas a la plaza a jugar al fútbol o lo que fuera ¿no? Pero ahora vas al gimnasio, o sea, es como fijarte...

Mujer 2: Antes era más por diversión.

Mujer 1: Simplemente era un juego, antes era jugar, no era hacer deporte, porque «voy a hacer deporte» era jugar con mis amigos a baloncesto o a lo que sea o a correr por el parque. Pero ahora no es un juego, ahora es: «me voy a apuntar al gimnasio y tengo que ir, es como que me tengo que obligar a ir...».

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

Por lo demás, en esta época el grupo de pares va perdiendo relevancia en la vida cotidiana, debido a las dificultades de compartir ritmos de vida por el trabajo, la pareja o la familia. Estos cambios conllevan que, a diferencia de la fase anterior, sea más fácil tomar decisiones individuales respecto al tiempo libre, lo que facilita la decisión de hacer deporte. La práctica de deportes de carácter individual, como la natación, correr o el gimnasio, comienza a tener mayor relevancia en estas edades, algo que ha quedado constatado en el análisis cuantitativo de la encuesta realizada. Estos deportes representan una magnífica solución ante el problema de no estar acompañado en muchas ocasiones por el grupo de pares y la necesidad de hacer deporte como forma de cuidarse.

Pese a la centralidad de la salud en la práctica del deporte, otros elementos como el gusto por el juego y, cada vez más, la preocupación por la imagen estética, también influirán en esta etapa.

Mujer 3: No, yo voy a hacer deporte porque me gusta y, como me gusta, me libera y me olvido de otras cosas.

Mujer 1: Yo creo que sí, yo creo que bajo eso está que queremos ponernos en forma... mantener tu cuerpo en un peso determinado...

Mujer 2: Sano y tener buen tipo, que es psicológicamente sentirte bien, ir y decir: «Me vale la talla M», porque claro, si usas la L parece que eres obesa, tienes más talla, dices: «Pero, bueno, ¿qué pasa aquí?».

(Jóvenes, 24-32 años, Madrid)

Hijos y progenitores ante el deporte: inculcar hábitos y sus dificultades

El significado del deporte a estas edades, según los progenitores, se encuentra construido en la tensión entre el divertimento, vinculado al juego, el aprendizaje que supone y los beneficios que tiene para la salud.

En el ámbito del bienestar, el deporte es relacionado por los padres y madres con el desarrollo y crecimiento de sus hijos. El deporte ayuda a sus hijos a crecer y desarrollarse mental y físicamente de forma saludable. En lo físico, el deporte, a través de la actividad corporal que implica, favorece el desarrollo de las capacidades motoras y ayuda a disfrutar de salud física.

—Mi hijo utiliza el deporte, lo que para él es el deporte, porque lo obligamos, porque mi hijo era un niño muy sedentario, a hacer tenis.

(Padre, AMPA, Barcelona)

En el ámbito psicológico, el deporte ayuda a través del aprendizaje que supone su práctica y la relación con quienes se realiza. Al mismo tiempo, al estar vinculado en la mayoría de casos con ganar y perder, el deporte se considera entre los padres y madres como una pequeña escuela para la vida, en la que aprender cómo funciona el mundo y sus valores.

Hombre 1: Y la relación que tienen, de participar en el juego colectivo.

Mujer 1: Claro, claro, la relación entre ellos.

Hombre 2: Y ganar, perder.

Hombre 1: También sirve para madurar, porque se encuentran lo que se encontrarán en la vida también.

Mujer 1: El deporte da unos valores que no se pueden dar a lo mejor en otros espacios...

Mujer 2: Disciplina, responsabilidad.

(Padres y madres, AMPA, Barcelona)

Si bien los niños de hoy están creciendo en una sociedad en la que el deporte se encuentra plenamente institucionalizado, en la que hay muchas más instalaciones deportivas que hace unos años, en la que se imparte como materia curricular en los centros educativos y se le asocian un gran número de beneficios positivos para la salud, su práctica en esta etapa parece enfrentarse a nuevas dificultades derivadas de los cambios sociales producidos en la última década y sus efectos sobre la vida cotidiana de los menores. El deporte y el juego entre los menores, según sus progenitores, ha cambiado en muchos aspectos respecto a cuando ellos tenían su misma edad. Para entender el deporte, los significados atribuidos por los padres y madres al papel que cumple en estas edades y su importancia, hay que tener en cuenta estos cambios y cómo afectan a la práctica deportiva. El deporte, en su imaginario, se asocia a las tensiones que se dan alrededor de la práctica deportiva de sus hijos, sus beneficios, las barreras para realizarlo y sus consecuencias. La relación entre estos tres elementos y su percepción se enmarca en los cambios que se han producido en las sociedades contemporáneas.

El principal cambio que señalan éstos es que la práctica deportiva, o más bien la realización de actividad física como juego, era el elemento central del tiempo libre en su época. En cambio, en la actualidad, constatan que sus hijos tienen muchas más formas de entretenerse, de llenar su tiempo libre, entre las que la actividad física no necesariamente es la más importante. La diversificación de las formas de ocio y, en concreto, de ocio pasivo, perjudican la elección de practicar deporte en el tiempo libre y, en cambio, favorece que cada vez más los menores tengan un estilo de vida sedentario.

—Si es el tema que hablábamos de la Play y tal, ahora se reúnen y no hacen ni... Nosotros jugábamos a juegos de mesa, jugábamos a juegos en la calle a las chapas, a las tizas, a las gomas.

(Padre, AMPA, Barcelona)

En el espacio urbano, este cambio que identifican los padres y madres es puesto en relación con la inseguridad percibida en los espacios públicos (el

aumento del tráfico, la falta de espacios adecuados, el deterioro de lazos sociales fuertes que existían en el barrio, la aparición de nuevos grupos de población desconocida y extraña), impidiendo que los niños puedan ocuparlo y jugar en él. Este hecho tiene un efecto decisivo en el ocio de los menores, el papel de la actividad física y deportiva y las formas en que ésta se lleva a cabo. En primer lugar, porque la práctica deportiva como juego requiere un entorno físico del que se pueda disponer. En segundo lugar, porque, al mismo tiempo, requiere la posibilidad de que se reúnan un grupo de niños para realizarla. Debido a las dificultades de que se den estas condiciones, la práctica de deporte se ve desplazada en la vida cotidiana de los menores, pasando a ser una actividad reglada y regulada y cada vez más vinculada al colegio, como asignatura obligatoria o como actividad extraescolar.

—Que ha bajado el sol, ¿dónde se va el crío? Porque todavía no has empezado las vacaciones y tal. Me voy al colegio «x» o al instituto «a», y entro allí y juego en las instalaciones que hay, es decir, juego al básquet, juego al fútbol o corro, y hay dos o tres monitores que vigilan esa instalación...

(Madre, AMPA, Barcelona)

Este conjunto de aspectos lleva a sus progenitores a opinar que, si bien el deporte y la actividad física proveen efectos positivos para la salud de las personas (el bienestar físico y mental) y la educación del menor, se encuentran cada vez más alejadas del juego y requieren un mayor esfuerzo para que se realicen y se transformen en hábitos cotidianos entre sus hijos.

—Por eso te digo. El deporte tiene que ser algo que les ayude y les motive, algo que les haga relacionarse, que les haga aprender otros valores, no una obligación.

(Madre, AMPA, Barcelona)

El desplazamiento de la actividad física del juego al deporte, entendido como actividad física reglada y que se realiza en unos momentos concretos, tiene como consecuencia un alejamiento de la vida cotidiana del niño y que tenga que competir con otras actividades de ocio y tiempo libre. En este sentido, los padres y madres subrayan la necesidad de que esta actividad sea transmitida como un hábito de vida más, no como una obligación.

4.5. Barreras en la práctica del deporte y del ejercicio físico

Entre la **población mayor**, la principal barrera para la práctica de ejercicio físico y/o deportivo es el estado de salud, como resultado del proceso de envejecimiento. No obstante, ésta se convierte en una barrera real cuando afecta a las capacidades específicas que exige una cierta actividad deportiva, al incapacitar a la persona para hacerla. Cuando no ocurre esto, sino que el envejecimiento tan sólo acarrea limitaciones propias de la edad, y la actividad deportiva que se realiza permite su adaptación a las posibilidades del mayor, las barreras para practicar deporte pasan por otras cuestiones de carácter psicológico, como el verse capaz de hacerlo.

–Paco, el monitor, siempre dice que la que no pueda hacerlo que no lo haga. Que se siente y que haga lo que pueda.

(Mujer, 60-75 años, Antequera, (Málaga))

Otra de las barreras que condicionan la práctica deportiva entre la población tiene que ver con su entorno social. En este ámbito, la red de relaciones y los roles que desempeñan los mayores tienen un papel fundamental, tanto por la disponibilidad del tiempo libre del que disfrutan, cuanto por el apoyo simbólico con el que son animados a practicar deporte. En este sentido, como tuvimos oportunidad de constatar, las mujeres mayores que desempeñan el rol de ama de casa se encuentran con más obstáculos para realizar deporte, al disfrutar de poco tiempo libre y recibir menos estímulos de sus familiares.

Mujer 1: Es que eso, ésa es la falta que nosotros, a nuestra edad, tenemos. Pero, por ejemplo, el entorno de nuestra casa, no creen que sea necesario...

Mujer 2: Sí, porque lo primero que dicen es: «Con los problemas que estás diciendo tú que tienes, y ahora qué quieres, ¿enrollarte más en otra cosa? ¿Vas a crearte más problemas?». Pues sigues con lo tuyo.

Mujer 1: ¡Digo!... Dice que está cansada y ahora se va a la gimnasia.

(Mujeres, 60-75 años, Antequera (Málaga))

El dinero tiene un menor peso que otros elementos en esta relación. Esto se debe a distintas razones. Por un lado, a que en muchos casos la actividad física del mayor se reduce a andar, para la que no se necesita este recurso. Por otro lado, a que a estas edades hay un gran número de actividades deportivas que están subvencionadas, cuando no son gratuitas.

Al examinar las barreras vinculadas a la práctica deportiva entre la **población joven**, se observa que, en la mayoría de casos, tienen que ver con la incorporación al mercado laboral y la emergencia de las nuevas formas de ocio pasivo, vinculadas con el consumo y el ocio nocturno, en torno a lo cual gira la sociabilidad en la juventud. En efecto, con independencia de la etapa de la juventud en que se encuentren, el principal obstáculo para la práctica del deporte es la falta de tiempo libre y su escasa posibilidad, en algunos casos, de gestionarlo. Esta falta de tiempo está motivada tanto por uno como por otro elemento.

—Sigo diciendo lo de antes: creo que es por el tiempo y el cansancio, que el tiempo libre que tenemos es cada vez menor.

(Hombre, 18-22 años, Puente Genil, (Córdoba))

Por lo demás, los bajos salarios o la falta de recursos económicos que afectan a las personas a estas edades, como también el peso del grupo de pares, son elementos decisivos en la práctica del deporte en la juventud.

A la hora de hablar de sus **hijos**, los padres y madres que residen en zonas urbanas señalan tres barreras fundamentales vinculadas a la práctica deportiva: el entorno social, los hábitos de ocio pasivo y el tiempo libre.

En relación con la primera de estas barreras los padres y madres consideran que la inexistencia de espacios públicos en el barrio donde los niños puedan moverse con autonomía y de forma segura, que les permita quedarse sin preocupación, afecta a la práctica deportiva.

—Llega un momento que estamos amputando los recursos a nuestro hijo: «Tú por ahí no vayas. Por aquí tampoco. Uy, aquí están estos. Uy, aquí no se puede»... ¡Pues no señor!

(Madre, AMPA, Barcelona)

Por otro lado, la falta de instalaciones de carácter público, accesibles y cercanas, o la no apertura de los colegios fuera de horas escolares, tienen un peso fundamental, según los padres y madres, al reducir las posibilidades que tienen los menores para practicar deporte.

—¿Sabes lo que pasa? Que los centros, jeh!, cierran esos campos para uso y disfrute de los del centro.

(Padre, AMPA, Barcelona)

La segunda barrera tiene relación con las formas de ocio pasivo que se disfrutan a través de medios audiovisuales e informáticos de entretenimiento, como las consolas, la televisión o Internet, que hacen que, en muchos casos, la práctica de deporte quede desplazada a un segundo plano en el tiempo libre y los gustos del menor.

—Hay otro problema grave, y vuelvo otra vez a lo que estábamos hablando antes: mucha, mucha culpa la tenemos nosotros de la calidad de vida de nuestros hijos. ¿Y por qué la tenemos nosotros? Porque le metemos mucho miedo, más de lo que tú...nosotros pensamos: «Oye no salgas, oye no se qué, oye. ¿Por qué, en vez de salir, no te quedas y juegas un ratito aquí? Te pones la Play»...

(Padre, AMPA, Barcelona)

A la última de las barreras señaladas le otorgan una menor importancia: la falta de tiempo libre disponible entre el horario escolar, las tareas y las actividades extraescolares. No obstante, esta barrera se reduce cuando, entre las actividades extraescolares, se realiza deporte.

4.6. Deporte y calidad de vida, una relación recíproca

Al inicio de este capítulo se indicaba que la relación entre el deporte, la salud y la calidad de vida tiene un carácter circular, por cuanto es recíproca. Tal como se ha visto en los fragmentos de las entrevistas, la práctica deportiva parece contribuir a obtener calidad de vida, al mejorar nuestro estado de salud física y psíquica, pero, al mismo tiempo, disponer de calidad de vida es una condición básica para realizar deporte.

En los discursos obtenidos a través de la investigación cualitativa, la calidad de vida es entendida como una suerte de equilibrio obtenido a partir de un conjunto de elementos de carácter material e inmaterial (la salud, la gestión del tiempo, el trabajo y el entorno social). La práctica de deporte, como hemos tenido oportunidad de contemplar, requiere la disponibilidad de tiempo libre, unas condiciones básicas de salud, la existencia de unas instalaciones o espacios donde realizarlo, y a veces todo ello está relacionado con el disfrute de una situación económica suficientemente holgada. En consecuencia, la inversión personal que exige la práctica deportiva estará determinada por la

presencia de estos factores de calidad de vida, convirtiéndose en un medio o una barrera para su realización, según la manera como se materialicen en nuestras vidas.

El **tiempo libre** del que se dispone en la vida cotidiana tiene un efecto fundamental en la práctica deportiva. Conforme menor es el tiempo del que se dispone, más cara es la decisión de invertirlo en practicar deporte.

—Tú, si quieres, puedes sacar [tiempo], lo que pasa es que luego no tienes tiempo para ti para hacer cualquier cosa, no te queda nada ya. Si tú sacas para el deporte, entonces lo demás ya no...

(Mujer, 18-22 años, Puente Genil (Córdoba))

La **salud** es otra de las condiciones de posibilidad para la realización de deporte, pues su falta impide la práctica deportiva. La salud afecta al esfuerzo que requiere el deporte, tanto en el plano físico —vinculado con el organismo—, como mental —vinculado con la voluntad y el ánimo.

El **trabajo** influye de diversas maneras. Una de ellas es de carácter estructural, por cuanto a menudo la práctica del deporte requiere una inversión económica, ya sea una indumentaria adecuada, material deportivo y, en algunos casos, alquiler de espacios habilitados para su práctica y la contratación de servicios de aprendizaje y asesoramiento. Otra de las maneras como influye el trabajo es determinando la disponibilidad de un cierto tiempo libre y, además, de un estado anímico específico, que pueden estimular y/o condicionar en mayor o menor grado la práctica deportiva.

El **entorno social** es otro elemento que afecta a la calidad de vida y, por lo tanto, a la práctica del deporte. Por entorno social se entiende aquí tanto la red de relaciones sociales en las que se desenvuelve la vida del individuo —las cuales condicionan el acceso a unos u otros recursos (Bourdieu, 1997)—, como el espacio físico en el que se despliega la vida cotidiana y, por lo tanto, la práctica deportiva.

—O que sí... Si ni cuento con un familiar, tengo que buscar o a un familiar o a una amiga. Mujer, hazme el favor, estate una hora y media, que es que voy a andar. Y me cuesta el dinero, porque, hombre, no va a venir gratis a cuidar a mi casa...

(Mujer, 60-75 años, Antequera, (Málaga))

El entorno social en que se vive condiciona las inversiones requeridas por el deporte, pudiendo repercutir su coste sobre los demás elementos. Por ejemplo, la existencia de espacios e instalaciones deportivas gratuitas y accesibles puede tener un efecto directo en esta práctica, al reducirse la inversión de tiempo y dinero necesarios; máxime entre determinadas poblaciones, como los mayores y los jóvenes, que tienen menos recursos para sufragar los costes de acceso a este tipo de instalaciones.

—La gimnasia hasta cierta edad, porque, claro, ya nosotros no pagamos, pero hasta aquí sí hemos tenido que pagar.

(Mujer, 60-75 años, Antequera, (Málaga))

Si bien las **barreras** que afectan a la práctica deportiva atienden a estos elementos, éstas se manifiestan de forma diferente entre las distintas poblaciones objeto de estudio. Como se puede observar, entre la población mayor la principal barrera viene dada por el estado de salud que suele acompañar al proceso de envejecimiento. Sin embargo, en lo que atañe a los jóvenes, las barreras se asocian más a las condiciones laborales, en concreto, la larga jornada laboral, y también vienen determinadas por la emergencia de nuevas prácticas de ocio (el ocio nocturno y el ocio pasivo), que hacen competencia a actividades tales como la práctica deportiva. Entre los padres y madres de AMPAS entrevistados, otra barrera para la práctica de ejercicio físico y deporte que mencionan, a la hora de referirse a sus hijos, es la seguridad en los espacios públicos de las ciudades y la escasa oferta de instalaciones deportivas abiertas fuera del horario escolar.

V. Sentido crítico frente a sentido común. El discurso de los expertos

Este capítulo recoge las principales aportaciones realizadas por un grupo de expertos sobre la relación entre el deporte, la salud y la calidad de vida. Estos expertos han sido seleccionados por su vinculación al mundo del deporte, pero con un criterio multidisciplinar, integrando así distintas perspectivas (véase Apéndice metodológico). Entre los entrevistados hemos contado con cuatro doctores (en educación física, medicina deportiva, medicina y nutrición, y fisioterapia), un médico de familia y el gerente de una asociación dedicada a la promoción del deporte. Dos entrevistados son profesores de Universidad, y además de a la docencia se dedican a la investigación del deporte. Otros dos profesionales se dedican a la atención directa a la población y, al mantener un contacto cotidiano con sus patologías, conocen muy bien las propiedades del deporte como herramienta preventiva o terapéutica. Otro entrevistado tiene contacto directo con deportistas aficionados, que en muchos casos practican una intensa actividad deportiva. Por último, uno de ellos se dedica a la promoción del deporte colectivo entre los jóvenes estudiantes.

Como se puede observar, entre todos aúnan las perspectivas de los profesionales especializados en la práctica deportiva y en la investigación sobre el deporte. También se integra la perspectiva de profesionales del sistema sanitario, con lo que podemos apreciar cómo vive la población la realización de actividad física y deportiva. Por último, con la perspectiva de la práctica deportiva entre los jóvenes escolares y su incidencia en los hábitos de cuidado personal, se contempla esta actividad como factor de prevención de consumos de sustancias nocivas para su salud.

Los resultados alcanzados a partir de estas entrevistas han resultado sumamente oportunos para, a partir de la experiencia acumulada por éstos desde

la investigación empírica, la atención sanitaria o la gestión de organizaciones deportivas, complementar algunas de las evidencias observadas en el estudio cuantitativo. Además, estos resultados nos permiten avanzar en un nivel de mayor rigor en las repercusiones que tienen el deporte y la actividad física sobre la salud y el bienestar de las personas, lo que resulta muy útil para enfrentarse a las opiniones de sentido común que habitualmente imperan en los discursos sociales.

Para lograr este objetivo, a los especialistas entrevistados se les consultó por los conceptos de «deporte», «salud» y «calidad de vida», la interrelación e influencia de estos elementos –poniendo el acento en sus repercusiones sobre jóvenes y mayores–, la situación de la práctica deportiva en España, y las estrategias y recursos que se utilizan para promocionar el deporte entre la población. En la conversación se ha podido comprobar que su acercamiento a la población les sirve para cimentar y encuadrar sus opiniones.

5.1. Deporte, salud y calidad de vida: el punto de vista científico

El concepto de «deporte»

En las entrevistas realizadas a los expertos, el deporte es el concepto que menos discrepancias suscita de los tres conceptos propuestos. El nivel de abstracción con el que se define es mayor conforme más vinculados a la actividad científica están los entrevistados. Si bien los entrevistados establecen una clara diferencia entre el significado del deporte y el de actividad física, en el transcurso de la entrevista la utilización de uno u otro término pasa a ser indiferente. Esto puede deberse a que la palabra «deporte» ha adquirido en la actualidad un carácter polisémico, concibiendo como tal un amplio conjunto de significados. Precisamente, en el artículo 2 de la *Carta Europea del Deporte* de 1992 se recogía una definición con la que expresa abiertamente este carácter: «Deporte es todo tipo de actividades físicas que, mediante la participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones a todos los niveles». De ahí que, con frecuencia, los entrevistados rehusaran a utilizar el término «deporte», sustituyéndolo por el de «actividad» o «ejercicio físico».

—Hombre, las interacciones, nosotros queremos tenerlas muy claras. Es más, aunque deporte ha sido la palabra que se ha impuesto, nosotros somos mucho más partidarios de actividad física. Incluso cuando estuvimos debatiendo el nombre del grupo de investigación terminamos poniendo los dos.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Algunos entrevistados han intentado objetivar en lo posible la cantidad e intensidad de actividad física necesaria para generar beneficios en la salud y en la calidad de vida. Esto es importante porque, como se ha advertido, a veces puede generarse una falsa sensación de actividad deportiva, sólo por la apariencia de practicar un deporte que en definitiva no comporta un gasto energético significativo. De manera más o menos consciente, para los entrevistados, la clave para considerar una actividad física como saludable es el **coste energético**. Sobre esta base se han formulado varias indicaciones más o menos precisas. Así, se dice que debe ser una actividad que comporte un coste energético superior al gasto energético basal, que sea variada, no monótona y, a ser posible, que se realice en grupo. Un indicador sobre la cantidad de actividad física necesaria la tenemos con el nivel de coste energético que fija la investigación científica: un promedio de gasto energético semanal superior al basal de entre 800 y 2.000 kilocalorías.

—No, la actividad física sería lo que está por encima del nivel basal y que, por ejemplo, a partir de los diez mil pasos al día ya tenemos unos beneficios metabólicos...

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Como se observa en el extracto, la entrevistada utiliza una medida de la intensidad de la actividad física cifrada en 10.000 pasos al día, que para las personas mayores supondría una actividad física de 30 minutos de ejercicio aeróbico que implique el uso de grandes masas musculares y que conlleve estiramientos y pequeños ejercicios de fuerza.

El concepto de «salud»

Este concepto apenas ha sido definido por los entrevistados, quienes han visto en él tanto un objetivo vago como poco estructurado. Aquellos entrevistados más vinculados a las labores de investigación han sido los que han expresado una visión más estructurada sobre la salud. Para ellos, el concepto agrupa diferentes

dimensiones o factores de la persona, de entre los cuales hay coincidencia en señalar que la salud incorpora aspectos puramente biológicos, aunque no siempre se utiliza este término, ya que hay quien no lo señala explícitamente, quedando incorporado de modo implícito en los aspectos bioquímicos de la persona.

—(...) Nosotros cogemos por la propia dinámica de investigación que tenemos, intentamos hacerlo siempre desde un foco multifactorial. Que haya siempre variables biológicas, que haya variables psicológicas, que haya variables sociales y que haya variables ambientales. Creemos que algo donde no se combinan los cuatro elementos está quedando relativamente cojo...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Las dimensiones de la salud mencionadas son la biológica, la psíquica, la social, la ambiental, la mental, la bioquímica, la estructural y la psicológica. Qué son estas dimensiones para cada entrevistado queda implícito en su discurso sobre el concepto de «salud», sobre el cual ninguno ha logrado dar una definición que consiga abarcar a todas ellas.

La salud es descrita, entre los profesionales de la actividad física y del deporte y la salud, como una situación relativa a la capacidad de realizar actos vinculados al trabajo físico y a la capacidad funcional. La capacidad se vincula con el bienestar físico, mental y social, y sólo puede ser medida en relación con su pérdida o su estado óptimo. Esta interpretación de salud integra los conceptos antónimos de salud y enfermedad en un continuo en el que la salud óptima permite un desenvolvimiento funcional suficiente para establecer un bienestar en las tres dimensiones básicas de salud (física, mental y social). Por debajo de ese óptimo hablaríamos de «enfermedad». Al incorporarse la enfermedad en el continuo de salud, la perspectiva de los entrevistados se acerca al intento internacional de definir la salud como algo con valor en sí mismo, alejándose así de la definición de salud como ausencia de enfermedad.

—El polo extremo es la pérdida de salud, la muerte, o estás muy enfermo, digamos, con una gran minusvalía. Y el polo óptimo, ¿cuál es? Pues cuanto mejor te has encontrado. Y siempre estamos en esos polos. Por lo tanto, llamamos, y así se entiende como gradientes de salud, en las posibilidades que yo tengo de realizar cuestiones vinculadas a la calidad de vida y, por lo tanto, a la capacidad de trabajo físico, a la capacidad funcional...

(Doctor en Medicina, León)

Sin embargo, esta última es la definición de salud en la perspectiva de un entrevistado que realiza funciones médico-asistenciales, el cual la define como «ausencia de enfermedad en la que el sujeto está en un estado de bienestar físico, psíquico y emocional». Junto a ella, que no deja de acercarse a la definición internacional de salud, otras definiciones han sido más reductoras aún, pues la salud se reduce a simple «bienestar físico y psicológico», y aún más, «al estado en que el cuerpo se siente bien consigo mismo». El resto de definiciones se mueven en la mera mención de sus dimensiones o factores implicados, sin establecer siquiera una interrelación entre ellos que nos alumbrase un concepto de salud de nivel superior.

Pero, si bien la definición explícita de salud no es muy clarificadora para los profanos, la utilización del concepto sí lo es, más aún en su interrelación con el de calidad de vida.

El concepto de «calidad de vida»

Todos los entrevistados relacionan el concepto de «calidad de vida» con la conservación de la salud, coincidiendo de esta manera con las evidencias obtenidas en la parte cuantitativa de la investigación y en la parte de las entrevistas grupales realizadas entre población joven y mayor. La «calidad de vida» es para todos un concepto más amplio que el de «salud», al englobar la posibilidad de realización personal en todas las dimensiones vitales, siendo la salud una condición básica entre éstas. En efecto, la ausencia de salud, o sea, la enfermedad, o bien niega la posibilidad de disfrutar de una calidad de vida, o bien disminuye el nivel de calidad de vida.

—(...) Tener calidad de vida yo creo que es tener una buena salud, es tener también una... es una situación que nos rodea un tanto agradable.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

La calidad de vida es una aspiración vital que no sólo depende del factor salud. En esta parte de la investigación se hace referencia a todas las dimensiones de la salud, en la que todos se basan de alguna forma: la salud se presupone que debe existir para que haya calidad de vida, porque la calidad de vida es la plena capacidad funcional del ser humano en todas sus dimensiones, sin menoscabo de sus posibilidades de realización; supone la capacidad de hacer lo que se quiere, porque el cuerpo es capaz de responder a los deseos de la mente

y ésta se adapta a las posibilidades normales de su cuerpo; la calidad de vida permite gozar del entorno físico y de la red de relaciones sociales; es tener la independencia vital derivada de la buena salud.⁽¹⁾

—(...) Tomamos como partida que vivimos en sociedades desarrolladas, tecnológicamente avanzadas, donde las necesidades básicas están cubiertas (...) es decir, que nuestro concepto de calidad de vida va acompañado del concepto de salud, pues llamamos calidad de vida al relacionado u orientado a la salud, porque damos por supuesta esa base...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

En el sentido de la perspectiva externa, hay un cierto acuerdo general sobre el hecho de que el entorno social de relaciones y su armonía es muy importante para fijar el nivel de calidad de vida. Así, es necesario un nivel de vida suficiente para satisfacer las necesidades humanas primarias, pues la calidad de vida se sitúa en los niveles superiores de desarrollo personal, dentro de la jerarquía de necesidades humanas. La situación socioeconómica debe favorecer un nivel de vida suficiente para la realización personal. Pero también se vincula la calidad de vida con el nivel de vida cuando se la relaciona con todas las dimensiones del ser humano: física, psíquica y social. También se la vincula con el nivel de vida cuando, además de la salud, se la hace depender de la red de relaciones sociales y familiares, porque calidad de vida es el goce del propio entorno, y ello requiere una armonía en la red de relaciones. De esta forma es como incorporan los entrevistados las condiciones socioeconómicas al concepto de calidad de vida.

—Sí, porque podemos decir que la calidad de vida de una persona guarda relación con su independencia en su actividad de la vida cotidiana. Y si tú tienes una restricción, por una enfermedad, tu calidad de vida está disminuyendo, eso está claro. Si el deporte te ayuda a mejorarla, te está ayudando a mejorar tu calidad de vida. No solamente la tuya, sino la tuya y la de las personas que te rodean.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

(1) La perspectiva de la mayoría de los entrevistados sobre calidad de vida parte desde fuera del sujeto, como si se pudiera medir su nivel, y graduarlo y valorarlo desde fuera. Y el nivel de calidad de vida, aunque no sea medible cuantitativamente, sí es interpretable teniendo en cuenta, además de la salud, otras dimensiones vitales.

No obstante esta perspectiva compartida mayoritariamente por el observador externo, algún experto, sin negar la capacidad de evaluar la calidad de vida de un sujeto desde afuera, alude al hecho de que, en última instancia, la calidad de vida no deja de ser una percepción subjetiva de cada individuo, de modo que unas mismas condiciones de vida pueden suponer una calidad de vida satisfactoria para unas personas e insatisfactoria para otras.

—No, yo creo que la calidad de vida es una percepción individual, por lo tanto para mí es individual, es decir, una persona en una misma situación se puede encontrar a gusto y la otra se puede encontrar agobiada.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Como se observa, el dilema entre indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida, que ya señalábamos en apartados anteriores del capítulo, aparece también en las respuestas de los expertos entrevistados.

La interrelación de los conceptos «deporte», «salud» y «calidad de vida»

Como la selección de los entrevistados se ha realizado primando un perfil de personas dedicadas al deporte e implicadas social y profesionalmente con él, parece lógico que, a la hora de analizar la interrelación de los conceptos de «deporte», «salud» y «calidad de vida», el deporte sea la piedra angular de la interrelación. La interrelación que han descrito los entrevistados tiene un carácter predominantemente lineal, según la cual la actividad física y deportiva afecta a las demás dimensiones.

Los expertos entrevistados han descrito tres tipos de relaciones lineales. Los expertos que se dedican a la investigación y que tienen una formación médica muy especializada, orientada hacia el deporte (sea en su faceta deportiva, aficionada o terapéutica), han descrito una relación lineal según la cual **la práctica deportiva mejora la salud y la mejor salud tiene como resultado una mayor calidad de vida**. Como consecuencia, su discurso enfatiza las dimensiones físicas y biológicas de la actividad física y deportiva con mucha más intensidad y extensión que los beneficios de tipo psicológico y social.

—(...) Para mí esos tres conceptos están incardinados. Tal es así que precisamente es el sustento de por qué en un momento dado se fomenta tanto, por ejemplo, la actividad física en los mayores, en la tercera edad. ¿Por qué? Para mejorar su capacidad funcional de movimiento y, por lo tanto, les permite eje-

cutar más tipos de actividades. Eso conlleva más relaciones sociales, mejora del humor, más cuestiones, por lo tanto, más calidad de vida.

(Doctor en Medicina, León)

Por su parte, los expertos vinculados a programas sociales de intervención para la promoción de hábitos deportivos en la población han descrito una relación lineal directa, pero con una doble perspectiva. Por un lado, **la visión médica**, que centra su discurso en **los beneficios médico-terapéuticos** que tienen la actividad física y el deporte y, por otro lado, **la visión social**, que vincula directamente el deporte con **los beneficios sociales** que produce entre quienes realizan estas actividades.

—(...) Es decir, la calidad de vida yo creo que es como decía la canción aquella de «salud, dinero y amor». Es decir, tener calidad de vida yo creo que es tener una buena salud, es tener también una situación que nos rodea un tanto agradable...

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Veamos a continuación qué influencia tiene el deporte, a tenor de la experiencia acumulada por estos expertos, sobre las dimensiones física, psíquica y social de la población.

La influencia del deporte en el organismo humano

Los beneficios del deporte en la dimensión física y biológica del ser humano son muy extensamente descritos por los expertos. Unas veces son tratados en sentido positivo (qué mejoras produce la actividad física y el deporte) y otras en sentido negativo (qué males produce la inactividad). Desde lo más general, se afirma que el deporte previene las enfermedades y patologías, y que contribuye a su tratamiento cuando se padecen. Y ello es así porque, según los entrevistados, la actividad física mejora el funcionamiento del cuerpo humano y de los sistemas orgánicos, especialmente los sistemas osteomusculares y el inmunológico, equilibrando la sangre y la linfa, activando positivamente el sistema hormonal, mejorando el funcionamiento locomotor y, en suma, aportando un equilibrio homeostático al cuerpo.

—El deporte ayuda no solamente a movilizar los segmentos corporales, sino que ayuda a reequilibrar toda la homeostasis corporal, moviliza sangre, mo-

viliza linfa. Eso hace que el sistema inmunológico aumente, nuestro sistema defensivo se estimule y se fortalezca, y eso previene enfermedades...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

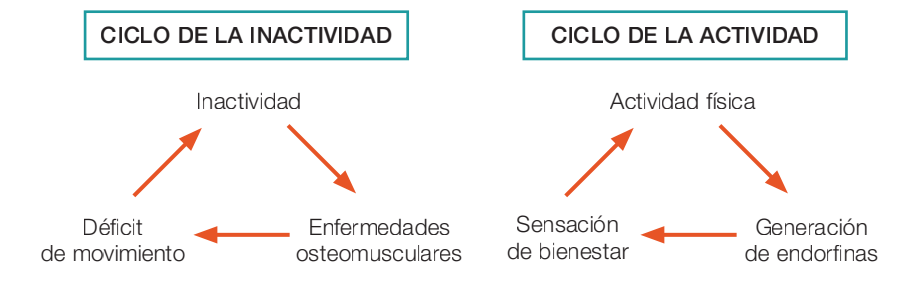
En la dimensión física de la persona, se destacan los dos ciclos cerrados descritos por uno de los entrevistados. Según el primero, la falta de actividad física provoca enfermedades osteomusculares y un déficit de movimiento que impide y dificulta la actividad física. Según el segundo ciclo, la actividad física, al generar endorfinas que crean bienestar, potencia la realización de más actividad física.

—Hoy en día existen ya muchísimos estudios que demuestran una relación directa entre sedentarismo, enfermedades hipocinéticas, afecciones cardiovasculares y obesidad (...) con lo que ello conlleva de déficit de movimiento (...) El ejercicio físico, incluso en edades tempranas, aumenta lo que se llama la adherencia al propio ejercicio, ¿no? Y ya, independientemente de que se realice ejercicio físico, en función de la cuantía y la intensidad que haga, sea capaz de liberar metaendorfinas que, a su vez, suponen un reclamo continuo para estar realizando ejercicio físico...

(Doctor en Medicina, León)

Estos dos ciclos (véase gráfico 5.1) ejemplifican la importancia que tienen los hábitos de actividad física. Si, como parece, tanto la práctica de esta actividad como la inactividad se retroalimentan, uno u otro comportamiento tendrá importantes implicaciones sociales, a saber: la rígida división de la población en dos bloques: los que practican deporte y los que no. Y entre ellos no existen puentes lo suficientemente poderosos como para incitar el paso desde estilos de vida inactivos a estilos de vida activos.

El predominio del ciclo de inactividad es el que está extendiendo el sedentarismo en la sociedad. Para los entrevistados, está claro que el sedentarismo está provocando graves patologías, sobresaliendo el aumento de los porcentajes de obesidad entre la población. Las tendencias sociales en ese aspecto son lo suficientemente negativas como para que no se pase por alto, lo cual no resta importancia a las enfermedades hipocinéticas (enfermedades coronarias, hiperlipidemia, trastornos musculoesqueléticos) que reducen la masa muscular y la esquelética, y disminuyen la capacidad funcional.

Ciclos de la inactividad, de acuerdo con uno de los entrevistados

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

—Hoy en día existen ya muchísimos estudios que demuestran una relación directa entre sedentarismo, enfermedades hipocinéticas, afecciones cardiovasculares y obesidad.

(Doctor en Medicina, León)

—Estamos en un país donde el sedentarismo es, a pesar del clima tan favorable que tenemos, pues es muy prevalente, la obesidad infantil ya es la más alta de Europa.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Sin embargo, los beneficios del deporte no se limitan a aspectos físicos, también el ámbito psicológico aparece en las respuestas recogidas.

La influencia del deporte en el bienestar psíquico

La influencia del deporte en el bienestar psíquico resulta evidente para todos los entrevistados, que lo presentan como una consecuencia del bienestar físico que genera el deporte. La influencia positiva se produce porque la actividad física estimula la producción de las hormonas que mejoran el bienestar psíquico, por lo que el deporte también influye positivamente en las enfermedades psíquicas, mejora la capacidad psicomotora del individuo y, como consecuencia, aumenta la autonomía personal que percibe el sujeto, lo que influye positivamente en su estado de ánimo.

–(...) El ejercicio es un buen ansiolítico y de alguna manera baja el consumo de hipnóticos y de medicación (...), mejora la depresión por la síntesis continuada de endorfinas. Por lo tanto es un buen antidepresivo.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

–Yo creo que sí, yo creo que todo lo psíquico va unido también a aspectos comunitarios. Yo creo que el deporte desde el punto de vista psíquico le permite a uno estar más relajado, más tranquilo, quemar adrenalina, etc. (...) y eso repercute en el aspecto social y viceversa. Cuando uno se encuentra haciendo cosas con los demás, te encuentras con vínculos con los otros, tienes unas mejores relaciones sociales, eso es indudablemente un bienestar psicológico de las personas.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Los expertos en este tema que tienen una perspectiva lineal de la interrelación de estos conceptos destacan en mayor grado los aspectos médicos del bienestar psíquico, especialmente aquellos que tienen una visión medicalizada. Desde esta perspectiva, se destacan las mejoras que produce la actividad física en el bienestar de las personas que sufren trastornos depresivos, ya que reduce la gravedad de la dolencia y también la necesidad de fármacos.

–(...) Porque desde el punto de vista psicológico, estoy cada vez más convencido de la importancia que tiene realizar actividad física, ¿no? Todo el tema de la autoestima, el que sobre todo se sientan mucho mejor consigo mismos, una mejor autoimagen, que no haya depresión, por la síntesis de endorfinas, ese efecto analgésico y ese efecto euforizante, las relaciones sociales...

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

Los entrevistados que también aprecian una relación lineal entre deporte y bienestar psíquico, pero que intervienen en este campo desde la perspectiva más práctica del deporte o que están ligados a la investigación deportiva, se centran en los aspectos más psicológicos y menos psiquiátricos del bienestar psíquico. Así, dicen que la actividad física mejora el bienestar, reduce el estrés, aumenta la autoestima, fortalece el control emocional, reduce la propensión a los trastornos mentales y mejora el bienestar psíquico, como consecuencia de las mejores relaciones sociales que facilita.

–(...) Hay un estudio publicado en el que se ha puesto en evidencia el desarrollo de una actividad deportiva con la mejora de la depresión. Es decir, que

una actividad deportiva mantenida, no puntual, mejora el estado de ánimo, el estado de felicidad.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Por último, entre quienes ponen mayor énfasis en la visión social del deporte, se destacan los beneficios psíquicos que se producen por la mejora derivada de los aspectos comportamentales de la persona. Un comportamiento más relajado, tranquilo y menos agresivo es lo que logra el deportista, como consecuencia de las mejoras que vive en la dimensión social de su vida: más y mejores relaciones sociales que evitan el aislamiento y proveen mayor seguridad. Y ello es así porque las personas inactivas son dependientes psicológicamente como consecuencia de ese déficit social.

—Las habilidades sociales son importantísimas para uno poderse manejar en la vida, y yo creo que el deporte es una buena herramienta para trabajar habilidades individuales que luego tienen un aspecto social, como pueden ser la asertividad, la toma de decisiones, el control emocional, la resolución de problemas...

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Así, los beneficios psicológicos se unen a los físicos como aspectos derivados de la práctica deportiva y que, a la vez, la refuerzan. El panorama, sin embargo, estaría incompleto a los ojos de los entrevistados si no se tuviesen en cuenta también los beneficios sociales que implica la práctica deportiva.

La influencia del deporte en el bienestar social

Las mejoras en el bienestar social que provoca la actividad física son admitidas por todos los entrevistados, pero de manera diferente según sus perspectivas. La perspectiva que menos precisa estas mejoras es la de la visión médica de la interrelación, de modo que, en líneas generales, la actividad física sería positiva porque mejora la sociabilidad —de manera especial en aquellos ciudadanos que están más aislados socialmente, como los mayores—. Los entrevistados ligados a la intervención en personas mayores destacan que la sociabilidad se refuerza porque también mejoran las relaciones sociales en el entorno familiar. Todo ello se produce porque, con la actividad física, mejora la autoestima y la capacidad física del mayor y, como consecuencia, las relaciones sociales mejoran también ostensiblemente.

—(...) Un ejemplo que siempre pongo cuando doy alguna charla o clases es el tema de los mayores. Los mayores tienen clase a las doce de la mañana y resulta que a las once los veo allí ya en la instalación, a las once están ya dando vueltas por la pista hablando unos con otros (...) y salen a la una, y a la una vuelven a salir hablando unos con otros...

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

Desde la perspectiva de la intervención paliativa se destaca el hecho de que el deporte previene enfermedades y lesiones que trastornan las relaciones familiares, pues tanto las dolencias físicas como las psíquicas tienen consecuencias relacionales y socioeconómicas en la familia. De este modo, al prevenir, el deporte mejora la independencia personal y aumenta la calidad de vida general de los deportistas.

—(...) Encuentro muchas veces en la consulta que cuando alguien está lesionado, lesionado de verdad (...). Produce un trastorno en el núcleo de la familia por su estado de ánimo, porque no puede ir a trabajar, porque si es autónomo disminuyen los ingresos etc., etc. Y eso es un problema socioeconómico, podemos decirlo entonces: el deporte, evidentemente en cierta medida, previene este tipo de problemas.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

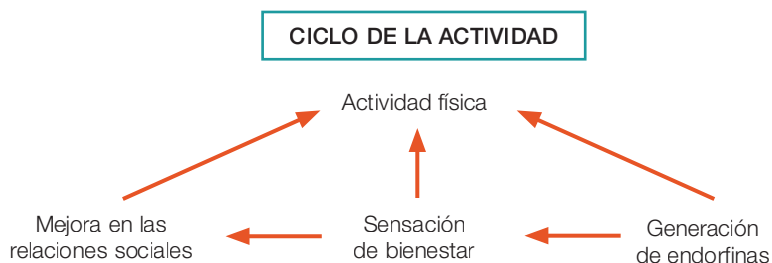
Desde la perspectiva de la investigación deportiva se ha destacado el bienestar social que produce la actividad física como consecuencia de un tercer ciclo cerrado (véase gráfico 5.2). El deporte, al producir bienestar y euforia psicológica, proporciona mejores relaciones sociales y colectivas, las cuales refuerzan la adherencia a los programas de actividad física. La actividad física no sólo se potencia por las endorfinas que genera sino también por las mejoras sociales que percibe el deportista en sus actividades colectivas.

—(...) El ejercicio no deja de ser un componente estético que yo quiero practicar ejercicio, a veces, no tanto como fuente de salud, sino por mejorar mi imagen corporal. En la medida de que yo sea capaz de conseguir esos beneficios, me refuerzo el estímulo para seguir...

(Doctor en Medicina, León)

El entrevistado que tiene una visión social de la interrelación destaca el beneficio social que tiene la práctica colectiva de deportes. Dada su relación con la intervención social en jóvenes parece lógico que se centre en los beneficios

El ciclo de la actividad: la inclusión de la dimensión social



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

sociales antes que en los, menos evidentes a corto plazo, beneficios físicos en la salud y en la calidad de vida de este grupo de población. El deporte en equipo educa en consumos de grupo y estilos de vida grupales que previenen la aparición de comportamientos cercanos o incluidos de lleno en la desviación social. La actividad física no sólo previene esos riesgos, sino que también mejora las habilidades individuales de influencia social: produce mayor asertividad, mejora la capacidad para tomar decisiones, produce un mayor control emocional y los hace más habilidosos para la resolución de problemas.

—(...) Nuestros programas, lo que trabajan sobre todo es el tema de habilidades sociales. (...) La importancia del deporte también con todo lo relacionado con lo comunitario y con las relaciones con los demás. (...) El deporte es una buena herramienta para trabajar habilidades individuales, que luego tienen un aspecto social, como puede ser la asertividad, la toma de decisiones, el control emocional, la resolución de problemas...

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Otro beneficio social menos destacado, pero no menos importante, es el que se describe cuando se enumeran los beneficios sociales que produce la actividad física, vista desde la perspectiva de la inclusión social en el trabajo. Por el conocimiento de una serie de programas de investigación sobre la influencia del deporte en el desempeño laboral y profesional, alguno de los expertos da cuenta de los avances en las conclusiones de las investigaciones que se están

desarrollando en torno a la ergonomía del trabajo y a la prevención de enfermedades y accidentes laborales, mediante la promoción de la actividad física fuera y dentro de la jornada laboral. En ese sentido, parece que la actividad física produce mejoras ostensibles en el rendimiento laboral, lo que eleva la productividad en el trabajo entre los empleados que realizan actividad física y, como resultado, también su empleabilidad.

—(...) Actividad física dentro de la jornada o fuera de la jornada, si mejora el rendimiento, se está investigando (...) Hay trabajos que han verificado que sí, hay trabajos que no ven efecto ninguno, pero casi ningún trabajo ha verificado que haya efectos negativos. Luego, de partida, podemos decir que es recomendable...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

A continuación se exponen los matices que se añaden a esta visión general de la influencia del deporte en las diferentes esferas de la persona, cuando los expertos entrevistados se centran en jóvenes y mayores como grupos diferenciados.

La influencia diferenciada de la actividad física en jóvenes y mayores

La opinión más extendida entre los expertos es que el deporte tiene un alto componente social en los jóvenes, además de inmediatos beneficios físicos. Pero, además, estos beneficios se encuentran relacionados con el desarrollo de su personalidad y con la educación en hábitos higiénicos y saludables, menos perceptibles en el corto plazo, pero perdurables en el tiempo.

—(...) Prevenir no deja de ser educar, y lo que se aprende de joven, lo que se aprende de niño se forja en el carácter de una persona que luego le viene a lo largo de toda su vida.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Para conseguir esos beneficios es necesario que el deporte en niños y jóvenes tenga unas características determinadas. La opinión compartida entre los expertos es que los jóvenes deben practicar un deporte orientado al disfrute y a la relación social con sus iguales, relegando el deporte competitivo a un segundo plano, porque éste tiene un alto riesgo de provocar el abandono cuando el joven percibe que no ha tenido éxito en la competición.

—Ése ha sido uno de los grandes errores. Por ejemplo, a nivel internacional se está describiendo mucho por qué hay tanto abandono de la práctica físico-deportiva en adolescentes, y una de las muchas teorías que hay explica que mucho es debido al énfasis en lo competitivo. Lo competitivo al final, la única persona que se queda en lo competitivo es el bueno.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

El joven debe realizar una actividad física variada y grupal para que se sienta motivado, pues la principal fuente de gozo es la participación e integración en su grupo. De esta manera, era previsible que algún entrevistado afirmara que el centro educativo es el lugar de referencia (y estratégico) para promover el deporte en los jóvenes y adolescentes, porque sólo el colegio puede proporcionar una amplia oferta deportiva capaz de incluir a todos los jóvenes, los cuales tienen gustos y capacidades diferentes.

—Por lo tanto, no sólo se necesita que en el colegio, por llamarlo así, se le ofrezca la posibilidad de practicar todo tipo de deportes, sino que luego a la hora de apuntarse a uno o a otro lo van a hacer por un colectivo, que van a ser que el grupo de amigas o sus amigas se van a apuntar a dicho deporte.

(Doctor en Medicina, León)

Los beneficios físicos del deporte son inmediatos y tangibles en los jóvenes, y se concretan en la mejora de su capacidad física general y en su salud. Pero, para los expertos, más importante que éstos son los beneficios comportamentales y la adquisición de hábitos. Así, el deporte mejora la alimentación, mejora el sueño, hace a los jóvenes más respetuosos, más autodisciplinados y responsables, eleva su motivación y los aleja de conductas desviadas.

—Estos jóvenes que hacen ejercicio tendrán unos buenos hábitos alimentarios, no tendrán hábitos tóxicos, probablemente los hábitos del sueño, del consumo de sustancias, lo que comentábamos, pues de la socialización, del respeto, del entrenamiento, mejorarán todas sus condiciones físicas.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

De los beneficios comportamentales es de donde los expertos indican que arrancan los beneficios sociales. Con el deporte, el joven adquiere un beneficio perdurable en su vida, que se manifiesta en los comportamientos y también en la asunción de valores sociales que mejoran su desarrollo personal y su capacidad de relación. A través del deporte, el joven se habitúa a las relacio-

nes sociales, se marca metas colectivas y, por eso, desarrolla plenamente sus habilidades sociales, que luego serán tan importantes en su vida familiar y laboral, y en la relación entre iguales.

—(...) Los jóvenes lo que buscan en el deporte son temas, muchas veces, como el relacionarse con los demás, como el ponerse metas en conjunto, como puede ser el tema de la competición, y también el tener un buen aspecto físico.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Estos beneficios justifican la inversión en actividades deportivas de juventud, pero su importancia se acrecienta si tenemos en cuenta la situación actual de este grupo. Según se afirma, si en la historia de la humanidad los hijos han visto morir a sus padres, la situación se está invirtiendo, y en las próximas décadas los padres se acostumbrarán a ver morir a sus hijos. Esto se explica por la extensión entre los jóvenes de estilos de vida sedentarios con niveles epidémicos. Los jóvenes, apuntan los expertos, han perdido la dieta mediterránea de sus padres y tienen una dieta desequilibrada; su entorno laboral y de estudio no favorece el trabajo físico; los hábitos de ocio son pasivos y fomentan aún más el sedentarismo, y el riesgo de ingerir sustancias tóxicas es cada día más alto. Las consecuencias se están plasmando en toda una gama de desequilibrios bioquímicos en sus organismos que provocarán a medio plazo una catástrofe sanitaria.

—La gran mayoría de ancianos que tenemos ahora son personas con una buena salud (...) Y esto, la verdad, es que sorprende muchísimo. Entre estos jóvenes, pues su dieta ya no es la dieta mediterránea habitual (...) la mayoría pasan la jornada laboral sentados, se desplazan en automóvil, sus hobbies, aficiones, pues, Internet, todas estas cosas están prácticamente también en una actitud muy sedentaria y sus niveles de colesterol, por ejemplo, son ya mucho mayores (...) y cuando el Doctor X en el Consell Assessor recomendó, bueno, nos comentaba, ¿no?, que los padres enterrarán a sus hijos... La verdad es que está subiendo una generación que da miedo a nivel del riesgo cardiovascular que llevan...

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Desde esta misma perspectiva, la situación sanitaria de los mayores ha sido descrita como el polo opuesto al de los jóvenes. Los mayores de hoy en día tienen una buena salud general, gozan de una dieta mediterránea y llevan y

han llevado en buen grado una vida activa físicamente, lo que mejora los otros aspectos de su salud y bienestar.

—La gran mayoría de ancianos que tenemos ahora son personas con una buena salud. Son personas que han seguido una dieta mediterránea a lo largo de su vida (...) La mayoría proceden de zonas rurales donde tampoco hubo una precariedad a la hora de alimentarse. Muchos de ellos han hecho ejercicios relativamente físicos o en la agricultura, [cuando] no estaba tan mecanizada como ahora. Son más sanas estas personas que muchos de sus nietos. Y esto la verdad es que sorprende muchísimo.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

¿Quiere ello decir que los mayores no necesitan realizar deporte o actividad física programada o regular? No es ésa la opinión de los expertos. El deporte tiene beneficios en todas las edades, y la mejora en la salud y en la calidad de vida es ostensible en todas ellas, y especialmente en los mayores. Las diferencias entre mayores activos y no activos que señalan nuestros entrevistados estriban en que los activos son más longevos, tienen más autonomía y más calidad de vida, mientras que los inactivos están abocados a sufrir obesidad y patologías concomitantes, además de tener menor flexibilidad corporal y peor percepción de sí mismos, lo que redundará en una peor calidad de vida general.

—En ancianos lo que vemos es que personas que puedan tener la misma edad y están sentados juntos en la sala de espera, su condición física puede ser muy diferente. Tenemos personas de ochenta, ochenta y cinco, ochenta y ocho años, que tienen una calidad de vida fantástica, personas que son totalmente autónomas, que cada día salen a dar su paseo, que hacen su compra, que van a jugar a la petanca o van a la piscina a hacer algún tipo de actividad y son personas con una calidad de vida envidiable, y algunas otras bastante más jóvenes pues por la patología asociada (...) no se mueven. Toda esta cadena hace que su percepción de salud sea mucho peor, su calidad de vida, su flexibilidad, su movilidad, su vida social y todo esto...

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Para los entrevistados, la actividad física incide en la situación de los mayores de tres modos diferentes y no excluyentes: la actividad física es terapéutica, porque mejora la salud, es preventiva ante la enfermedad y mejora la vida

social de los mayores que están muy expuestos al riesgo de la soledad y a la falta de relaciones. Los expertos se muestran de acuerdo en los beneficios de la actividad física para la salud física y psicológica de los mayores. Entre estos beneficios se señalan los siguientes: la mejora de la autoestima y autoimagen, la reducción del riesgo de depresión y alivio de la existente, la reducción del dolor y el aumento de la calidad de vida, el refuerzo de una dieta saludable y de la buena salud general, la modificación de la composición musculoesquelética, la vinculación del deporte con una mayor capacidad intelectual y la prevención del deterioro asociado a la edad y de patologías hipocinéticas.

—Pero cuando analizábamos la composición corporal, el peso no se había modificado pero había disminuido grasa porque había disminuido músculo.

(Doctor en Medicina, León)

—(...) Desde el punto de vista psicológico, estoy cada vez más plenamente convencido de la importancia que tiene realizar actividad física, ¿no? Todo el tema de la autoestima, el que sobre todo se sientan mucho mejor consigo mismos, una autoimagen...

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

En cuanto a los beneficios sociales, para los mayores se centran en que la actividad física facilita un punto de encuentro entre mayores, y eso aumenta su entorno de relaciones sociales. Gracias a la actividad física se constituyen grupos, y con ellos se estimulan las relaciones interpersonales, de modo que aumentan las oportunidades de mejorar las habilidades sociales y las relaciones familiares.

—(...) Cuando siguen caminando, la excusa no es el colesterol. E incluso yo veo muchísimas veces que estas personas que se han enganchado ya a esta actividad física, una vez que se le ha resuelto la patología, siguen enganchados con el deporte, porque han visto que es una vía de escape, una vía de relación.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Pero, ¿cómo se puede promover la actividad física y el deporte entre los mayores? Mientras que todos los entrevistados están de acuerdo en que es el beneficio social el principal factor que motiva la práctica de la actividad física entre los mayores, sobre la motivación que generan los beneficios terapéuticos y preventivos no hay una opinión unánime entre los entrevistados.

—El deporte en las personas mayores lo utilizan como punto de encuentro. Es su excusa para salir de casa, juntarse con los amigos, conversar, hablar y tal.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Hay entrevistados que creen que los mayores sólo buscan en el deporte preservar la salud para no caer enfermos y no tener achaques, y hay quien opina que buscan perder peso. Con todo, en la medida en que tienen éxito se refuerza la actividad deportiva, pero si fracasan la abandonan, ya que parece que en el anciano los beneficios del deporte no son tan evidentes como en los jóvenes. En contraste, hay entrevistados que, desde una perspectiva de intervención en mayores, piensan que estos beneficios físicos son suficientes para promover el deporte entre este grupo, pero no ignoran la capacidad motivadora que tienen las relaciones sociales. Por eso, podemos decir que, si bien los beneficios terapéuticos y preventivos tienen una importante influencia para promover la actividad física en los mayores, de acuerdo con estos entrevistados para motivar la actividad física son incluso más relevantes los beneficios sociales que se obtienen de esta actividad. Los siguientes extractos presentan ejemplos de esa variedad de objetivos (de salud y sociales) que los mayores persiguen con la actividad física:

—Y la tercera edad se apunta a esos programas para conseguir una serie de objetivos, (...) cuando ellos hablan de mejorar su salud casi siempre están vinculados a temas de obesidad, de reducción de peso.

(Doctor en Medicina, León)

—[Los mayores] buscan tener ese buen aspecto, no buscan la competición, lo que buscan es, muchas veces, pues no tener achaques, es no tener problemas.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Ante esta conclusión, adquiere gran importancia la estrategia expresada por un entrevistado para promover la actividad física en cualquier grupo de edad, que consiste en conocer las expectativas e intereses de los grupos concretos para conseguir motivarles. En el caso de los mayores, se identifican dos tipos de rechazo: uno, el que tienen los mayores que no han hecho nunca actividad física a lo largo de su vida, alegando falta de hábito y de tiempo para no iniciarla; y, otro, el rechazo que tienen aquellos mayores que, habiendo estado

habituaados al deporte competitivo a lo largo de su vida, no se sienten suficientemente estimulados con el deporte, ya que no tiene ese carácter competitivo. Eso implica que hay que proyectar diferentes alternativas deportivas y, probablemente, ofertas plurales, como en el caso de los jóvenes en edad escolar.

—(...) Hay mayores que (...) les da miedo ponerse en marcha, ¿no?, porque quedan mal delante de los demás, por poner un caso, ¿no?, o porque tienen muchos compromisos sociales, laborales o familiares, y continuamente nos relatan que no tienen tiempo, que no pueden...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

En todo caso, hay quien afirma que en cualquier momento se puede proyectar un programa deportivo siempre que no sea muy exigente. Sólo basta con respetar la dinámica de «la lógica virtuosa de la actividad física», que podría formularse de la siguiente forma: con la actividad física se mejora física y psicológicamente. El resultado es que se eleva la autoestima personal y ello facilita las relaciones sociales, que reforzarán, a su vez, la frecuencia de actividad física.

—Y casi todos los estudios últimamente, todos los trabajos de publicación, cada uno en su ámbito, que se dedican a analizar estas cuestiones, muchos americanos, del norte europeo, vienen no sólo a decir eso, sino que además da igual el momento de la vida en el cual uno se empieza a hacer una inmersión en este tipo de programas. Es decir, (...) es beneficio para tu cuerpo.

(Doctor en Medicina, León)

Como vemos, esta lógica corresponde al ciclo de la actividad que habíamos expresado gráficamente en páginas anteriores, en concreto en el gráfico 5.2.

5.2. La práctica del deporte y la actividad física entre la población

Una vez que se ha comentado cómo elaboran los expertos entrevistados los conceptos de salud, calidad de vida y actividad física, y qué tipo de relaciones observan entre ellos, se expone cómo parecen valorar la práctica del deporte y de la actividad física en la población, qué elementos motivadores perciben, qué obstáculos dificultan que esa práctica sea más elevada y cuáles serían las recomendaciones para su promoción.

La interiorización del deporte por la población

En líneas generales, hay un alto grado de acuerdo entre los expertos entrevistados en considerar que el deporte se ha interiorizado positivamente por la población. Algunos destacan la transformación que se ha producido en la concepción mayoritaria sobre el deporte, que ha pasado de una concepción **elitista** imperante hace varias décadas (según la cual, la actividad física y el deporte era cosa de elites culturales y económicas que estaban en condiciones de seguir intensos programas de alto rendimiento) a una concepción **popular** (en la que el deporte se considera positivo para la salud y puede ser practicado por la gran mayoría de la población). A este respecto, uno de los entrevistados considera que entre buena parte de la población todavía predomina la concepción elitista del deporte.

—Para muchos el referente es esto: deportistas es igual a grandes deportistas que salen por los medios de comunicación y ganan mucho dinero, y algunos van a las olimpiadas.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

—Vamos yo creo que no hay dudas, está muy interiorizado. (...) Además de forma masiva la mayor parte de la población, los beneficios que pueda tener la práctica deportiva. Y lo tienen muy valorado. De hecho, de ahí viene el boom ése de la práctica deportiva en todas las edades; el deporte escolar, el deporte de jóvenes y quizás, especialmente, el deporte de mayores.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Una visión polarizada es la que ha expresado un entrevistado que habla de la radical división que existe en la población entre aquellos que practican deporte y aquellos que no lo practican. Los primeros, dice, están fuertemente influenciados por la presencia del deporte en la socialización primaria, en la familia y en la escuela, y los segundos carecen de la presencia del deporte en esa socialización —una evidencia similar era obtenida a través del análisis cuantitativo de la encuesta aplicada en este estudio—. El grupo de población activo, además de hacer deporte, tiene hábitos saludables y un perfil socioeconómico más alto. El grupo de población inactivo tiene hábitos poco saludables de alimentación, hábitos posturales inadecuados, malos ritmos de sueño, y consume tóxicos. Su inactividad la explica este experto por la inutilidad que esa población le atribuye al deporte, algo que le impide interiorizarlo como algo positivo.

–Bueno, los que no hacen deporte, realmente no hacen deporte yo creo por dos motivos, porque en su etapa de crecimiento no se les incentivaron para tal, o porque su modo de vida está lejos del área del deporte. Por regla general, una persona que esté en contacto con gente que haga deporte, gente sana, (...) Y curiosamente la gente que no hace deporte suele tener malos hábitos saludables...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

A pesar de esta situación dual, los entrevistados creen que en la población se está produciendo un auge deportivo que está llenando polideportivos con personas de todas las edades, pero especialmente con jóvenes y mayores. A ello contribuye, en buena medida, la conciencia cada vez más extendida de los beneficios del deporte, y también la mayor implicación de los profesionales de la medicina, que la están estimulando en sus pacientes.

–Vamos, yo creo que no hay dudas, está muy interiorizado (...) yo creo que la población tiene muy interiorizado, además de forma masiva, los beneficios que pueda tener la práctica deportiva. Y lo tienen muy valorado. De hecho, de ahí viene el boom de la práctica deportiva en todas las edades (...) además, los polideportivos de la mayor parte de los ayuntamientos de España están copados a lo largo de la semana, sobre todo por las mañanas, de deportes para las personas mayores; por las tardes ya no, por las tardes ya va gente joven, los niños...

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

En este sentido, hay entrevistados que llaman la atención sobre el hecho de que entre la población activa hay cada vez más sectores sociales que se acercan a la práctica deportiva con la pretensión de obtener beneficios físicos. Según esta opinión, la población está reconociendo los beneficios de la actividad física, pero se ve frenada por la falta de tiempo, debido a que el deporte no tiene un estatus propio en la vida cotidiana y su práctica queda circunscrita al plano personal. Como los individuos no se sienten sometidos a la eficaz presión de grupo para hacer deporte, y tampoco existen los suficientes programas de estímulo de la actividad física, las personas utilizan otras vías de esparcimiento.

–Es decir, todo el mundo sabe que tiene que hacer ejercicio físico todos los días y que sería ideal, pero sabe que de lunes a viernes no pueden, y que el

sábado tienen que hacer la compra y que entonces no tienen tiempo para hacer ejercicio.

(Doctor en Medicina, León)

Siguiendo este razonamiento, se llega a la conclusión de que la población ha interiorizado los beneficios de la práctica deportiva, pero aún no ha interiorizado el hábito de la práctica deportiva, porque ésta está diferencialmente condicionada en cada grupo de población. Entre los mayores se ha extendido la actividad física por la abundancia de programas de mantenimiento financiados por las instituciones públicas. Entre los adultos, la actividad laboral les impide contar con el tiempo necesario, si la empresa no le facilita su práctica. Los niños están influidos por las nuevas condiciones de vida en las que están desapareciendo las actividades físicas en la calle, y su actividad física depende en buena medida de la disponibilidad de sus padres. Para los jóvenes universitarios faltan competiciones deportivas que incentiven el deporte juvenil como alternativa al bar y la discoteca.

Los motivos para realizar actividad física

Coinciden todos los expertos en apuntar que el principal motivo que tiene la población para realizar actividad física es la **salud**, aunque cada uno ha expresado alguna particularidad para referirse a este hecho. Alguno señala que las mujeres se motivan más por la estética y el cuidado de su apariencia física. Otros añaden que, en general, cuando la población adulta se inclina por hacer deporte es porque siente que su salud y su capacidad física se debilitan. Eso es algo que ocurre con más frecuencia entre las personas de más edad, porque tienen más tiempo libre para realizarlo. Esta percepción se produce, como señala algún entrevistado, cuando los jóvenes pasivos comienzan a sentirse mal con su propio cuerpo y su forma física, pero también cuando tienen problemas de salud o comienzan a sentir la obesidad como un problema. La prescripción médica ante alguna patología es otro motivo señalado por algunos expertos, que conceden mucha importancia, en especial, a las recomendaciones de los médicos de familia.

—(...) Priman dos cosas: uno, la interiorización de que esto es bueno, la sociedad transmite continuamente mensajes de que el deporte es bueno, la salud, (...) Y dos, la necesidad corporal; nosotros tenemos necesidad de movernos, y sabemos que cuando nos movemos eso nos ayuda.

(Doctor en Medicina, León)

Por último, de entre las motivaciones de tipo físico, se ha señalado la necesidad de movimiento corporal que tiene el ser humano, y el alivio y el placer que le produce, lo que significa la expresión del ciclo cerrado positivo de la actividad física: los efectos de la actividad física potencian la actividad física; es decir, una vez que el sujeto percibe sus beneficios, se siente más motivado a continuar con la actividad. Y es que el **placer** y el **disfrute** son razones que se sitúan en la frontera entre los motivos físicos ligados a la salud y los motivos psicológicos. El placer y el disfrute son el principal motivo psicológico señalado, y para algún entrevistado es una condición necesaria para que las personas realicen actividad física. El disfrute es más importante cuanto más joven es la persona, y especialmente en los niños y adolescentes, por lo que se convierte en un motivo fundamental que puede introducir y reforzar los hábitos deportivos.

—(...) Los niños hacen deporte porque les gusta: «Me gusta hacer baloncesto», «me gusta hacer voleibol», «me gusta nadar», y se inician simplemente por el gusto de hacer una práctica deportiva. Cuando la gente tiene más edad, (...) si no tiene hábito de hacer deporte, cuando ve este deterioro físico es cuando se anima a hacer algo en muchos casos; o bien porque tiene un problema de salud, o bien se pone uno muy gordo...

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

El **hábito** es otro de los motivos psicológicos que se han señalado (la población que no tiene ese hábito no practica deporte). Los hábitos adquiridos en la infancia y en la adolescencia tienen unas altas probabilidades de mantenerse a lo largo de la vida.

Otro motivo de tipo psicológico es el **deseo de competir** que sienten las personas para probar su capacidad de superación y de medirse con los demás. Si bien medirse con otros deportistas puede tener efectos negativos en la motivación, la comparación con los que no realizan actividad física motiva fuertemente.

Un entrevistado ha señalado como una motivación más la **catarsis** que produce la actividad física. Es un motivo que está en la frontera entre lo psicológico y lo social, y que está muy extendido en mujeres maduras con grandes responsabilidades y obligaciones rutinarias. El deporte las libera de las obligaciones y las hace sentirse bien consigo mismas, produciendo un beneficio psicológico

y los beneficios sociales derivados del contacto con otras mujeres con las que se comunican e intercambian información sobre problemas comunes.

—(...) En mujeres, en este tipo de población en concreto, lo describen primero como un tiempo para mí, que me satisface personalmente, y como un tiempo para una relación social con el grupo de iguales.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Entre los motivos sociales del deporte, se ha señalado como el más importante el beneficio derivado de la **relación social** que implica el deporte. Los entrevistados creen que las relaciones sociales refuerzan la práctica deportiva y contrarrestan la desmotivación general. Incluso señalan casos especiales de relación social que motivan la práctica deportiva por encima incluso de la percepción de sus beneficios (el gimnasio y sus relaciones sociales). Igualmente ocurre con el contacto cotidiano con amigos con los que se realizan prácticas deportivas colectivas, que inducen la actividad física más eficazmente que las percepciones personales; algo muy frecuente en los varones jóvenes.

—Por regla general, una persona que esté en contacto con gente que haga deporte, gente sana, son gente que por inercia entran a hacer deporte: «Mis amigos se van a correr, yo me voy con ellos», «mis amigas se van a aeróbic, yo me voy con ellas»...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Una vez expuestos los motivos principales para practicar deporte, también es interesante exponer cuál es la visión de los expertos entrevistados respecto a los criterios y a la lógica que utilizan las personas a la hora de realizar esa actividad, ya que estos criterios podrían influir en el tipo y en la magnitud de los beneficios que se obtienen.

Los criterios que utiliza la población para realizar actividad física

Se puede afirmar, como hace uno de los expertos, que los criterios con los que la población practica deporte parten de sus creencias, que aplican intuitivamente. Según ese mismo entrevistado, la mayoría de las creencias son positivas porque se practican con criterios moderados conservadores. De este modo, aunque la frecuencia, duración e intensidad de la actividad tienden a la baja, la creencia es correcta porque la mayoría de la población piensa que lo

correcto es realizar actividad física varias veces a la semana con un promedio de duración de media hora a una hora.

Otro experto considera que la actividad física de la población no está adecuadamente programada para obtener plenos beneficios. Dice que faltan protocolos profesionales que guíen a la población en su actividad física, lo que dificulta sus progresos. Esta cuestión ha sido también planteada como un conflicto entre profesionales sanitarios y profesionales de la actividad física, pues los primeros no cuentan con los protocolos apropiados y sólo pueden recomendar actividad física genérica que debe concretar el paciente según sus creencias. Se trata de un conflicto que debe resolverse, y para ello se aboga porque las consultas médicas promuevan el deporte adecuado a cada persona y con objetivos asequibles.

—(...) Yo no quiero que mis pacientes sean atletas olímpicos, sino que mejoren su propia salud y su calidad de vida. Entonces, enseñarles o remitirles a los sitios donde se pueden hacer actividades adecuadas a ellos y, sobre todo, buscar objetivos que sean asequibles porque, si no se ofuscará el paciente y ya no nos volverá.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Pero, a pesar de que esta demanda al sistema sanitario eleva el grado de exigencia ante una realidad de recursos limitados, frente al dilema entre que la población realice actividad física controlada o libre, se adopta una actitud conservadora: es mejor que se haga algo de ejercicio libre, aunque sea deficiente, que correr el riesgo de que no se haga ninguno, por no poder acceder a los protocolos profesionales.

En general, los expertos coinciden en el hecho de que, aunque la población ha aumentado su práctica deportiva y hay incentivos para su expansión, la actividad física que se realiza tiene importantes deficiencias. Entre ellas, el error en la elección del deporte realizado cuando se debe buscar un beneficio especial. Así, a veces, cuando es recomendable andar, se corre, o, si es precisa una actividad terrestre, se realiza acuática.

—(...) La población se queda ligeramente en las recomendaciones de frecuencia semanal, duración e intensidad, posiblemente ligeramente por debajo de lo que debería, pero a veces comete el error de que el tipo real de práctica que

hacen no es la que mejor le vendría, y eso es por una falta de conocimientos, cultural.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

También se critica la mala práctica del deporte, porque suelen faltar estiramientos y tonificación muscular previa y posterior al ejercicio físico que mejoren los beneficios y ayuden a prevenir problemas.

La práctica del deporte en diferentes grupos de población

Sobre las actividades deportivas concretas, los entrevistados han señalado diferentes estilos para distintos grupos de población. Así, se dice que existe una minoría de población que realiza mucho ejercicio físico, pero que en general la población no es persistente en su actividad y que espera siempre conseguir beneficios inmediatos. Se menciona que una buena parte de la población realiza actividades cotidianas que implican actividad física, y que la práctica del deporte en polideportivos y paseando son actividades en aumento, a pesar de que a veces se realizan por circuitos monótonos.

Sobre las **mujeres**, señalan que tienen en los paseos una de sus principales actividades físicas, desde la que pueden introducirse en una actividad física más formalizada. En las chicas jóvenes destaca la danza como una actividad muy motivadora y adecuada, porque la búsqueda de la estética en este grupo puede llevarles en ocasiones a prácticas negativas, al convertirse en deportistas temporales que mezclan deporte con dietas drásticas, para abandonarlo una vez que consiguen su objetivo estético.

Los **niños y jóvenes** han sido objeto de atención de todos los expertos. Sobre ellos apuntan que su práctica deportiva está muy por debajo de sus necesidades, debido a que el sedentarismo se ha instalado entre los escolares y a que la cultura del juego en calle al salir del colegio ha desaparecido. Por ello, su probabilidad de realizar actividad física está muy asociada a la disponibilidad de sus padres para acompañarlos a los recintos en donde han de realizarla, un problema importante debido a las limitaciones de tiempo de los adultos. Como consecuencia, la deficiente socialización deportiva escolar ha sido criticada con dureza por los expertos.

—¿Y el niño? El niño sólo tiene la actividad física escolar. Y estamos viendo que es claramente insuficiente con dos, tres horas. Y el resto ya no se mueve,

porque siempre damos por hecho que los niños se mueven, pero la realidad es que ya no se mueven (...) tampoco lo dejamos en la calle continuamente jugando...

(Doctor en Medicina, León)

De los **jóvenes universitarios** opinan que no cuentan con programas deportivos que les estimulen y que les sirvan de alternativa al ocio pasivo y nocturno, aunque los varones jóvenes tienen la posibilidad de realizar con frecuencia deportes colectivos con sus conocidos.

Sobre los **adultos**, los expertos no han proporcionado mucha información, tal vez debido a que aquéllos forman un grupo que escapa en gran medida al ámbito profesional de éstos. Aun así, opinan que este grupo cuenta con poco tiempo libre para practicar deporte y que eso les dificulta realizar actividad física.

El modo de practicar deporte y actividad física

En cuanto al modo de desarrollar la actividad física, se han descrito tres grupos de deportistas: por un lado, están **los que practican deporte diariamente** y que, por tanto, realizan una actividad muy metódica; también hay un amplio grupo de **población que realiza deporte los fines de semana**; y, por último, están los **deportistas irregulares** que pueden llegar a realizar actividades muy exigentes sin preparación alguna, con serio peligro para su salud.

—Hay un poco de todo, hay un poco de todo, desde la gente que se lo toma un poco más en serio y hace deporte a diario, y hay otra gente que no se lo toma en serio porque no tiene tiempo, que hace deporte sobre todo los fines de semana; (...) hasta la persona que lo hace de una forma menos metódica (...) Pues hay gente que se pone a correr una maratón sin haber hecho deporte prácticamente.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Por tanto, parece que, salvo una minoría de personas que practican deporte de forma metódica y permanente, que obtienen todos los beneficios y la prevención que proporciona el deporte, la mayoría de la población deportista realiza una actividad irregular que varía en función de la disponibilidad y de las necesidades percibidas.

Los obstáculos para realizar actividad física

Los expertos expresan con unanimidad que el mayor obstáculo que tiene la población para realizar deporte es el **poco tiempo del que disponen** las personas, aunque también opinan que es una impresión subjetiva que no se ajusta del todo a la realidad. El problema del tiempo se estaría presentando cada vez a edades más tempranas, hasta el punto de que hasta los adolescentes aluden al tiempo como el primer motivo para no hacer actividad física. Sin embargo, hay entrevistados que creen que en realidad los jóvenes lo que tienen es **una mala gestión del tiempo**, pues, cuando analizan la distribución de actividades a lo largo del día, comprueban que tienen muchos tiempos muertos aprovechables y dedican muchas horas al ordenador y a la televisión.

–(...) Curiosamente, a nosotros, en los trabajos que estamos haciendo de carácter más sociológico, nos aparece el tiempo cada vez a edades más tempranas (...) Y no es falta de tiempo real, es mal manejo del tiempo, es mala gestión del tiempo, pero indican como falta de tiempo. El tiempo aparece sistemáticamente en casi todas las edades, es la, podíamos decir, posiblemente la primera.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

La falta de tiempo se explica por la estructura de hábitos sociales, con trabajos de muchas horas al día y horarios inadecuados. Por eso, afecta sobre todo a los jóvenes y a los trabajadores.

Las **tecnologías de la comunicación** son el segundo obstáculo más citado por los entrevistados, especialmente entre los niños y jóvenes que dedican mucho tiempo a las videoconsolas y a los videojuegos, restándole tiempo a las actividades deportivas y al juego con los amigos.

El difícil **acceso a las instalaciones deportivas** es un obstáculo que se ha señalado desde la perspectiva de la atención a mayores. Las trabas vienen de la escasez de recursos para todos, de los requisitos de admisión y, sobre todo, del coste económico. Se considera que el acceso es caro y que retrae a los mayores, para quienes es un obstáculo importante, y también a los jóvenes, para quienes representa el mayor obstáculo.

–Te puedo decir que los obstáculos que se encuentra el deportista joven están marcados por la infraestructura de la ciudad (...) le resultan caras y se tiene

que conformar con aquellos deportes en los que no se necesita una infraestructura (...) Entre estas personas jóvenes, el mayor obstáculo es el económico, indudablemente. Y luego tenemos otro grupo de personas que el obstáculo es su condición física, sus limitaciones físicas...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Otros obstáculos citados tienen una dimensión psicológica. De entre ellos destaca la **falta de motivación**, que, cuando no es reconocida por el sujeto en cuestión, se justifica mediante racionalizaciones, especialmente en los mayores: la dificultad de dar el primer paso para iniciar la actividad deportiva, las dudas del mayor sobre si será constante en su práctica y el rechazo a comprometerse con los administradores de las instalaciones deportivas.

También se ha señalado un obstáculo que afecta a los padres con hijos menores de edad. Se ha señalado que hay **un déficit institucional de apoyo a los padres**, ya que los gimnasios e instalaciones deportivas no cuentan con guarderías que faciliten que los padres acudan con sus hijos a practicar ejercicio físico. Su existencia permitiría que, por un lado, se beneficiara la franja de población con menor disponibilidad de tiempo, los padres, y, por otro lado, los niños, ya que se les debe socializar en hábitos deportivos perdurables. A esta falta de servicios se une también una falta de más calado y perdurabilidad: **no se comprende suficientemente que las madres necesiten realizar ejercicio físico**, por lo que se rechaza que puedan justificar ante otros familiares o amigos que les presten cuidado a sus hijos mientras realizan deporte.

—La falta quizá de apoyo. Una de las iniciativas que se están haciendo aquí en Sabadell, por ejemplo, (se han copiado otros centros) es una guardería en el centro deportivo. Entonces los padres, habitualmente mamás de niños pequeños, dejan el niño en esa instalación (...) Es complicado por el tema de mentalidad de que tú le digas a tu madre o a tu suegra de que te cuide al niño, porque vas a ir al gimnasio. Si vas a trabajar, lo entiende, pero, si vas al gimnasio, pues entenderá que es como un capricho, ¿no?...

(Doctora en Medicina, Barcelona)

De esta manera, cuando se es madre (y en este caso especialmente, porque nuestros expertos citan a las madres, y no a los padres cuando hablan de este tema) es especialmente difícil encontrar las condiciones adecuadas para seguir o iniciarse en la práctica deportiva.

Una breve comparación sobre la actividad física de la población

En general, los expertos consideran que hay un retraso deportivo respecto a Europa, porque es escasa la proporción de personas que practican deporte en España. Esta situación es especialmente grave entre los jóvenes, porque las instituciones educativas no promocionan lo suficiente el deporte y porque la calidad del deporte practicado es mala, debido a la falta de cultura deportiva suficiente para realizar ejercicios adecuados en condiciones óptimas. Por consiguiente, la calidad y cantidad de la actividad física se puede y se debe mejorar para igualarla a la situación europea, que tiene mayores tasas de actividad física y una gran tradición de deporte-salud, sin los excesos que se cometen aquí.

—(...) Se puede mejorar muchísimo. Si uno viaja a algunos países de Europa va a ver que ahí tenemos todavía mucho que andar. (...) Sobre todo, porque no tenemos la tradición de deporte-salud que tienen esos países.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Además, también se comenta que la escasa práctica deportiva está produciendo que entre personas jóvenes de 30 a 40 años se comience a padecer enfermedades degenerativas que antes se daban a los 60 años.

5.3. Recomendaciones para promocionar el deporte

Todos los expertos coinciden en que es necesario promocionar el deporte. En este sentido, señalan que, aunque se promociona bastante la actividad deportiva, no creen que se haga suficientemente, en especial cuando se sabe de su contribución para resolver muchos problemas de salud y para prevenir la enfermedad. De este modo, la inversión en deporte se considera que tendrá unos retornos muy importantes derivados de los grandes beneficios en salud. La reflexión es un exponente de la importancia práctica, social y presupuestaria que tiene (o debería tener) el deporte para los individuos y para el conjunto de la sociedad.

—(...) Yo creo que el dinero que invirtamos en la práctica deportiva de la gente lo vamos a amortizar a la hora de tener que tratarles de algunas enfermedades.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

En esta idea se abunda cuando se concretan los riesgos sanitarios futuros que se derivarán de la inactividad física. Piensan que el gasto destinado a la promoción del deporte será mucho menor que los costes de los tratamientos derivados de las secuelas de la obesidad. Puesto que la obesidad traerá un gasto inmenso en el futuro, fomentar la actividad física supondría un gran ahorro y una inversión muy rentable.

Por otro lado, los objetivos que los expertos encuentran en la promoción del deporte son similares, pero han sido formulados de distintas maneras. De este modo, surge una pluralidad de objetivos que, en ocasiones, llegan a ser muy específicos.

Sensibilizar y concienciar a la población en todos sus ámbitos de vida y a lo largo de todo el ciclo vital (en la escuela, la empresa, las instituciones sanitarias y los servicios para la tercera edad) es un objetivo general que incluye otros objetivos más específicos, como reducir la morbilidad.

—Hay que ir, primero, sensibilizando a la población, concienciándola, pero en todos los niveles de la población, y después ir tocando todos los ámbitos, es decir, en el ámbito educativo (...) tenemos una asignatura que nos permite trabajar en ese ámbito, que es la asignatura propiamente de educación física. Hay que llegar a la empresa, a la salud laboral. Hay que llegar a las instituciones, propiamente, que tienen que ver con salud o con calidad de vida, (...) IMSERSO, a través de centros hospitalarios, a través de la atención primaria, (...) y ya el último paso sería el propiamente de formación ¿no?

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Incorporar a la población a la actividad física y mantenerla en ella para combatir el dominante discurso sedentario y el ocio juvenil del *botellón* y la discoteca, se debe conseguir mediante dos objetivos específicos orientados a dos ámbitos de la vida: la empresa, donde se debe facilitar la realización de actividad física, y el sistema educativo, para garantizar que los escolares realizan un mínimo de actividad física. Por último, en los mayores se debe potenciar la gimnasia de mantenimiento.

Promocionar la actividad física como un hábito que debe incorporarse a la vida cotidiana de toda la sociedad. Frente al deporte de competición que pretende producir campeones, insertar el deporte en los hábitos cotidianos de la

mayoría es otro objetivo que tiene como pilar básico el fomento en los jóvenes de una actividad física perdurable.

—Que la esperanza de vida y la morbilidad mejora, sí. Se generó el hábito en la infancia, no se perdió en la adolescencia y se mantuvo la adherencia en la etapa adulta. Luego, claro, a mí me interesa generarlo lo antes posible...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

El sentido más general que se ha tratado de imprimir a la promoción del deporte ha sido el de extenderlo a toda la población, como se deduce claramente de los objetivos descritos. Sin embargo, debemos destacar dos planteamientos expuestos sobre el deporte de alta competición que, aparentemente, parecen opuestos. Por un lado, se indica que, si bien se debe promocionar el deporte de la población general, no se debe descuidar el deporte de alta competición, porque éste constituye un modelo que fomenta la extensión del deporte más popular. Por otro lado, también se argumenta que los esfuerzos por promocionar el deporte deberían excluir al de alta competición, porque lo que realmente interesa es generalizar la práctica deportiva en la mayoría de la población, señalando el ejemplo de países que no tienen grandes deportistas de competición, pero sí tienen muy extendida la práctica deportiva. Mientras que el primer tipo de promoción considera que el objetivo terapéutico del deporte es algo secundario a los objetivos de calidad de vida, el segundo tipo de promoción está asociada a lo que el entrevistado llama deporte-salud.

—(...) A mí me interesa más que la actividad física llegue casi al cien por cien de la población porque sería mejor en promoción de salud y en salud pública de la población. Lo que pasa es que, a veces, también sabemos que el modelo deportivo actúa de reforzador de la conducta de las personas. Entonces, habría que tener en este caso, ¿no?, un ten con ten, un equilibrio entre un modelo y el otro...

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

En cuanto a qué **mensajes** son los que hay que transmitir, parece que todos los entrevistados han formulado, de modo más o menos consciente, mensajes positivos que resaltan los beneficios del deporte: «el deporte es bienestar», «consume actividad física» y «actividad física y alimentación equilibrada» han sido unos eslóganes extraídos de los discursos de varios expertos. «El deporte te hará libre y equilibrado» es un eslogan expresamente formulado por

uno de ellos. Más allá de la idoneidad publicitaria de los mensajes, con ellos queremos destacar que los entrevistados consideran que el deporte ofrece suficientes valores positivos como para que éstos sean el eje de las hipotéticas campañas que se puedan emprender.

Pero la promoción del deporte no es para los expertos, bajo ningún concepto, un conjunto de mensajes más o menos efectivos, sino que la promoción debe implicar a un amplio elenco de instituciones y organismos públicos y privados que lo promuevan en sus ámbitos específicos de actuación. Así, las principales administraciones públicas que están en contacto directo con amplios grupos sociales, en todos los niveles territoriales, las empresas, asociaciones y clubes deportivos e instituciones sociales tan básicas como la familia y la empresa, deben implicarse en la promoción del deporte.

Organismos e instituciones que han de implicarse en la promoción

A la hora de identificar instancias que deberían tener un papel importante en la promoción de la actividad física, los expertos entrevistados mencionan, entre otras, a la familia, al sistema educativo, al sistema sanitario, a las empresas y a clubes y asociaciones. Examinemos en qué sentido debería, según ellos, ayudar cada una de estas instituciones.

La familia

Junto con el sistema educativo, a la familia se la considera como una institución básica para promocionar los hábitos deportivos perdurables. Sin embargo, han sido sólo tres entrevistados los que han mencionado a la familia para implicarla en la promoción del deporte. No es tampoco mucho lo que se ha dicho de ella, pero sí se ha dejado claro que tiene una gran importancia para el éxito de la promoción deportiva, pues, si la familia falla, el resto de acciones y medidas que se puedan tomar desde otras instituciones no tendrían ningún éxito. Ello es así porque se considera que los hábitos se generan desde los dos años de edad, y los individuos los aprenden en casa de modo primordial hasta los 16 años. En esta etapa se inculcan y refuerzan los valores, y los padres representan un ejemplo que seguir para sus hijos. De este modo, si los padres practican deporte, aumentan las probabilidades de que los hijos también lo hagan a lo largo de su vida. Además, la perdurabilidad del hábito

deportivo se refuerza junto con otros hábitos saludables, como por ejemplo la dieta mediterránea.

Por ello, se considera que es muy importante que los padres se conciencien del beneficio del deporte y de que lo valoren al mismo nivel que otras asignaturas escolares, facilitando así la labor de los profesores de Educación Física.

—La familia es básica. Entonces, en la familia hay que intervenir de muchas maneras. (...) ¿Cómo intervenir? Pues desde la organización de los horarios familiares, mejorar también la dieta, la alimentación... Todos estos patrones son básicos. Probablemente, si un padre no hace ejercicio, será muy difícil que su hijo lo haga y algunos, cuando lo hacen, encima los padres les recriminan, ¿no?

(Doctora en Medicina, Barcelona)

De este modo, la familia no sólo es un agente de promoción, sino que también se convierte en objeto de esa promoción, pues se deberían fomentar hábitos deportivos en aquellas familias que no los han adquirido.

El sistema educativo

El sistema educativo ha sido considerado también una pieza clave en la promoción del deporte, puesto que, junto con la familia, se considera un generador fundamental de hábitos y valores en los más jóvenes. Como ha comentado un experto, es la organización privilegiada para promocionar esta actividad, ya que todos los ciudadanos del país pasan por ella. Así, desde los tres hasta los 16 años (si únicamente contamos la escolarización obligatoria), la escuela da la oportunidad de practicar deporte de manera regular durante cierto número de horas semanales. En general, los expertos creen que el sistema educativo funciona bien. La mayor parte de los entrevistados perciben positivamente el sistema porque, con actividades reguladas y planificadas, y a cargo de profesores competentes, genera hábitos y, con ellos, forja una sociedad en la que la actividad física tiene un papel.

—(...) Yo veo sus libros de Educación Física, y les explican lo importante que es hacer ejercicio físico. Ya no solamente son todas las clases prácticas, sino que también hay clases teóricas. Veo que también los profesores de Educación Física están haciendo algo, ¿no?...

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

Sin embargo, entre los expertos entrevistados hay una voz discordante, que es justamente la persona que más profundamente ha analizado este tema en su trabajo. Según este entrevistado, se producen deficiencias importantes en la cantidad y en la calidad de la actividad física que desarrollan los escolares. Señala cómo en la enseñanza obligatoria las tres horas semanales de Educación Física se han reducido en la práctica a dos horas, dedicándose además una de ellas a la enseñanza teórica. Y, para mayor gravedad, estima que en el bachillerato ha desaparecido la Educación Física, al igual que en la Universidad, lo que, junto con la expansión entre los escolares de una dieta hipercalórica, estaría sentando las bases para que en un futuro próximo aparezcan enfermedades degenerativas en edades cada vez más jóvenes (a partir de 30 o 40 años). La cuestión es que, al reducirse la actividad física entre los escolares a una hora semanal, bajo ninguna perspectiva se estaría llegando al consumo semanal de kilocalorías que recomienda la Organización Mundial de la Salud.⁽²⁾ Además, esa visión negativa se extiende también a las actividades extraescolares, que, si bien pueden ser adecuadas, por un lado sólo llegan a un 40% de los escolares y, por otro, no existe un decidido interés de los padres porque la actividad física sea un componente importante de esas horas.

—(...) Los padres creen que sus niños hacen deporte y no lo hacen. Los padres piensan que su niño hace un deporte porque ya hacen actividad deportiva o educación física en el colegio. Y tampoco lo hacen, (...) por lo tanto, muchos niños que no hacen ningún tipo de actividad extraescolar (...) sólo hacen la del colegio. ¿De qué estamos hablando? De que los padres posiblemente no le dejen hacer actividades extraescolares, no le puedan llevar, no le puedan coger. Y si los niños tienen adquiridos esos hábitos positivos en esa época, que es donde se adquiere la adherencia, la sociedad en sí, nuestro sistema de funcionamiento está impidiendo que realmente se haga deporte. Pero si le preguntas a todo el mundo «¿haces deporte?», te dice que sí...

(Doctor en Medicina, León)

Tanto los expertos que tienen una valoración más positiva de la actuación del sistema educativo en este tema como los que se muestran más discordantes, coinciden en que es necesario tomar medidas de promoción del deporte en el

(2) Los escolares estarían realizando un coste energético semanal de 600 kilocalorías, que son aproximadamente un tercio de las recomendadas por la OMS: entre 1.800 y 2.000 kilocalorías semanales.

sistema educativo. Unas de ellas afectan a los objetivos. Se considera que hay que obligar a realizar un mínimo de actividad física en el sistema educativo, que un entrevistado sitúa en una hora diaria, no necesariamente en horas lectivas, junto con una mejora de la oferta del deporte escolar, con más profesorado, instalaciones y horas disponibles. También se considera que se deben potenciar deportes más atractivos para los estudiantes, y tratar de compaginar el deporte con los estudios para que no haya ruptura en el hábito.

Para conseguir esos objetivos se han indicado una serie de **medidas concretas**. Una de ellas consiste en externalizar la Educación Física financiando gimnasios gratis para los estudiantes, para poder reforzar los insuficientes hábitos deportivos de los escolares. Como una variante de esta medida se propone que en la Universidad la actividad física cuente como crédito de libre configuración, y que se pueda cursar mediante convenios entre las universidades y los gimnasios privados. En la etapa obligatoria de la educación, se ha considerado que los centros deben abrir por la mañana una hora antes para que, aprovechando la necesidad de muchos padres de llevar antes a sus hijos al colegio para compaginar la vida laboral y familiar, se aproveche esa hora diaria en actividades físicas. También se ha considerado que el deporte se debe incentivar en el sistema educativo transversalmente, al igual que otras materias transversales, de modo que todas las áreas y asignaturas de contenido lo tengan en cuenta en su currículum. Por último, también se ha propuesto la apertura de los centros escolares y sus instalaciones deportivas al conjunto de la población para que, diariamente y durante los fines de semana, tanto los estudiantes como el resto de ciudadanos puedan beneficiarse de ellas para practicar deporte.

—Cuando lleguen a la Universidad quizás habría que hacerlo, me da igual si es haciendo créditos de libre elección.

(Doctor en Medicina, León)

—(...) La hora diaria habría que buscarla y yo no pienso tan mal, por ejemplo, que los niños entren a la escuela a las ocho de la mañana. De alguna manera ayudaría a conciliar los horarios de muchas familias, es una realidad social. Por lo tanto, se podría organizar que a las ocho de la mañana ya hubiera grupos en la escuela que estuvieran haciendo educación física.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

—Sí, yo creo que en todas las materias que hay en el sistema educativo algo de incentivar el deporte había que tocar. No solamente limitarse a las dos horas de educación física que hay establecidas...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

En definitiva, las propuestas tratan en su mayoría de reforzar el sistema porque los entrevistados creen en él. Pero, cuando ya no se cree en el sistema, se apuesta por la externalización de la actividad.

—(...) Si el 60% de los niños, en edad escolar, no hacen actividades extraescolares, sólo hacen la actividad del colegio, ¿podríamos revertir la tendencia a hacer deporte si pusiéramos que los niños hasta los 18 años, se me ocurre, de 16 años, tuvieran acceso gratis a los gimnasios?

(Doctor en Medicina, León)

Las soluciones no parecen fáciles y, aunque las propuestas no son incompatibles unas con otras, se deben estudiar bien porque representan un aumento considerable de recursos y una mayor presión para el sistema educativo, ya muy recargado de demandas sociales.

El sistema sanitario

Llama la atención que, siendo la mayoría de los entrevistados profesionales de la salud, no se hayan extendido mucho sobre cómo el sistema sanitario debe contribuir a la promoción de la actividad física. Ya comentamos que los profesionales sanitarios están desbordados en sus consultas y sólo recomiendan de modo genérico a sus pacientes que hagan deporte, porque no tienen ni el tiempo ni el conocimiento suficiente como para dar a los pacientes unos consejos adecuados para que se inicien en la actividad física.

Pese a ello, los entrevistados han reconocido que en la actualidad, aunque con escasa financiación, es el sistema público de salud el que está llevando a cabo una estrategia, auspiciada por Naciones Unidas, de lucha contra la obesidad infantil y adolescente, en la que también está implicado el sistema educativo en un plano secundario.

—(...) Hicimos una propuesta de hacer al menos una semana a nivel nacional dedicada al fomento del ejercicio, de los beneficios del ejercicio, en que es-

tuviera también muy implicada la prensa. Pero bueno, cosas de la política, el tema se ha dejado parado. Nosotros lo asociábamos mucho a la obesidad...

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Son estas campañas concretas las que debe promover el sistema sanitario para que la población perciba más claramente los beneficios. Se critica que hasta ahora el sistema sanitario sólo se haya preocupado por la terapia y no se haya implicado en conseguir la prevención, cuando es más barato promocionar la actividad física que invertir en alta tecnología sanitaria terapéutica. Ya vimos que los expertos reconocen unánimemente que ése es el gran beneficio del deporte en el campo de la salud, con la ventaja añadida de que las mejoras percibidas por la población en su salud refuerzan la actividad física que realizan.

—(...) Todo el mundo tiene una relación muy directa entre salud y sistema sanitario, luego sería el mejor. Lo que pasa es que el sistema sanitario se ha preocupado especialmente por la terapia, pero hasta ahora ha hecho muy poco de lo que es el elemento de prevención (...) Se invierte mucho en tener el último medidor para tener la resonancia magnética de la última generación, pero se invierte poco en un centro de salud de mi pueblo. Todo el mundo puede estar haciendo actividad física con un coste mucho más bajo, ¿vale?

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Por eso, y porque reconocen la importante labor del sistema sanitario, se han formulado pocas propuestas, pero de indudable alcance social. Una de ellas consiste en la inclusión en los centros de salud de personal especialista en medicina deportiva, para que asesore a los pacientes y diseñe planes personales de actividad física. Sería un personal muy útil para, con programas específicos, integrar a personas con patologías en la actividad física. Y es que uno de los obstáculos importantes que encuentra la promoción de la actividad física es evitar los problemas de salud al iniciar la práctica.

—(...) Una eterna reivindicación, que hubiera un especialista en medicina de educación física y del deporte en los centros de salud integral.

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

Mientras se crea este servicio profesional en los centros de salud, nuestros entrevistados piensan que los profesionales de la salud vinculados al deporte deben colaborar con los servicios sanitarios y, además, con todas aquellas iniciativas que se desarrollen para difundir los beneficios del deporte.

La empresa

Los entrevistados tienen conciencia de que en las empresas se encuentra un alto porcentaje de población adulta en las que, además, transcurre buena parte del tiempo diario de los ciudadanos. Por ello, es general su consideración como un lugar estratégico para promocionar el deporte. Además, muchos comentan que sería rentable para las empresas facilitar tiempo a sus trabajadores para que realicen actividades físicas, ya que obtienen beneficios a corto plazo, con aumentos del rendimiento y de la productividad laboral, y a largo plazo, con reducciones de las bajas laborales.

—No, yo creo que queda mucho por hacer. De aquí a que un empresario pueda llegar a entender que eso puede ser un beneficio inmediato en la jornada laboral y un beneficio a medio plazo, de que va a haber menos baja laboral, todavía queda mucho. Se está empezando ahora.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

Las empresas, señalan los expertos, deberían facilitar la actividad física a sus trabajadores, programando horarios flexibles que permitan la incorporación al horario laboral de programas de actividad física. Ello parece importante por dos motivos: por un lado, los trabajadores están muy ocupados también fuera del horario laboral, especialmente con múltiples asuntos familiares, cuando tienen hijos pequeños, y con otros asuntos que requieren una atención muy irregular; por otro lado, porque al incorporar esa actividad al horario laboral se facilita también la conciliación de la vida laboral y familiar.

Además de esta flexibilidad, se reclaman otras medidas facilitadoras de la actividad física en la misma empresa, ya sea facilitando el acceso a instalaciones deportivas, instalando pequeños gimnasios en sus instalaciones, con la misma filosofía que los comedores y guarderías, o fomentando el ejercicio y los estiramientos antes del trabajo, para beneficiar al aparato locomotor y reducir las lesiones laborales.

—En la propia actividad empresarial se puede flexibilizar el horario, al igual que se habla ahora mucho de flexibilidad en el horario, para dejar tiempo para que una hora sea de ejercicio.

(Doctor en Medicina, León)

—Algunas empresas aquí también empiezan a tener pequeñas salas con espaldaderas, un poco de material para hacer estiramientos durante o después de la jornada laboral.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Hay conciencia también de que la cultura del ejercicio físico en la empresa está poco desarrollada, a pesar de que ya hay empresas que comienzan a elaborar programas para sus trabajadores y a disponer espacios donde realizar ejercicios físicos. Se trata de unas actividades que tienen más importancia para los centros de trabajo en los que se realiza trabajo sedentario, pero que no deben excluir a los trabajadores que tienen un trabajo con componente físico, pues éstos requieren que se les oriente a trabajar en buenas condiciones y previniendo lesiones.

Clubes y asociaciones

Entre los expertos, en la mayoría de los clubes o asociaciones deportivas no se desarrollan unas actividades muy acordes a las necesidades de promoción del deporte para todos, pese a la importancia que tienen en esta labor. Precisamente, sobre los clubes deportivos consideran que tienen un sesgo muy mercantil en su actividad y que no son apropiados para promocionar el deporte masivo, pues los **clubes profesionales** no se orientan a la promoción del deporte ciudadano, sino sólo al competitivo y profesional. Por su parte, los clubes deportivos de empresas se orientan más a la competición de base y a su propia promoción comercial. Por otra parte, respecto a las **federaciones deportivas**, se menciona su pasividad en la promoción del deporte de base, pues, en lugar de dedicarse a desarrollar cantera de jóvenes deportistas, esperan pasivamente a que el sistema educativo, obsoleto en temas deportivos, les facilite esos jóvenes valores.

—Sí, sí, las federaciones tendrían que estar chupando de niños y haciendo actividades pero es que lo dejan: «Ya me llegarán». ¿De dónde me llegan? Del deporte escolar, si el deporte escolar ya no existe...

(Doctor en Medicina, León)

En cuanto a las **asociaciones deportivas**, se dice que ni las públicas ni las privadas promocionan adecuadamente el deporte popular. Si bien las públicas cuentan con poco presupuesto y con personal escasamente cualificado, las pri-

vadas tienen presupuesto, pero tampoco cuentan con personal adecuado. Además, las asociaciones populares de barrios tampoco trabajan adecuadamente, porque promocionan equipos deportivos con muchos problemas económicos y disponen de un personal que carece de conocimientos y cualificación, y cuya dedicación a la asociación representa o bien un segundo trabajo extra o bien un *hobby* realizado sin recibir remuneración. Pese a ello, se reconoce que el papel de los técnicos deportivos es muy importante, porque son referentes para los padres y para los hijos, razón por la que deben transmitir valores deportivos adecuados: solidaridad, deporte bien hecho y hábitos de higiene. Frente a esto, a las asociaciones ligadas a deportes no competitivos se les han asignado labores de gran importancia en la reproducción social de los hábitos deportivos. Deben dar continuidad a los deportes que las fundamentan consiguiendo que los jóvenes continúen con las prácticas de los veteranos. Para ello, lo ideal sería que crearan escuelas deportivas, contando con la ayuda institucional y con los servicios de profesionales expertos. Ésta sería la mejor manera de promocionar el deporte popular entre la población.

—(...) Técnicos deportivos o que van a ser entrenadores, que ellos son, para mí, son un elemento fundamental, ¿no? Incluso algunas veces les van a hacer más caso los niños pequeños a ellos que a los mismos padres. Fíjate la importancia. Si ellos transmiten valores, (...) eso lo van a grabar los niños, ¿no?

(Doctor en Medicina y Nutrición, Granada)

—(...) Las asociaciones públicas tienen un gran problema, y es el presupuesto. Y si están carentes de presupuesto, no tienen personal específico de deporte. Y al no tener el personal especializado, pues bueno, hacen lo que pueden pero no lo hacen del todo correctamente...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Al margen de las medidas ya comentadas, en su discurso los expertos se han referido a otras medidas u orientaciones, como las que se indican a continuación.

Otras medidas

Los **medios de comunicación** son objeto de comentario por parte de muchos de nuestros entrevistados. De acuerdo con ellos, deberían fomentar la reducción de la obesidad y combatir el sedentarismo, con la colaboración de depor-

tistas conocidos que actúen como referentes sociales. Emitir cuñas publicitarias sobre los efectos y beneficios del deporte puede ser muy útil para que los individuos se reflejen en aquéllos; e igualmente sobre patologías, para que quede claro el efecto y la acción de la actividad física. Y también retomar los antiguos programas de fomento del deporte, en lugar de dedicarse exclusivamente a la emisión de acontecimientos deportivos de élite que, a la larga, sólo promueven el sedentarismo en su audiencia.

—Y por ejemplo los medios de comunicación, yo recuerdo hace unos años de que el deporte escolar estaba muy gratificado y programas pues como «Contamos Contigo» o «El Torneo» que marcaron un poco (inaudible) han desaparecido. Entonces, ahora los programas más vistos de la televisión acostumbran a ser partidos de la liga nacional (...) pero esas personas que miran el partido no tienen el hábito probablemente de, luego, hacer ejercicio en su día a día y el deporte escolar en este aspecto ha quedado muy abandonado.

(Doctora en Medicina, Barcelona)

Respecto del **sistema educativo y sus recursos**, hay también varias propuestas. Se ha propuesto que las instalaciones deportivas de los centros educativos se aprovechen para la actividad física del conjunto de la población. En el sistema educativo se debería valorar la asignatura de Educación Física al mismo nivel que el resto de materias educativas y promocionar los hábitos deportivos desde la infancia. También se ha mencionado que debería evitarse lo que se ha denominado «la paradoja del cierre», según la cual se quiere combatir el botellón, mientras que las instalaciones deportivas de los colegios están cerradas los fines de semana. Si se abrieran las instalaciones, como se viene reivindicando desde hace mucho tiempo, se podría dar a los jóvenes alternativas al botellón.

—Es una paradoja, nos quejamos de que nuestros jóvenes consumen alcohol y tabaco, sobre todo los fines de semana, (...) pero si nosotros ponemos que en el fin de semana tengan a disposición ofertas de actividades deportivas y quienes tienen mejores instalaciones, que son los colegios, en muchos casos no son las mejores instalaciones, sino que son las únicas, están cerradas.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

Respecto de otras **instalaciones deportivas**, se ha pedido también ampliar los horarios y reducir los precios disuasorios que tienen algunas, mediante la

construcción de nuevas instalaciones que estén acordes a la gran demanda que existe. Igualmente, se deberían evitar los cierres parciales en muchas de las instalaciones existentes, favoreciendo la afluencia de público con una reducción de precio en las horas de menos demanda. En definitiva, más instalaciones y rentabilizarlas mejor, puesto que los «horarios sociales» estandarizados concentran siempre la demanda en unas pocas horas del día.

—(...) Hay equipamientos que se cierran los fines de semana. Hay pistas que se abren cuatro horas al día, y el resto están vacías. (...) Más instalaciones, porque sobre todo en instalaciones de grandes ciudades como Madrid o Barcelona es muy difícil practicar deporte, porque la demanda es enorme, y rentabilizar las que ya están hechas ampliando los horarios.

(Gerente de Asociación Deportiva, Madrid)

En relación con la **tercera edad**, los expertos señalan la necesidad de potenciar la gimnasia de mantenimiento con controles de evaluación que detecten la posibilidad de realizar otras actividades para mayores. A ello debe ayudar la contratación de profesionales que orienten a los mayores en su actividad y que los evalúen.

—(...) En el marco de la tercera edad, o de cuando somos más mayores, pues seguir fomentando los programas estos de gimnasia de mantenimiento. Y sobre todo buscándole algún tipo de control de evaluación que lleve a una mayor motivación.

(Doctor en Medicina, León)

Y, por último, una propuesta que podríamos denominar «**la deportivización del urbanismo y el entorno**», que consiste en aprovechar las condiciones naturales del entorno creando senderos (en bosques y en playas) y, a la vez, crear circuitos urbanos apropiados para patinar, circular en bici o correr en los que, además, se fije información pública sobre los efectos y beneficios de la actividad física.

Los recursos

Como se puede observar, son muchas las propuestas que se han hecho para promocionar el deporte entre la población. Pero todo ello requiere fuentes de recursos sobre los que también se ha preguntado a los entrevistados. A pesar de que se reconoce el enorme valor que tienen los ayuntamientos como detentadores y gestores de instalaciones deportivas, y de las comunidades au-

tónomas que financian las instalaciones, hay un acuerdo general en el que hacen falta más recursos financieros para satisfacer las distintas necesidades de promoción del deporte. Los **recursos financieros** no se perciben como excesivos ni desde un punto de vista macrosocial, porque siempre serán pocos en comparación con las necesidades de atención sanitaria que se esperan en el futuro si no se invierte la tendencia al sedentarismo; ni desde un punto de vista más microsocial, puesto que la actividad física de base no requiere los grandes recursos que necesita el deporte competitivo.

Al margen de la financiación de personal e infraestructuras, los entrevistados han asignado de manera algo contradictoria las necesidades financieras. Para unos, la financiación debería priorizar a colectivos sociales específicos, como enfermos de fibromialgia, adolescentes, mayores y amas de casa, y fomentar el deporte en la población general. Para otros, la financiación debería potenciar la cantera de deportistas de calidad, comenzando por la concesión de becas para jóvenes promesas que les permitan el acceso a instalaciones, controles médicos y estancias en centros de alto rendimiento deportivo.

—Y después ya, las otras medidas son ya mucho más específicas, porque ya serían para colectivos concretos. Los ejemplos que hemos puesto antes, ¿no?, de fibromialgia, de adolescentes, de amas de casa o de mayores.

(Doctor en Ciencias del Deporte, Granada)

—(...) Becas para los niños que destaquen, que tengan cualidades, eso lo primero. Esos niños que (...) pueden llegar a algo dentro del deporte, facilitarles su acceso al deporte y facilitarles la vida en cuanto a acceso a instalaciones deportivas, acceso a controles médicos, acceso a centros de alto rendimiento.

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

El **personal** también es un recurso valioso que debe tener su correspondiente apoyo económico. Así, se consideran necesarios los recursos para sufragar los gastos de personal derivados del aumento de las horas lectivas de Educación Física, y para contratar personal para la apertura de colegios y monitores de apoyo para la actividad física no escolar. Ya vimos que el personal cualificado se consideró imprescindible tanto para la actividad física directa como para la programación de actividades en el sistema sanitario.

En cuanto a **infraestructura**, se reconoce el gran desarrollo en los últimos años de las infraestructuras a cargo de ayuntamientos y gimnasios privados, pero

aun así se reclaman más. Se señala la importancia de algunas muy concretas, como piscinas, que resultan muy polivalentes para todo tipo de edades y favorecen actividades menos agresivas y apropiadas para personas con patologías. También son necesarios recursos para instalaciones en pueblos pequeños y para las adaptaciones ambientales en el entorno urbano y rural.

—Nadar es muy bueno para todo. Pesamos diez veces menos de lo que pesamos realmente en el agua, y nos sirve para movilizar. Y es una manera muy poco agresiva de introducirnos dentro del mundo del deporte, la natación. Entonces yo inyectaría mucho dinero en lo que son piscinas...

(Doctor en Fisioterapia, Córdoba)

Por último, también se ha señalado la necesidad de financiar **campañas informativas, y de sensibilización y concienciación de la sociedad.**

Conclusiones

El presente estudio parte del supuesto de que el deporte y el ejercicio físico tienen una incidencia significativa en la mejora de la salud, del bienestar y de la calidad de vida. La relación entre estos elementos ha sido demostrada en innumerables ocasiones por las ciencias de la salud, y de hecho así se expresa en el *Libro Blanco del Deporte*: «La actividad física provoca importantes efectos positivos en los sistemas cardiovascular, musculoesquelético, respiratorio y endocrino. Estos beneficios se concretan en la reducción de la mortalidad prematura, así como en la reducción del riesgo de padecer enfermedad coronaria, hipertensión, cáncer de colon y diabetes mellitus. La práctica regular de actividad física también reduce la depresión y la ansiedad, mejora el estado de ánimo y mejora la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria» (USDHHS, 1996).

No obstante, en este estudio se ha examinado dicha cuestión desde una perspectiva diferente: la que ofrecen las ciencias sociales. Al incorporar este punto de vista, la salud no es sólo el resultado del funcionamiento físico y biológico de nuestro organismo, sino también el de las circunstancias culturales y el de las condiciones de vida de los seres humanos. Precisamente por ello resulta necesario, cada vez más, abordar este tipo de estudios promoviendo la colaboración entre disciplinas académicas.

En este sentido, el profesor José María Cagigal (1979) señalaba en los años setenta del pasado siglo xx que ya iba siendo hora de que las ciencias sociales se ocuparan de estudiar el fenómeno deportivo con la misma legitimidad con la que lo han venido haciendo las ciencias médicas o las biológicas. Pero también advertía que este propósito no podría lograrse si no se combinaban adecuadamente la reflexión teórica y la investigación empírica. Sin embargo,

analizar estos temas desde las ciencias sociales resulta más complejo, ya que estudiar las percepciones, los valores o los sentimientos de las personas presenta una serie de dificultades que no se encuentra en los estudios sobre los comportamientos biológicos observables.

Incluso, si abordamos esta cuestión, la perspectiva médica encuentra hoy serias dificultades para salvar algunas lagunas; como reconocen Hernando y Martínez de Quel (2006), «a pesar de la estrecha relación entre salud y calidad de vida, no existen estudios que demuestren que la actividad física deportiva mejora o aumenta la calidad de vida. De hecho, ni siquiera han podido ser encontradas pruebas, cuestionarios o instrumentos, que nos permitan medir cómo la actividad física deportiva mejora la calidad de vida en personas sanas».⁽¹⁾ Según estos autores, en relación con la actividad física deportiva, «los instrumentos más comunes y aceptados científicamente para medir la calidad de vida están diseñados para valorarla en personas enfermas o con ciertas patologías. En el caso de los instrumentos genéricos, adolecen de un “efecto techo” que impide valorar adecuadamente el componente “función física”» (*Ibid.*: 660; véase también Alonso *et al.*, 1998). Para ellos, el problema radica en que los instrumentos de evaluación empleados no son adecuados para establecer la relación entre actividad física deportiva y calidad de vida, lo que significa que es necesario crear herramientas que ayuden a acometer esta tarea. Comparten la misma opinión sobre los cuestionarios referentes a la calidad de vida relacionada con la salud, frecuentes en el ámbito médico, que suelen padecer esos mismos sesgos y reflejan la poca sensibilidad a los cambios como prueba de validez (Villagut *et al.*, 2005; Badia y Lizán, 2003).

Por todo ello, este estudio supone un avance en la difícil tarea de evaluar el impacto que tiene la realización de ejercicio físico y deporte en la percepción subjetiva de la salud y la calidad de vida de quienes lo practican. El estudio demuestra que los individuos que realizan deporte y ejercicio físico de forma habitual tienden a valorar su salud y su calidad de vida en términos más positivos. Además, los resultados de la investigación destacan que el deporte y la

(1) Para llegar a esa conclusión, revisaron 338 cuestionarios diferentes empleados para medir la calidad de vida en distintos estudios, tomando como fuentes de referencia www.redirys.net y BiblioPRO. La base de datos www.redirys.net es la más extensa sobre cuestionarios de calidad de vida en español. Su buscador ofrece 23 áreas terapéuticas para seleccionar los cuestionarios de calidad de vida. Por su parte, BiblioPRO consiste en una estrategia de búsqueda sistemática de cuestionarios de medida de resultados y de publicaciones biomédicas de referencia, que se nutre a su vez de otras bases de datos, como Medline, Pubmed, ISI Web of Science, PsycINFO, IBECs, TDR, LILACS y TESEO.

actividad física constituyen un importante componente del bienestar en nuestras vidas. Junto con el dinero, la vivienda, el tiempo libre, el trabajo, la salud o las relaciones sociales, la realización de ejercicio físico deportivo contribuye a conformar cómo valoramos nuestra calidad de vida.

De acuerdo con este estudio, las dos dimensiones analizadas, «salud» y «calidad de vida», están en parte determinadas por un concepto mucho más amplio, al que se podría denominar «estilo de vida saludable». En este sentido, la noción empleada aquí es limitada, pues sólo contempla aquellos aspectos del «estilo de vida» vinculados con la práctica del deporte y del ejercicio físico en nuestro tiempo de ocio, cuando hay otros aspectos del estilo de vida que también tienen gran incidencia en la salud y en la calidad de vida de los individuos, tales como el tipo de alimentación, la higiene, el uso del tiempo libre, los hábitos de consumo de sustancias tóxicas o el tipo de trabajo. El estudio, sin embargo, se centra únicamente en los efectos del deporte y del ejercicio físico.

Deporte, ejercicio físico y estilos de vida entre la población española

Un primer resultado que merece la pena destacar consiste en que la población española es eminentemente sedentaria. Su nivel de práctica deportiva es escaso: menos de la mitad de la población practica deporte, y sólo dos de cada diez personas lo practican habitualmente. Respecto al ejercicio físico, son pocas las personas que caminan diariamente: sólo un tercio de la población española afirma caminar al menos una hora diaria. Aun así, caminar es la principal actividad física que se practica durante el tiempo libre, y la práctica de deporte se sitúa en quinta posición. En el tiempo destinado a las ocupaciones diarias, fundamentalmente las que tienen que ver con el trabajo, los españoles apenas realizan actividad física, pues seis de cada diez dicen pasar la mayor parte de la jornada laboral sentados o de pie, sin efectuar grandes esfuerzos.

En segundo lugar, y en lo que atañe específicamente a la práctica de deporte, la investigación aporta algunos datos de interés para comprender las tendencias apuntadas con anterioridad. Los motivos que más influyen en que las personas realicen actividad física deportiva son, en primer lugar, «el gusto por el deporte» (52%) –que es, según los especialistas en sociología deportiva, una dimensión vinculada al proceso de socialización–, seguido de «la mejora de la salud» (20%) y «el bienestar físico y psíquico» (12%) –dos dimensiones relacionadas propiamente con la salud y el bienestar, aunque tengan también un

carácter cultural—. En cuanto a los motivos que influyen en la no realización de deporte, las dimensiones de carácter práctico son las más relevantes: «la falta de tiempo», «el trabajo» y «las cargas familiares» constituyen las razones esgrimidas por la mitad de los españoles para justificar su inactividad en este ámbito. Para otra parte importante, cuatro de cada diez personas, el hecho de que «no les guste esta actividad» (11%), «la pereza» (10%) o «los problemas de salud» (18%) son los motivos más aludidos.

En tercer lugar, el estudio muestra la relevancia que tiene la socialización a través de la familia en el hábito deportivo; existe una alta correlación positiva entre la realización de actividades deportivas y el historial de práctica de deporte de la familia. También muestra la importancia de la biografía personal, de tal modo que el hecho de que un individuo haya practicado deporte en el pasado es un elemento decisivo en la disposición a seguir practicándolo, sobre todo en los grupos de edad más avanzada.

En cuarto lugar, en el presente estudio se pone de manifiesto cómo las condiciones de vida de cada persona son determinantes en la práctica de deporte y de ejercicio físico. Su práctica aumenta conforme lo hace el nivel de estudios —por estar altamente correlacionada con el hecho de estar estudiando o trabajando—, el nivel de cualificación de las ocupaciones que desempeñan o el nivel de ingresos. Las personas con bajo nivel de estudios, con menor nivel de ingresos y que no trabajan o que simplemente desarrollan labores domésticas son las que menos deporte practican. Por lo tanto, socialización y condiciones de vida se encuentran estrechamente relacionadas con el hábito de practicar deporte, algo que han corroborado los especialistas entrevistados en la parte cualitativa del estudio.

En quinto lugar, el estudio muestra las características sociodemográficas de los que tienen un estilo de vida activo o un estilo de vida sedentario. Aunque, como se ha señalado más arriba, la mayoría de la población española no practica deporte ni ejercicio físico alguno independientemente de su edad, sexo o nivel de estudios, pueden destacarse, a la luz de los datos de la encuesta realizada, algunos rasgos diferenciadores entre las personas sedentarias y las físicamente activas. Los rasgos de las personas sedentarias son los siguientes: ser mujer, ama de casa, no ser joven, ser divorciado, separado o viudo, encontrarse en situación de desempleo, poseer un nivel bajo o medio de estudios y, finalmente, no contar con antecedentes familiares de práctica deportiva.

Esto significa que resulta más probable encontrar en cada uno de estos grupos personas sedentarias que personas físicamente activas. A la inversa, es más probable encontrar personas que practican deporte o ejercicio físico entre los hombres, los jóvenes, los solteros o los que viven en pareja, los que están estudiando o trabajando, los que poseen mayor nivel de estudios y aquéllos cuyos padres o abuelos han practicado o practican algún deporte. Según los resultados del análisis de segmentación realizado a partir de los datos de la encuesta, las variables que más peso tienen en la elección de un estilo de vida sedentario o uno activo son el nivel de estudios, la situación laboral y los antecedentes familiares de práctica deportiva.

Relaciones entre deporte, ejercicio físico y percepción de la salud

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la hipótesis inicial de que la realización de actividad física y deporte influye significativamente en la percepción subjetiva de nuestra salud. Tanto en el estudio cuantitativo como en el cualitativo se obtienen los mismos resultados, por lo que la fiabilidad y la validez de los datos son muy altas.

Las personas que practican deporte valoran de manera significativamente mejor su estado de salud. La frecuencia e intensidad con las que se practica también parecen tener influencia. Así, la mayoría de los expertos comparte la opinión de que el deporte sólo contribuye a mejorar nuestra salud si se realiza al menos media hora diaria. En el estudio se ha comprobado, además, que a medida que aumenta la frecuencia de práctica deportiva entre los individuos mejora también la valoración subjetiva de su salud.

La realización de actividades físicas practicadas en nuestro tiempo libre –como pasear– o en nuestra vida cotidiana –principalmente en el trabajo y en las labores domésticas– también mejoran el estado de salud percibido por la población. En esta relación, la frecuencia e intensidad con la que se lleven a cabo (en el caso del paseo) o el tipo de actividad física corporal con la que se desarrolle nuestra vida cotidiana tendrán nuevamente una influencia decisiva en la autopercepción de nuestro estado de salud. El paseo influye positivamente en la percepción de nuestra salud cuando se realiza al menos durante una hora diaria, y la actividad efectuada en nuestra vida cotidiana tiene el mismo efecto si implica «caminar la mayor parte del tiempo» o la «realización de esfuerzos físicos».

Un análisis más exhaustivo de estas actividades permite delimitar una desigual incidencia sobre la percepción de la salud en función de los rasgos sociodemográficos de la población. Así, por ejemplo, en lo que concierne al deporte, mientras que en los jóvenes su efecto sobre la percepción subjetiva de la salud aumenta con la frecuencia e intensidad de la práctica deportiva, entre los mayores esa mejora en la percepción se produce con la simple realización de una actividad deportiva, sea cual fuere el tipo de deporte y la intensidad con la que se practique. En lo que atañe al paseo y a las actividades cotidianas, su incidencia en la valoración de la propia salud es elevada entre los mayores, pero prácticamente nula entre los jóvenes. Ser hombre o mujer, así como la situación de convivencia, el nivel de estudios y la situación laboral también inciden, en distinto grado y manera, en esta relación.

Si bien el estudio cuantitativo ha suministrado pruebas de que la relación entre la práctica de deporte y el ejercicio físico, por un lado, y la percepción subjetiva de la salud, por otro, es significativa, el estudio cualitativo nos ha servido para corroborar tal evidencia, y también para precisar los términos en los que los individuos establecen dicha relación. En los distintos segmentos de población entrevistados se comparte la opinión de que la práctica de actividad física y deporte incide favorablemente en la valoración del estado de salud, incidencia que también se reconoce en el sentido opuesto.

Las personas entrevistadas reconocen la mejora en la valoración de la salud que aporta la realización de actividades físicas y deportivas tanto en el plano físico (su incidencia en la condición física general) como en el psíquico (sobre todo, los beneficios en la reducción del estrés y de la ansiedad) o en el social (la mejora de habilidades sociales, la prevención de condiciones de aislamiento y soledad, la provisión de valores sociales vinculados al respeto a los demás y al esfuerzo, etc.). Estos efectos del deporte y de la actividad física sobre nuestra salud física, psíquica y social, señalados en los grupos de discusión, han sido ratificados a través de la opinión de los expertos, que se basan en las evidencias empíricas obtenidas en los estudios de carácter epidemiológico y longitudinal.

Tales estudios señalan que la salud supone un marco de oportunidad, a la vez que una barrera, para la realización de actividad física y deporte entre los españoles. Los expertos indican que disponer de una buena salud es una condición básica para practicar deporte a ciertas edades (por ejemplo, entre las

personas mayores), por cuanto que la salud posibilita o dificulta el desarrollo de ciertas actividades físicas y deportivas; pero también señalan la paradoja de que disponer de un buen estado de salud en la etapa de la juventud puede constituir una barrera para la práctica deportiva, entendiendo el deporte no en su dimensión de juego, sino en sus efectos positivos sobre la mejora de nuestras condiciones de salud y bienestar personal. Si un joven percibe (aunque sea de forma incorrecta) que su salud es buena, puede que no se plantee cuidarla mediante el ejercicio físico o la práctica deportiva. Esta cuestión, de una gran sutileza, ha sido propuesta por los expertos y especialistas en medicina deportiva como un problema que surge en esas etapas de la juventud en las que se abandona la dimensión lúdica del deporte y no se sustituye por el ejercicio físico, en tanto que práctica necesaria para el cuidado y mejora de la salud.

Relaciones entre deporte, ejercicio físico y calidad de vida subjetiva

La investigación examina también la influencia del deporte y del ejercicio físico sobre la calidad de vida subjetiva. El estudio ha proporcionado evidencias de que, a medida que aumenta el nivel de ejercicio físico y de práctica deportiva, más positiva es también la valoración del bienestar percibido por parte del practicante.

La investigación cualitativa ha permitido comprobar que el ejercicio físico y el deporte inciden de un modo significativo en la valoración general de nuestra calidad de vida. En la medida en que los individuos relacionan ejercicio físico y deporte con salud y, a su vez, salud con calidad de vida, la relación entre deporte, ejercicio físico y calidad de vida es automática. El análisis de la información obtenida a través de la investigación cuantitativa mediante encuesta se orienta en esa misma dirección, ya que la dimensión «calidad de vida subjetiva» se ha evaluado a partir del factor «bienestar subjetivo», que está formado, entre otras variables, por la «salud percibida». En lo que concierne específicamente a la práctica de deporte, la encuesta muestra una diferencia significativa entre los practicantes y los no practicantes. Entre quienes realizan algún tipo de deporte, la percepción de bienestar es mucho mayor que entre quienes no lo realizan. La misma tendencia se contempla al observar la influencia de ciertas actividades físicas que desarrollamos en nuestro trabajo o tiempo de ocio (en especial, pasear): a mayor nivel de actividad, mayor bienestar percibido.

Como ocurre con la autopercepción de la salud, entre la población consultada se observan algunas diferencias en las tendencias apuntadas según su perfil sociodemográfico. Así, los jóvenes, los hombres, los solteros y los casados y, por último, los que poseen mayor nivel de estudios y tienen mayor nivel de renta muestran un mejor bienestar percibido que las personas mayores, las mujeres, los divorciados, los viudos y los que tienen menor nivel de estudios y de ingresos. La delimitación de los perfiles que se obtienen al comprobar el grado de bienestar subjetivo coincide con la extraída al establecer el perfil de quienes practican deporte y ejercicio físico (los primeros) y de quienes no lo practican (los últimos). Ello significa que el perfil de quien practica deporte es muy similar al de quien expresa sentir un mejor bienestar subjetivo y, por tanto, una mayor calidad de vida.

Deporte, salud y calidad de vida en la juventud

En esta investigación se constata que los jóvenes españoles son el grupo de población que más deporte y ejercicio físico practica. Esto ha sido explicado por el hecho de que la mayoría de los jóvenes en España han tenido oportunidad de instruirse en la práctica del deporte y del ejercicio físico a través del sistema educativo. Además, entre estas generaciones resulta habitual encontrar a padres y madres que también han practicado deporte, transmitiéndoles a los hijos su pasado activo y, por tanto, sirviéndoles de referencia en los valores deportivos.

Pese a ello, los datos muestran que el número de jóvenes que realiza deporte es escaso: alrededor de la mitad de quienes tienen entre 18 y 34 años. La escasa proporción de jóvenes que practica deporte es atribuible, según las evidencias obtenidas a través de este estudio, a la relevancia adquirida por otras actividades de ocio (el digital y el nocturno), que restan tiempo e importancia a la realización de ejercicio físico y deporte. Además, los jóvenes afirman encontrarse expuestos a un férreo sistema meritocrático que les induce a adquirir permanentemente cualificación, impidiéndoles dedicar más tiempo a tareas básicas de cuidado personal y a cultivar relaciones sociales. Por tanto, la falta de tiempo, junto con la entrada al mercado laboral y el predominio de nuevas prácticas de ocio son los principales motivos esgrimidos por los jóvenes para justificar la poca práctica deportiva.

Si se contempla la escasa proporción de jóvenes que practica deporte o camina a diario (cuatro de cada diez y siete de cada diez, respectivamente) y, además,

tenemos en cuenta que más de la mitad se pasa el día sentado o de pie sin realizar grandes esfuerzos físicos, podemos intuir que la juventud española es muy sedentaria. Ese estilo de vida sedentario no influye, sin embargo, en una percepción negativa de la salud entre los jóvenes, dado que, en este tramo de edad, se goza todavía de buenas condiciones de salud. Por lo tanto, la ejecución de ejercicio físico y de deporte no tiene una incidencia significativa en la percepción subjetiva de la salud por parte de los jóvenes. No obstante, en la investigación cualitativa se observa una ligera diferencia entre quienes tienen entre 18 y 24 años y los que tienen entre 25 y 34 años, ya que se detecta en este segundo grupo de edad una mayor conciencia de pérdida de salud asociada a un empeoramiento de las condiciones físicas.

A diferencia de lo que ocurre con la salud percibida, la práctica de deporte y de ejercicio físico sí influye positivamente sobre el bienestar subjetivo de los jóvenes. Practicar deporte tiene entre los jóvenes más incidencia en la percepción subjetiva de bienestar que otras dimensiones, como la situación laboral, el nivel de estudios, el nivel de ingresos o el estado civil. Así, parece notable la diferencia entre quienes no practican deporte y muestran un bienestar subjetivo muy bajo, y quienes sí lo practican y perciben que su situación de bienestar es muy superior a la de los demás. Según los resultados de la fase cualitativa del estudio, el aspecto que más asocian los jóvenes con la contribución del deporte y de la actividad física al bienestar subjetivo es su utilidad para hacer frente a los problemas de salud psíquica (estrés, ansiedad, depresión, etc.), muchos de los cuales derivan de la actividad laboral.

Deporte, salud y calidad de vida en la vejez

La población mayor está sujeta a unas condiciones de salud que, en sí mismas, la incapacitan para desarrollar con facilidad ejercicio físico y deporte. Tal es su situación, que los problemas de salud, junto con la edad, constituyen los motivos más aludidos por las personas mayores para explicar su escasa participación en la práctica del deporte (entre, al menos, la mitad de quienes no lo hacen). Es evidente que las condiciones de origen son naturalmente distintas respecto a los jóvenes, y cuentan además con el *handicap* de que, entre una parte importante de las personas mayores, sus progenitores nunca realizaron deporte y tampoco ellos mismos lo hicieron en otros momentos de sus vidas. Por lo tanto, las personas mayores se encuentran desposeídas de todo proceso de

socialización en los valores deportivos, lo que repercute negativamente en su propensión a la actividad física. Además, el escaso número de instalaciones deportivas próximas al lugar de residencia de las personas mayores contribuye poco a facilitar su acceso a la práctica de deporte.

Pese a que los mayores realizan menos deporte que los jóvenes (tan sólo dos de cada diez personas mayores de 65 años lo practican), también es cierto que pasean casi en idéntica frecuencia. No en vano, al menos seis de cada diez pasean habitualmente, lo que representa una cifra muy elevada, considerando que cuentan con unas condiciones de salud mucho más desfavorables que los jóvenes. Esta tendencia apreciada en el hábito del paseo entre las personas mayores responde, en primer lugar, al aumento de la esperanza de vida y a las mejores condiciones de salud con las que llegan estas personas a la vejez; en segundo lugar, a la emergencia de valores que enfatizan la necesidad del cuidado personal y el disfrute del tiempo libre por parte de las propias personas mayores y por parte de los médicos de familia que los orientan en sus hábitos saludables de vida; y, en tercer lugar, al hecho de que la realización de esta actividad física (pasear) no exige los mismos requerimientos que la práctica de deporte. Todo ello ha favorecido la emergencia del fenómeno conocido en muchos lugares con el nombre de «rutas del colesterol», por tratarse de rutas urbanas o periurbanas frecuentadas por personas mayores y adultas que caminan diariamente con el fin de quemar calorías y contribuir con ello a mejorar su salud y su bienestar.

En cuanto a la actividad diaria que realizan las personas mayores, cabe señalar que es mayoritariamente sedentaria. Siete de cada diez personas mayores pasan la mayor parte del tiempo de pie o sentados, y sólo un tercio dice caminar. Estos hábitos, junto con la escasa práctica de deporte, se traducen en un elevado porcentaje de personas mayores con estilos de vida sedentarios, es decir, poco saludables. Con ello, la práctica de deporte entre las personas mayores no tiene incidencia significativa sobre la percepción subjetiva de la salud. En cambio, la actividad diaria, seguida del hábito de pasear, sí que incide positivamente en este sentido.

El reto de vivir saludablemente

A través del presente estudio se tiene la oportunidad de mostrar las tendencias que caracterizan los estilos de vida de la población española, determinados

de un modo específico por sus hábitos de práctica deportiva y ejercicio físico, resaltando especialmente la forma como se expresan entre los jóvenes y los mayores.

Se han obtenido unos resultados que hacen ver el futuro con cierto grado de preocupación en lo que se refiere a las condiciones de salud y bienestar entre estos grupos de edad. Entre las personas mayores, preocupa que el aumento de su esperanza de vida y la mejora de los servicios médicos y de salud no se vean acompañados de la sensación de que mejoran también sus condiciones físicas de salud y bienestar. Entre los jóvenes, inquieta aún más la fuerte tendencia hacia el sedentarismo, y es preocupante el hecho de que su bajo nivel de participación y la baja frecuencia en la práctica de deporte y de ejercicio físico provocará en un futuro no muy lejano un progresivo empeoramiento de sus condiciones de salud y bienestar. Prueba de ello son los datos mostrados en la introducción de este estudio sobre el elevado porcentaje de jóvenes españoles que padecen obesidad y sobrepeso, y las consecuencias que de ello se derivan para su salud y su bienestar.

Estas tendencias apuntan a que, en el futuro, los mayores vivirán más tiempo, pero también lo harán en peores condiciones físicas. A su vez, los jóvenes podrían padecer prematuramente enfermedades asociadas al envejecimiento, hasta el punto de que, como señalan algunos de los especialistas entrevistados, por primera vez en la historia moderna, los mayores pueden acabar viendo morir a sus hijos por causas no asociadas a la guerra, sino a la sobreabundancia. Además, habrá que destinar mayores recursos públicos para el tratamiento de las enfermedades producidas por el sedentarismo que pondrán en riesgo el apoyo público a otros ámbitos de actividad.

A partir de la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa, el estudio ha demostrado, en definitiva, que la ausencia de salud es el peor enemigo para intentar mejorarla, ya que limita la realización de actividades, como el ejercicio físico y el deporte, que proporcionan mejores condiciones de salud, tanto en términos físicos como psíquicos y sociales. A su vez, se ha demostrado que el entorno social resulta fundamental en la transmisión de hábitos y estímulos para la realización de actividad física y deporte. También se ha comprobado que las condiciones económicas limitan la práctica deportiva, al igual que ocurre con las condiciones laborales, sobre todo si no se dispone de infraestructuras de fácil acceso y bajo coste.

Los especialistas en ciencias de la salud y medicina deportiva han propuesto interesantes estrategias que podrían contribuir a superar muchas de estas barreras. Para ello, la clave radica en comprender la necesidad de cambiar nuestro estilo de vida si realmente tenemos interés en disponer de la salud necesaria para gozar de una mayor calidad de vida, algo que requiere necesariamente prestar atención a nuestros hábitos de ejercicio físico y de deporte. En este sentido, los expertos entrevistados en este estudio comparten la idea de que la única forma de garantizar un estilo de vida saludable en nuestra sociedad es emplear de manera coordinada los recursos de las administraciones públicas para integrar definitivamente el ejercicio físico y el deporte en nuestra vida cotidiana.

Este uso de los recursos públicos debería implicar la movilización de aquellas instituciones y organismos (públicos y privados) que pueden contribuir desde sus distintos ámbitos de actuación a este objetivo. Los especialistas consultados se refieren, entre otras instancias de movilización, a la familia, al sistema educativo, al sistema sanitario, a las empresas, a los clubes y asociaciones deportivas y a los medios de comunicación.

En relación con la familia, los especialistas indican que su importancia es estratégica. Esta opinión parte de la convicción de que el desarrollo del hábito deportivo, como otros hábitos saludables, debería transmitirse en los primeros años de vida. Este desarrollo temprano de la cultura deportiva garantizaría su perdurabilidad en el tiempo. La socialización de este hábito en el seno de la familia desempeña un papel crucial. Esta opinión se corrobora con los datos de la encuesta, donde se pudo constatar la relación significativa entre practicar deporte y el hecho de que nuestros progenitores también lo hubieran realizado. De ahí que los especialistas consideren conveniente promocionar la práctica del deporte en familia.

Las instituciones con responsabilidad en la promoción del deporte deberían tomar buena cuenta de ello para diseñar planes y programas que contemplen esta circunstancia. Esto supone adoptar medidas dirigidas a la promoción del deporte en familia y, por otra parte, adoptar otras medidas que permitan la conciliación familiar con el propio cuidado personal. Así, por ejemplo, uno de los especialistas apuntaba el acierto de algunas instalaciones deportivas en donde se ofertaba el servicio de guardería para aquellos padres y madres que deseaban practicar deporte, pero que se veían impedidos por la necesidad de cuidar de sus hijos.

En lo que respecta al sistema educativo, los expertos lo consideran como la institución *sine qua non*, junto con la familia, en la transmisión de los hábitos deportivos. Ello se debe a que la totalidad de los ciudadanos pasan por ella y, además, lo hacen en etapas fundamentales para la socialización de valores y hábitos. Dado que la educación física es una enseñanza obligatoria, los especialistas ven el sistema educativo como un espacio privilegiado para reforzar este hábito. Este hecho contrasta, sin embargo, con la escasa importancia comparativa que tiene frente a otras asignaturas escolares. En efecto, los alumnos, y los propios padres, no valoran la educación física del mismo modo que otras asignaturas, probablemente por no estar concienciados de los beneficios del deporte. Quizá por ello, el número de horas de educación física impartido semanalmente resulta escaso (apenas tres horas a la semana, de las cuales una está dedicada a la teoría) e, incluso, ha desaparecido en el bachillerato y en la universidad; una circunstancia que, además de impedir que los niños y adolescentes alcancen el gasto de kilocalorías mínimo que sugiere la OMS para tener una buena salud (entre 1.800 y 2.000 kilocalorías semanales), con el tiempo dará lugar a que estos jóvenes padezcan antes enfermedades degenerativas.

Como solución, los especialistas proponen una serie de medidas. En primer lugar, lograr que el deporte se convierta en una materia transversal en el sistema educativo con el fin de reforzar su importancia para nuestras vidas. Este objetivo podría alcanzarse aumentando el número de horas semanales de educación física (una hora diaria es la medida sugerida por estos especialistas, que no necesariamente tendrían que ser lectivas, sino que podrían realizarse como actividades extraescolares), ampliando la franja horaria de apertura de las instalaciones deportivas en los centros educativos (algo que podría servir tanto para disfrutar del tiempo de ocio entre los estudiantes fuera de los horarios de clase –tardes, fines de semana– como para solventar la necesidad de muchas madres y padres de dejar a los hijos en los centros educativos antes de marcharse al trabajo) o haciendo que cuente como crédito de libre configuración en la universidad. En segundo lugar, los especialistas proponen mejorar la oferta del deporte escolar y aumentar el profesorado y las instalaciones deportivas cuantitativa y cualitativamente. En este sentido, los expertos proponen establecer convenios entre los centros educativos y los gimnasios privados con el fin de externalizar ciertos servicios de educación física para garantizar la práctica deportiva entre los estudiantes.

Otra institución importante a la que se debería movilizar para la promoción del deporte es el sistema sanitario. Hasta ahora, éste carecía de especialistas en medicina deportiva, salvo en muy contados casos. Por lo tanto, la atención sanitaria, en relación con el ejercicio físico y el deporte, iba dirigida fundamentalmente a la terapia, y no a la prevención. Pese a ello, en los últimos años los médicos han ido tomando progresivamente mayor conciencia de la necesidad de recomendar la práctica de ejercicio físico y deporte entre los pacientes, sobre todo por el aumento preocupante de la obesidad entre niños y jóvenes. En línea con ello, la función del sistema sanitario en la promoción del deporte se justifica por el hecho de que resulta menos costoso invertir en su promoción (como actividad preventiva de determinadas enfermedades asociadas al sedentarismo) que en la alta tecnología sanitaria terapéutica. En coherencia con esa idea, desde el sistema sanitario ya hace tiempo que se vienen realizando campañas para promocionar la práctica de ejercicio físico dirigido a mejorar nuestras condiciones de salud. Dado que su alcance es limitado, y teniendo en cuenta la necesidad de reconducir las políticas sanitarias que atañen a este asunto por el camino de la prevención, los especialistas coinciden en la necesidad de adoptar medidas de mayor calibre, tales como introducir la figura del médico deportivo en los centros de salud, ofrecer un servicio especializado entre los pacientes que lo requieran o establecer líneas de colaboración entre los médicos de atención primaria y los profesionales de las ciencias del deporte.

Otro ámbito en el que se ha de intervenir para promocionar el deporte es el empresarial. Los ciudadanos —especialmente, la población adulta— pasan buena parte de su tiempo en el trabajo, el cual hoy apenas exige esfuerzo físico. Este cambio en las tareas productivas de los trabajadores ha creado en los últimos años una nueva preocupación en las empresas: el aumento de bajas laborales como consecuencia de los problemas de salud derivados de los nuevos modelos de organización en el sector del conocimiento y de servicios (molestias físicas, tales como lumbalgia o inflamación de las cervicales, y afecciones psíquicas, entre las que han adquirido una notable importancia el estrés y la ansiedad). Muchos de estos problemas podrían solventarse con una mayor realización de deporte; sin embargo, algunas empresas siguen sin acabar de tomar partida en este asunto.

Los especialistas consideran que sería más rentable para muchas compañías facilitar tiempo entre sus trabajadores para practicar deporte que hacer frente

a los costes de las bajas laborales por razones de salud como consecuencia del sedentarismo. Además de esos beneficios, también habría que valorar el hecho de que, con un mejor estado de salud general, el rendimiento y la productividad laboral aumentarían. Por todo ello, los especialistas valoran positivamente que las empresas faciliten a sus empleados el acceso a instalaciones deportivas propias (como ocurre con los comedores y las guarderías en algunas compañías) o concertadas, y que fomenten el ejercicio y los estiramientos antes del trabajo, lo que ayudaría a reducir lesiones y a mejorar el aparato locomotor.

En lo que concierne al ámbito estrictamente deportivo (federaciones, clubes y asociaciones deportivas) los expertos coinciden en apuntar que, en la actualidad, éstas no son las organizaciones más adecuadas para promocionar el deporte de base. La mayoría de estas federaciones, asociaciones y clubes deportivos planifican sus actividades pensando más en el deporte de competición y profesional que en el «deporte para todos». Por lo tanto, la lógica, los objetivos y el planteamiento difirieren cuando el deporte que se promociona es el de competición de cuando se trata del de base. También ocurre que, entre las asociaciones y clubes menos preocupados por el deporte de competición, los recursos de los que disponen no permiten que sus actividades lleguen a un número masivo de ciudadanos. Por esas razones, los especialistas apuntan que lo ideal sería que las escuelas deportivas municipales tuviesen más peso que los clubes y que las federaciones deportivas, que contaran con mayores recursos y que centraran sus políticas deportivas en la promoción del deporte para todos.

Por último, los medios de comunicación, preocupados mayormente por las noticias deportivas de competición, deberían asumir parte de su responsabilidad aportando una imagen diferente del deporte. Es fundamental que los medios de comunicación, que tienen un peso decisivo en la transmisión de valores e imágenes relativas al deporte, traten de sensibilizar a la sociedad sobre los problemas asociados a la falta de ejercicio físico y de deporte, y su incidencia sobre nuestra salud y bienestar personal.

Todas estas propuestas pueden contribuir al objetivo de hacer que el deporte, la salud y el bienestar sean elementos clave en las expectativas vitales de los ciudadanos del siglo XXI. Estos elementos no han de tomarse con indiferencia, pues las evidencias demuestran que la práctica deportiva mejora notablemente la salud y el bienestar de los ciudadanos y, en consecuencia, contribuye a

reducir los costes ocasionados al sistema sanitario debido al tratamiento de enfermedades asociadas a la inactividad.

El presente estudio ha tratado de aportar elementos de reflexión para que progresen las medidas destinadas a promover los hábitos deportivos entre la población, lo que resulta fundamental para el mantenimiento de la salud y para la mejora de la calidad de vida. Para que esta promoción tenga éxito, necesariamente tendrá que contar tanto con la opinión de los expertos como con la propia perspectiva del ciudadano de a pie, con sus justificaciones, con sus creencias y con el valor que otorga a la actividad física y al deporte. Es precisamente esta combinación, entre los puntos de vista del experto y del lego, la que ha tratado de aportar este estudio.

Referencias bibliográficas

- ALONSO, L. E. y CONDE, F. (1994): *Historia del consumo en España: Una aproximación a sus orígenes y su primer desarrollo*. Debate, Madrid.
- ANTONUCCI, T. C.; OKORODUDU, C. y AKIYAMA, H. (2002): «Well-Being Among Older Adults on Different Continents». *Social Issues*, 58: 617-627.
- ANTONUCCI, T. C., SHERMAN, A. y AKIYAMA, H. (1996): «Social Network, Support and Integration». En J. Birren (ed.): *Encyclopedia of Gerontology*. Pergamon Press, Nueva York.
- ARTAZCOZ, L.; CORTÉS, I.; MONCADA, S.; ROHFLS, I. y BORRELL, C. (1999): «Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud». *Revista Gaceta Sanitaria*, 13: 201-207.
- AYUSO, A. M^a. y LÓPEZ, I. (2007): «Sostenibilidad y estilos de vida: obesidad y sobrepeso». *Ambienta. La Revista del Ministerio de Medio Ambiente*, 62: 28-29.
- AZPIAZU, M.; CRUZ, A. J.; VILLAGRASA, J. R.; ABANADES, J. C.; GARCÍA, N. y VALERO, A. (2002): «Factores asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años». *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6): 683-700.
- BALTES, P. B. y BALTES, M. M. (1990): «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation». En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.) (1990a): *Successful aging: perspectives from the behavioural perspective*. Erlbaum, Nueva York.
- BAUMAN, Z. (2005): *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa, Barcelona.
- BERLIN, J. A. y COLDIT, G. A. (1990): «A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease». *American Journal of Epidemiology*, 132: 612-628.
- BLAIR, S. N. (2008): Conferencia de presentación del Foro Ganasalud 2008. En línea [<http://www.foroganasalud.es/upload/documentos/Conferencia>].

- BLAIR, S. N.; KAMPER, J. B.; KOHL, H. W.; BARLOW, C. E.; MACERA, C. A.; PAFFENBARGER, R. S. y GIBBONS, L. W. (1996): «Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women». *Journal of the American Medical Association*, 276: 205-210.
- BLAIR, S. N.; KOHL, H. W.; GORDON, N. y PAFFENBARGER, J. R. (2006): «¿Cuánta actividad física es buena para la salud?». *Annu. Rev. Publ. Health*, 13: 99-126.
- BLANCHARD, K. y CHESKA, A. (1986): *Antropología del deporte*. Bellaterra, Barcelona.
- BOURDIEU, P. (1997): *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama, Barcelona.
- (1998): *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus, Barcelona.
- CAGIGAL, J. M.^a (1981): *¡Oh Deporte! Anatomía de un gigante*. Miñón, Valladolid.
- CARSTENSEN, L. L.; MAYR, U.; PASUPATHI, M. y NESSELROADE, J. R. (2000): «Emotional experience in everyday life across the adult life span». *Journal of Personality and Social Psychology*, 79: 644-655.
- CATHELAT, B. (1985): *Styles de vie*. Les Éditions d'Organisation, París.
- CHOGAHARA, M.; COUSINS, S. y WANKEL, L. (1998): «Social Influences on Physical Activity in Older Adults: a review». *Journal of Aging and Physical Activity*, 6: 1-17.
- CHOGAHARA, M. y YAMAGUCHI, Y. (1998): «Resocialization and continuity of involvement in physical activity among elderly Japanese». *International review for the sociology of sport*, 33(3): 277-289.
- COLLINS, M. F. (2003): «Social exclusion from sport and leisure». En B. Houlihan (ed.), *Sports&Society* (67-88). Sage, Londres.
- CONSEJERÍA DE SALUD (2000): *Plan de calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- CONSEJO DE EUROPA (2004): *The citizens of the European Union and sport*. Special Eurobarometer 213, Wave 62.0.
- DE BOFARULL, I. (2003): «Padres y adolescentes ante el ocio digital». *Comunicación y Pedagogía: Nuevas tecnologías y recursos didácticos*, 186: 64-69.
- DIENER, E. y DIENER, C. (1996): «Most people are happy». *Psychological Science*, 7: 181-185.
- DONNELLY, P. (2003): «Sport and social theory». En B. Houlihan (ed.): *Sports&Society* (11-27). Sage, Londres.

- DUNNING, E. (2003): *El fenómeno deportivo: Estudios sociológicos en torno al deporte, la violencia y la civilización*. Paidotribo, Barcelona.
- ENTRALA, A.; IGLESIAS, C.; VEIGAS, P. y DE JESÚS, F. (2003): «Dieta y ejercicio físico: Binomio saludable». *Rev. Biociencias*, Vol. I: 3-8.
- ESTEVE, M. y ROCA, J. (1997): «Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta». *Medicina Clínica*, 108: 458-459.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): «Quality of life: concept and assessment». En J. Adair, D. Belanger y K. Dion: *Advances in Psychological Science. Vol. I: Social, Personal and Cultural Aspects*. Psychological Press, Montreal.
- (2008): *Active aging. Contribution from psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- (en prensa): «Quality of life. Conceptual misconception and methodological reductionism». *European J. Ageing*.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; KRUSE, A.; ZAMARRÓN, M. D. y CAPRARA, M. G. (2007): «Quality of life, Life satisfaction, and Positive Aging» (2007). En R. Fernández-Ballesteros (ed.): *GeroPsychology. European Perspective for an Aging World*. (197-223). Gottingen: Hogrefe & Huber.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D. y MACIÁ, A. (1997): *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos* (Quality of Life among the elderly in different contexts). IMSERSO, Madrid.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D.; RUDINGER, G.; SCHROOTS, J. J. F.; HEKKINEN, E.; DRUSINI, A.; PAUL, C.; CHARZEWSKA, J. y ROSENMYER, L. (2004): «Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP)». *Gerontology*, 50: 330-347.
- FERNÁNDEZ ESQUINAS, M.; ESCRIBÁ, M.^a A. y ROBLES, S. (2003): *La situación social de los jóvenes en Andalucía*. Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de la Juventud, Sevilla.
- FERRARO, K. F. y FARMER, M. M. (1999): «Utility of health data from social surveys: Is there a gold Standard for measuring morbidity?». *American Sociological Review*, 64: 303-315.
- GALLEGO, D. J. (2002): «Globalización, TIC y ocio digital». En M. V. Aguiar, J. I. Farray y J. Brito (coords.): *Cultura y educación en la Sociedad de la Información* (39-46). Netbiblo, A Coruña.
- GARCÍA FERRANDO, M. (1986): *Hábitos deportivos de los españoles*. Ministerio de Cultura, Consejo Superior de Deportes, Madrid.
- (1991): *Los españoles y el deporte (1980-1990)*. Ministerio de Cultura, Consejo Superior de Deportes, Madrid.

- GARCÍA FERRANDO, M. (1993): *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud, Madrid.
- (1997): *Los españoles y el deporte, 1980-1995*. Consejo Superior de Deportes y Tirant lo Blanch, Valencia.
- (2001): *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo xx*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, Madrid.
- (2006): *Posmodernidad y deporte: Entre la individualización y la masificación*. Consejo Superior de Deportes y Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- GARCÍA FERRANDO, M.; LAGARDERA, F. y PUIG, N. (1998): «Cultura deportiva y socialización». En M. García Ferrando, N. Puig y F. Lagardera (comps.): *Sociología del Deporte* (69-98). Alianza Editorial, Madrid.
- GENERELO, E. (1998): «Educación Física y Calidad de Vida». En Martínez del Castillo, J. (comps.): *Deporte y Calidad de Vida* (309-331). Esteban Sanz, Madrid.
- GONZALO, E. y PASARÍN, M. I. (2004): «La salud de las personas mayores». *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 1).
- GRAUPERA, J. L.; MARTÍNEZ DEL CASTILLO, J. y MARTÍN, B. (2003): «Factores motivacionales, actitudes y hábitos de práctica de actividad física en las mujeres mayores». En Serie ICD de *Investigación en Ciencias del Deporte*, 35: 181-222.
- IDLER, E. L. y BENYAMINI, Y. (1997): «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies». *J. Health Soc. Behav.*, 38: 21-37.
- IMSERO (2000): *Las personas mayores en España*. Informe. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IOE (2007): *Barómetro Social de España. Análisis del periodo 1994-2006*. Traficantes de Sueños, Madrid.
- LAGARDERA OTERO, F. (1992): «Deporte y calidad de vida. La sociedad deportivizada». En C. García López (coord.): *Actas del 8º Congreso Científico Olímpico 1992* (412-423). Junta de Andalucía, Instituto Andaluz del Deporte, Benalmádena, Málaga.
- LAWTON, M. P. (1985): «Competence, environmental press, and the adaptation of older people». En M. P. Lawton, P. G. Windley y T. O. Byerts (eds.): *Aging and the environment*. Springer Pub. Co., Nueva York.
- LEHR, U. (1999): «El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad». *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 34(6): 314-318.

- LEVINSON, D. (1978): *The seasons of man's life*. Alfred A. Knopp, Nueva York.
- MARTÍNEZ DEL CASTILLO, J.; JIMÉNEZ-BEATTY, J. E.; GRAUPERA, J. L. y RODRÍGUEZ, M.^a L. (2006): «Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez». *Revista Internacional de Sociología*, 44: 39-62.
- MARTÍNEZ DEL CASTILLO, J.; VÁZQUEZ, B.; GRAUPERA, J. L.; JIMÉNEZ-BEATTY, J. E.; ALFARO, É.; HERNÁNDEZ, M. y AVELINO, D. (2005): *Estudio sobre la actividad física y deportiva de las mujeres del municipio de Madrid: hábitos, demandas y barreras*. Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía, Madrid.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M. R. y BATISTA, J. M. (1994): *Conductas escolares de los españoles relacionadas con la salud*. CSIC, Madrid.
- MOOS, R. H. y LEMKE, S. (1996): *Evaluation residential facilities*. SAGE, Bradbury.
- MOSCO, D. (2005): «La construcción social y cultural del deporte». *Apunts: Educación Física y Deportes*, 79: 5-12.
- (2006): «La sociología del deporte en España. Estado de la cuestión», *Revista Internacional de Sociología*, 44: 177-204.
- (2008): «The social construction of gender identity amongst mountaineers». *European Journal for Sport and Society*, 2(5), pp. 183-190.
- MOSCO, D. y ALONSO, V. (2005): «Globalización y Deporte». *Cultura, Ciencia y Deporte. Revista de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3: 125-130.
- MOSQUERA, M.^a J. y PUIG, N. (2002): «Género y edad en el deporte». En M. García Ferrando, F. Lagardera y N. Puig (comps.): *Sociología del Deporte* (99-132). Alianza Editorial, Madrid.
- PATRIKSSON, G. (1996): «Síntesis de las investigaciones actuales: segunda parte». En VV.AA.: *La función del deporte en la sociedad: salud, socialización y economía*, (123-149). Consejo de Europa y Consejo Superior de Deportes, Madrid.
- PAVÓN, A.; SICILIA, A.; MORENO, J. A. y GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. (2004): «Motivos de práctica físico-deportiva, según la edad y el género en una muestra de universitarios». *Apunts: Educación Física y Deportes*, 76, 13-21.
- PUIG, N. y SOLER, S. (2004): «Mujer y deporte en España: estado de la cuestión y propuesta interpretativa». *Apunts: Educación Física y Deportes*. 76: 71-78.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007): *Informe sobre la salud en el mundo 2007*. En línea [http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf].
- RAE (2001): *Diccionario de la lengua española*. Real Academia Española, Espasa Calpe, Madrid.

- RAJMIL, L.; ESTRADA, M. D.; HERMAND, M.; SERRA-SUTTON, V. y ALONSO, J. (2001): «Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España». *Gaceta Sanitaria*, 15 (supl. 4): 34-33.
- RHODES, R. E.; MARTIN, A. D.; TAUNTON, J. E.; RHODES, E. C.; DONNELLY, M. y ELLIOT, J. (1999): «Factors associated with exercise adherence among older adults: an individual perspective». *Sports medicine*, 28(6): 397-411.
- ROHLFS, I. y ARTAZCOZ, L. (2000): «Diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres». *Rev. Lan. Osasuna Salud Laboral y Estrés* (Monográfico sobre estrés).
- ROHLFS, I.; DE ANDRÉS, J.; ARTAZCOZ, L.; RIBALTA, M. y BORRELL, C. (1997): «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de mujeres». *Revista Medicina Clínica*, 108.
- ROJO, N. y GARCÍA, R. (2000): «Sociología y salud. Reflexiones para la acción». *Revista Cubana Salud Pública*, 24 (2): 91-100.
- ROYSAMB, E.; HARRIS, J. R.; MAGNUS, P.; VITTERSO, J. y TAMBS, K. (2002): «Sex-specific effects of genetic and environmental factors». *Personality and Individual Differences*, 32, 211-223.
- RUIZ, M.; ROMÁN, M.; MARTÍN, G.; ALFÉREZ, M. J. y PRIETO, D. (2003): «Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica». *Revista Sociedad Española Enfermedades Nefrológicas*, 6 (4): 222-232.
- SCHWARTZMANN, L. (2003): «Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales». *Ciencia Enfermería*, 9 (2).
- SEGG (2005): «Special Issue in Quality of Life». *Revista Española de Geriatria y Georontología*, 39: 18-22.
- SUE, R. (1982): *El ocio*. Fondo de Cultura Económica, México.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996): *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, GA.
- VUOLLE, P. (1985): «Social motives as determinants of physical recreation at various life stages». En AIESEP Congress, *An international dialogue on research on physical education and sport*. Adelphi University, Nueva York.

Índice de gráficos y tablas

Gráficos

1.1	Con respecto al interés por el deporte y su nivel de práctica, ¿con qué frase se identifica Ud. más?	30
1.2	Practicantes de deporte, según práctica o no de los padres	39
1.3	Sea cual sea su actividad principal, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?	47
1.4	Clasificación de la población española en el <i>Índice del Estilo de Vida</i> (IEV)	52
1.5	Análisis segmentado de los estilos de vida de la población española	55
2.1	Media de salud percibida según grupo de edad, con intervalos de confianza (95%)	67
2.2	Salud percibida relacional según grupos de edad	68
2.3	Recomendación de actividad física por su médico o terapeuta y dolores o molestias en alguna parte del cuerpo, según edad del entrevistado	73
2.4	Media de salud percibida según práctica deportiva de la población adulta con intervalos de confianza (95%)	81
2.5	Media de salud percibida según estilo de vida en la población mayor	82
3.1	Media de los indicadores bienestar, calidad de vida y satisfacción (muestra total)	92
3.2	Representación del bienestar en función de la actividad deportiva desarrollada a) y grupos de edad b)	95
3.3	Medias de bienestar según práctica deportiva realizada, con intervalos de confianza (95%)	99
3.4	Medias de bienestar y edad, con intervalos de confianza (95%)	100

3.5	Medias de bienestar y práctica deportiva en jóvenes, con intervalos de confianza (95%)	101
3.6	Medias de bienestar y práctica deportiva en adultos, con intervalos de confianza (95%)	102
3.7	Medias de bienestar y actividad física en mayores de 65 años, con intervalos de confianza (95%)	103
5.1	Ciclos de la inactividad, de acuerdo con uno de los entrevistados	160
5.2	El ciclo de la actividad: la inclusión de la dimensión social	164

Tablas

1.1	Actividades de ocio realizadas por la población española	26
1.2	Actividades de ocio realizadas por la población española, según tipo de actividad	27
1.3	Tipo de actividades de ocio realizadas por la población española, según sexo, edad e ingresos	29
1.4	Motivos de práctica deportiva y motivos de no práctica	32
1.5	Motivos de práctica deportiva, según grupos de edad y sexo	34
1.6	Motivos de no práctica deportiva, según grupos de edad y sexo	35
1.7	Practicantes de deporte, según práctica o no en el pasado	40
1.8	Estereotipos sobre el deporte	41
1.9	Practicantes de deporte, según nivel de estudios terminados	43
1.10	Practicantes de deporte, según ocupación u otra situación laboral	44
1.11	Practicantes de deporte, según nivel de ingresos	45
1.12	Tipo de actividad física que se realiza en el trabajo	48
1.13	Variables empíricas de la dimensión activo/a	50
1.14	Variables empíricas de la dimensión sedentario/a	51
1.15	Coeficientes de ponderación del <i>Índice del Estilo de Vida</i>	51
1.16	Frecuencias del <i>Índice del Estilo de Vida</i>	52
1.17	Grupos resultantes de la segmentación del <i>Índice del Estilo de Vida</i>	56
2.1	Respuestas obtenidas para los ítems sobre salud percibida	66
2.2	Medias de salud percibida según actividad física y grupos de edad	74
2.3	Análisis de regresión. Variable dependiente: salud percibida. Variables independientes: estilo de vida	77

2.4	Análisis de regresión. Variable dependiente: salud percibida. Variables independientes: estilo de vida y variables sociodemográficas	78
3.1	Media y DT de variables de bienestar, calidad de vida y satisfacción por grupos de edad	91
3.2	Medias de bienestar en función de la actividad física desarrollada	94
3.3	Análisis de regresión. Variable dependiente: bienestar. Variables independientes: estilo de vida	97
3.4	Análisis de regresión. Variable dependiente: bienestar. Variables independientes: estilo de vida y variables sociodemográficas	98
A.	Muestra obtenida por grupos de edad y sexo y tipo de administración	226
B.	Diseño muestral de la fase cualitativa de la investigación	229

Apéndice metodológico

Para la consecución de los objetivos del estudio se ha llevado a cabo un protocolo de investigación que combina técnicas cualitativas y cuantitativas de recogida y análisis de datos. Ambas fases se desarrollaron de forma sucesiva, comenzando en octubre de 2007 con el trabajo de campo cuantitativo y finalizando en septiembre de 2008 con el análisis de los resultados obtenidos en ambas fases.

La fase cuantitativa del estudio ha consistido en la realización de una encuesta dirigida a la población residente en España con edades comprendidas entre 16 y 79 años. En la fase cualitativa se han realizado cinco grupos de discusión seleccionados en función de características personales, como la edad, el sexo o el estado de salud, y de características socioeconómicas, como el nivel de ingresos, la situación familiar, el nivel de estudios y la ocupación. El trabajo cualitativo se complementó con siete entrevistas en profundidad realizadas entre expertos en el tema de esta investigación.

A continuación se detallan las características metodológicas de cada una de estas fases.

Fase cuantitativa

Los criterios fundamentales que han guiado la toma de decisiones, tanto en lo que se refiere a la elección de la técnica de recogida de datos como al diseño definitivo, han sido su adecuación al objetivo principal de la investigación, así como la necesidad de ofrecer resultados específicos de los segmentos de jóvenes y mayores.

La técnica de recogida de datos elegida fue la entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI). Tanto el tema objeto de la investigación como los ob-

jetivos definidos permitían el diseño de un cuestionario breve y con un grado de estructuración elevado. Así mismo, el estudio no requería mostrar documentación o material durante el desarrollo de la entrevista. Por otro lado, esta técnica permitía optimizar los costes de la encuesta y agilizar los plazos de realización del trabajo de campo y el tratamiento de los resultados.

El principal argumento en contra de la elección de esta técnica está relacionado con los problemas de cobertura de la telefonía fija, como consecuencia de su sustitución por el teléfono móvil entre una parte importante de los hogares españoles o entre poblaciones específicas, como los jóvenes.

Sólo de manera muy reciente se han comenzado a realizar encuestas en teléfonos móviles en España. Sin embargo, su uso es cada vez más importante para garantizar una buena representatividad de las muestras obtenidas a través de la encuesta telefónica, aunque plantea algunas dificultades de aplicación. Entre ellas se encuentra que una parte de la población, y particularmente las personas mayores, puede carecer de teléfono móvil, y que no existen listados de este tipo de teléfonos que sirvan de marco muestral.

Con el fin de que la encuesta ofreciera un nivel adecuado de representatividad, se adoptó la decisión de incorporar las líneas tanto fijas como móviles en el marco muestral. Para ello, el total de las entrevistas se distribuyó en dos submuestras: una para realizar la encuesta a través de líneas de teléfono fijo, y y otra a través de móviles. Para determinar el número de entrevistas asignadas a cada forma de administración se hizo un análisis previo de la posesión de teléfonos de la población española por los estratos que se utilizarían en la configuración de la muestra (grupos de edad y sexo), según datos del INE.

La decisión de incorporar los móviles al marco muestral de la encuesta supuso un reto tecnológico y metodológico, si bien ha redundado en una mejora cualitativa en la representatividad de la muestra y, por tanto, en la disminución del error muestral asociado a la misma. Esta decisión explica también buena parte de las especificidades de la ficha técnica de la encuesta realizada, cuyas características principales resumimos a continuación.

Ámbito: nacional.

Universo: el universo teórico del estudio lo forma la población residente en España de 16 a 79 años. El universo práctico se corresponde con aquella población que dispone de teléfono fijo o móvil.

Procedimiento de encuestación: entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI) mediante cuestionario estructurado. Se han realizado entrevistas tanto en teléfonos fijos como en móviles. Las entrevistas han sido realizadas por entrevistadores cualificados con instrucción específica en este estudio. El cuestionario tenía una duración media aproximada de doce minutos.

Diseño muestral: el objetivo de la muestra es obtener una buena representatividad de la población española de entre 16 y 79 años. Además, se precisa tener información particular de los jóvenes (personas de entre 16 y 34 años) y de los mayores (personas de entre 65 y 79 años). Adicionalmente, en el grupo de jóvenes se quiere tener una representatividad mínima en dos subgrupos: de 16 a 24 años y de 25 a 34 años. Para ello, como se ha mencionado, se han realizado entrevistas vía teléfonos fijos y móviles. La distribución de las entrevistas, en función del modo de aplicación (fijo o móvil), se hizo teniendo en cuenta los datos de la *Encuesta sobre Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares* del INE, y corresponden al segundo semestre de 2006.

Con estos datos se ha estimado el reparto óptimo de encuestas para cada grupo de edad y sexo por tipo de administración, para que la varianza de la estimación sea mínima. Una vez iniciado el trabajo de campo, se verificó la dificultad de realizar las entrevistas previstas a personas mayores a través del teléfono móvil. Ello se puede deber a que, aunque dispongan de él, por lo que dice la encuesta del INE, no lo utilicen realmente. Por este motivo se decidió realizar una parte de estas entrevistas a través del teléfono fijo, con el que la facilidad de contacto de este segmento había mostrado ser notablemente mayor. Por tanto, la distribución final de la muestra es la que aparece en la tabla A.

Tras obtener la matriz de datos, es preciso ajustar las distintas probabilidades que tiene cada individuo de haber entrado en la muestra, con lo cual, mientras que quienes sólo disponen de teléfono fijo o móvil tendrán una probabilidad dependiente del número de entrevistas que se hayan realizado en su tramo de edad a fijos o a móviles, entre quienes poseen ambas tecnologías la probabilidad de entrar en la muestra será mayor, ya que podrían haber sido elegidos tanto por su teléfono fijo como por su teléfono móvil. Por este motivo, hay que ajustar las proporciones obtenidas de posesión de teléfonos para que se correspondan con las reales. Además del ajuste realizado para corregir la probabilidad de selección de los segmentos en función del modo de administración

TABLA A

Muestra obtenida por grupos de edad y sexo y tipo de administración

SEXO	EDAD	FIJO	MÓVIL	TOTAL
Varones	16-24	41	164	205
	25-34	46	161	207
	35-64	76	127	203
	65-79	337	24	361
Mujeres	16-24	37	162	199
	25-34	36	157	193
	35-64	85	123	208
	65-79	420	22	442
Total		1.078	940	2.018

Fuente: IESA Estudio E0727.

de la encuesta, se han corregido los resultados en función de la variable nivel de estudios. Uno de los principales efectos de la encuestación mediante entrevista telefónica es que tiende a sobrerrepresentar a la población con mayor nivel educativo. Si bien la incorporación de los móviles en la muestra corrige en parte esta desviación, sigue siendo necesaria la postestratificación, con el objeto de restituir la proporcionalidad a la variable nivel de estudios. Los datos utilizados para ello son los del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001.

La realización de las encuestas telefónicas asistidas por ordenador (CATI) se llevó a cabo en el tiempo indicado con la participación de dos grupos de 18 encuestadores cada uno (18 en jornada de mañana y 18 en jornada de tarde). Para la obtención de las 2.018 entrevistas telefónicas exitosas se realizaron un total de 26.196 llamadas (17.208 a teléfonos fijos y 8.988 a teléfonos móviles). En otras palabras, se produjo un 92% de llamadas con incidencias y un 8% de llamadas exitosas. Las llamadas realizadas a teléfonos móviles fueron mucho más exitosas que las realizadas a teléfonos fijos (10,45% y 6,26%, respectivamente).

Error muestral: el nivel de error máximo admisible se ha fijado en el $\pm 3\%$ para la muestra general, y en el $\pm 3,5\%$ para jóvenes y mayores. Dentro del grupo de jóvenes, el nivel de error de cada uno de los subgrupos es del $\pm 5\%$.

Tamaño muestral: se han realizado 2.018 entrevistas.

Trabajo de campo y tratamiento estadístico de los resultados: ha sido realizado por la Sección de Encuestas Telefónicas y la Sección de Estadística del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). El trabajo de campo se llevó a cabo entre los días 30 de octubre y 20 de noviembre de 2007.

Fase cualitativa

Aparte del uso de técnicas cuantitativas de investigación social, en el estudio se han empleado también técnicas cualitativas: **grupos de discusión** y entrevistas individuales en profundidad. El objetivo fundamental de esta fase ha consistido en explorar los valores, las percepciones, las actitudes, el comportamiento de la población general ante el objeto de investigación, la posición que ocupan estos conceptos en la jerarquía de valores de los ciudadanos y las diferencias que se pueden encontrar con respecto a la posición que le asignan los expertos entrevistados en base al conocimiento científico y a la evidencia profesional. Así mismo, se han tratado de explorar las diferencias entre las percepciones de los expertos y de la población general, lo cual no dejará de tener gran importancia a la hora de desarrollar una política pública de promoción del deporte.

En la planificación de la parte cualitativa de la investigación han participado los coordinadores del estudio, estableciendo las directrices sobre los objetivos que estudiar y las limitaciones de tiempo y recursos. El trabajo de campo ha sido realizado por un único investigador, y en la redacción final de los capítulos que conforman esta parte han participado otros dos investigadores.

Mientras que el objetivo de los grupos de discusión se centró en la exploración de las opiniones y percepciones entre la población general, las entrevistas en profundidad se han ocupado de conocer las opiniones y valoraciones entre los expertos.

La dinámica de los grupos de discusión se planteó con un criterio muy abierto. En su intervención, el moderador ha tratado de dirigir los discursos desde lo más general a lo más concreto. La duración de las sesiones ha sido de entre 70 y 100 minutos. En todo momento se han ido tomando notas de las aportaciones de los participantes, y también se ha realizado una grabación de voz de todas ellas.

Con este objetivo se encargó la contratación y organización de cinco grupos de discusión, dos con jóvenes de entre 18 y 32 años y dos entre mayores de 60 años, además de otro con padres y madres con hijos menores escolarizados con entre 10 y 15 años, para debatir sobre el tema del estudio con el siguiente diseño: «ciudadanos y ciudadanas españoles/as residentes en las localidades españolas de referencia, que cumplan las especificaciones señaladas para cada grupo concreto» (tabla B).

Este diseño muestral en el estudio cualitativo tiene un carácter intencional, dado que busca seleccionar aquellos grupos de personas situadas en posiciones estratégicas dentro del sistema de relaciones vinculadas al objeto de estudio. Y es que lo que se busca no es la representatividad extensiva, sino la intensiva, la de recoger la información de la mayor parte de las perspectivas de la estructura social implicada. Por tanto, no ha de tener una representatividad extrapolable al conjunto de la población, sino al campo de estudio.

Para la correcta interpretación de la información de la tabla precedente clarificamos algunas cuestiones:

Participantes y sexo: los grupos estuvieron formados por entre siete y ocho personas, compuestos por hombres y mujeres en cuatro casos, y uno exclusivo de mujeres en un caso. Esta excepción se justifica por el hecho de que en los hábitat rurales hay una mayor diferenciación de roles de género entre las personas mayores, que se refleja también en las funciones asumidas dentro del núcleo familiar. En consecuencia, no tener presente esta diferenciación hubiera supuesto un gran sesgo en un grupo mixto de esas características, ante la discusión sobre un tema que mantiene una alta relación con las obligaciones familiares de las personas.

Salud: los requerimientos de este tipo trataban de asegurar que el grupo lo integraran personas con plenas facultades mentales y físicas para llevar una vida autónoma, aunque pudieran tener alguna limitación de salud. Por tanto, no se admitirían participantes con limitaciones de movilidad personal, o que tuviesen limitaciones sensoriales o mentales, por considerar que esta problemática podría añadir mayores dificultades para la comprensión del objeto específico de la investigación.

Pertenencia: este requerimiento fue exclusivo para el grupo 5, compuesto por padres de alumnos de centros educativos públicos que pertenecieran a las aso-

TABLA B

Diseño muestral de la fase cualitativa de la investigación

GRUPOS	CARACTERÍSTICAS PERSONALES	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
GRUPO 1: 60-75 años (8 personas)	Sexo: mixto (mitad hombres y mitad mujeres). Salud: sanos o enfermedad crónica no invalidante ni física ni mentalmente.	Estatus social: medio-alto (ingresos del hogar entre 1.200-3.000 euros/mes). Situación familiar: personas casadas sin cargas familiares (ni de hijos, ni ascendientes ni otros dependientes).
Localidad: Barcelona		
GRUPO 2: 60-75 años (8 personas)	Sexo: mujeres. Salud: sanas o enfermedad crónica no invalidante ni física ni mentalmente.	Estatus social: medio-bajo (ingresos del hogar entre 400-1.200 euros/mes). Situación familiar: personas viudas o casadas con cargas familiares (nietos menores de 12 años, ascendientes, otros discapacitados familiares).
Localidad: Antequera (Málaga)		
GRUPO 3: 18-22 años (8 personas)	Sexo: mixto (mitad hombres y mitad mujeres). Salud: sanos o enfermedad crónica no invalidante ni física ni mentalmente.	Estatus educativo: bajo-medio (de certificado ciclo medio de FP y/o bachiller). Estatus ocupacional: no estudiantes. Parados u ocupados. Situación familiar: Solteros sin hijos ni convivencia en pareja.
Localidad: Puente Genil (Córdoba)		
GRUPO 4: 24-32 años (8 personas)	Sexo: mixto (mitad hombres y mitad mujeres). Salud: sanos o enfermedad crónica no invalidante ni física ni mentalmente.	Estatus educativo: medio-alto (de ciclo medio de FP y/o bachiller a universitarios: diplomados o licenciados pero no doctores). Estatus ocupacional: ocupados por cuenta ajena de media o alta cualificación. Situación familiar: solteros o conviviendo en pareja, con o sin hijos.
Localidad: Madrid		
GRUPO 5: 35-50 años (8 personas)	Sexo: mixto (mitad hombres y mitad mujeres). Pertenencia: miembros de asociaciones de madres y padres de alumnos de centros educativos públicos.	Estatus educativo: medio-alto (de ciclo medio de FP y/o bachiller a universitarios: diplomados o licenciados pero no doctores). Situación familiar: solteros o conviviendo en pareja, con hijos menores escolarizados de 10 a 15 años.
Localidad: Barcelona		

Fuente: IESA Estudio E0727.

ciaciones de padres y madres de alumnos de los centros en los que tienen escolarizados a sus hijos. Se excluyó también la posibilidad de que fueran padres o madres ocupados en el ámbito de la docencia en centros educativos públicos, y también se excluyó la posibilidad de que no pertenecieran a las AMPAS. La exclusión en virtud del primer criterio se justificó por la necesidad de evitar que, en la discusión de grupo, el discurso de los padres quedase dominado por el más formal y autorizado de los profesores que eventualmente pudieran asistir. La segunda se apoyó en el interés por evitar la presencia de padres totalmente desconectados de la socialización en el deporte de los centros escolares. Por último, se excluyó también la posibilidad de que los padres y madres asistentes estuvieran adscritos a un mismo centro educativo, para cumplir con uno de los requisitos técnicos del grupo de discusión, que es que los participantes no se conozcan entre sí, pues sólo así fluyen libre y expresamente los discursos sociales. En consecuencia, no se admitió a más de una persona con este perfil por cada centro educativo.

Estatus social: en los grupos 1 y 2, realizados con personas mayores, se ha tratado de diferenciar en cada grupo el estatus socioeconómico y sociocultural. Se piensa que el ingreso del hogar de la persona contactada es el mejor indicador de su estatus, razón por la cual se establecieron dos intervalos de ingresos: entre 400-1.200 euros/mes para el grupo 2, y entre 1.200-3.000 euros/mes para el grupo 1, computado como el total de renta mensual que ingresa el hogar de referencia. Con esta diferenciación se obtuvo, por un lado, el discurso de un estatus medio-bajo de hábitat rural y, por otro, un estatus medio-alto de hábitat urbano, que son muy relevantes sociológicamente porque abarcan un espectro muy amplio de población mayor.

Situación familiar: con esta condición se pretendía aportar homogeneidad al grupo y centrar la exploración en la situación familiar mayoritaria de la población de referencia. Se trata de diferenciar también la situación de los asistentes en relación con las cargas familiares, pues se considera que esa circunstancia es muy influyente en la elaboración de los discursos que dan sentido a sus prácticas deportivas, ya que limitan o facilitan considerablemente la disponibilidad para hacer deporte. Estas dos condiciones se consideraron en los grupos de mayores, 1 y 2, y así, por un lado, en el grupo 1 se obtuvo un conjunto de personas casadas sin cargas familiares y, por otro lado, en el grupo 2, un conjunto de mujeres viudas o casadas con fuertes cargas familiares. En los dos

grupos de jóvenes, 3 y 4, se consideró que los jóvenes de 18 a 22 años fueran solteros y sin cargas familiares, que es lo más frecuente en esa edad, incluso en hábitats rurales. En el grupo 3 se dejó que acudieran personas indistintamente de que vivieran en pareja o no, o que tuvieran cargas familiares o no, pues se está en un tramo de edad, de 24 a 30 años, en el que comienzan a constituirse ya las familias. Por último, para el grupo 5 se consideró como más relevante la tenencia de hijos escolarizados entre los 10 y 15 años, independientemente de la convivencia en pareja o no de los padres.

Estatus ocupacional y educativo: si bien entre los mayores su renta final marca de manera muy ajustada el estatus del grupo social de referencia del grupo, entre los jóvenes la renta puede estar sometida a más distorsiones para definir el estatus, pues las carreras laborales están todavía en ciernes y poco consolidadas. Por eso, para el grupo 3 se ha considerado que debía representar al sector social de jóvenes con poca cualificación laboral y formación académica que están ocupados ya o en proceso de búsqueda y, por tanto, que son un grupo bien diferenciado de los que todavía siguen estudiando. Se ha considerado como ocupaciones de referencia para este grupo las siguientes: aquellas personas con un nivel de estudios máximo de ciclo medio de FP o bachillerato, que desempeñen trabajos por cuenta ajena. Para el grupo 4 se ha considerado que representara a los jóvenes de alta cualificación, con un nivel de estudios medio-alto y ocupados por cuenta ajena. Es decir, quedarían así excluidos los estudiantes, rentistas, autónomos, empresarios, profesionales liberales, amas de casa, pensionistas, etc. En este caso no se considera pertinente que se incorporaran desempleados. Algunas ocupaciones de referencia sugeridas fueron: oficial de primera o jefes administrativos, funcionarios del grupo A, B o C, directivos de banca, seguros o entidades financieras, profesionales dependientes, profesionales técnicos dependientes, ejecutivos de empresa, etc.

En cuanto a las **entrevistas individuales**, se han realizado a un conjunto de profesionales relacionados con el deporte, para tener una perspectiva más completa sobre la situación del deporte y de su práctica en la población. De este modo, se ha entrevistado a un profesional fisioterapeuta, un gerente de asociación de promoción del deporte, un médico de deporte de competición, un profesional de la educación física e investigador del deporte, un médico deportivo de población general y un médico de centro de salud implicado en la promoción del deporte.

Los entrevistados que son profesores de Universidad, lo son cada uno de una Facultad de Actividad Física y Deporte, por lo que, junto con la docencia a los futuros profesionales del deporte, desarrollan una intensa actividad científica.

La estructura del guión que se les ha aplicado ha sido el siguiente:

1. Descripción general del rol del entrevistado y su organización en relación con el deporte, la salud o la calidad de vida.
2. La relación entre deporte, salud y calidad de vida, desde un punto de vista científico.
3. La realidad del deporte y la actividad física entre la población.
4. Recomendaciones para la promoción del deporte.

Puntos del guión en los grupos de discusión

A) Puntos de consideración en el debate:

- 1) Relación entre estilos de vida, práctica deportiva y/o actividad física y la percepción subjetiva del estado de salud y de la calidad de vida personal.
- 2) Percepción subjetiva de hacer deporte y/o actividad física. Hábitos deportivos y/o actividad física.
- 3) Percepción subjetiva de salud (física y psíquica) y calidad de vida personal.
- 4) Motivos y razones para hacer o no deporte y/o actividad física.
- 5) La socialización deportiva.

B) Puntos de consideración entre los grupos de jóvenes:

- 1) Percepción de las instalaciones deportivas: problemas y/o facilidades.
- 2) La competencia de otras actividades de ocio.
- 3) Cuánto de su bienestar y salud atribuyen al deporte y/o actividad física.

C) Puntos de consideración entre los grupos de mayores:

- 1) Qué obstáculos encuentran para hacer deporte y/o actividad física (barreras físicas, culturales y, en específico, estereotipos).

D) Puntos de consideración entre los grupos de padres y madres:

- 1) La promoción del deporte y/o actividad física (en los centros educativos, entre las administraciones públicas y entre la sociedad civil).

E) Frases:

- 1) La práctica deportiva ni mejora ni perjudica a la salud ni al bienestar personal.
- 2) Da igual lo que haga en el día, siempre saco tiempo para hacer deporte.
- 3) Por muchas ganas que tenga, nunca encuentro ocasión ni presupuesto para hacer deporte.
- 4) Si no hiciera deporte y/o actividad física me sentiría muy solo/a.
- 5) Hago deporte porque quiero ser como...
- 6) Nadie puede influir en que una persona haga o no haga deporte y/o actividad física.

Puntos del guión en las entrevistas individuales en profundidad

A) Presentación y descripción de los objetivos de la entrevista:

- 1) Establecer la relación entre los estilos de vida relacionados con el deporte y la actividad física de las personas, y la percepción subjetiva que tienen sobre su estado de salud y bienestar personal.
- 2) En las entrevistas se pretende contrastar la información obtenida a través de los grupos de discusión y precisar el estado del conocimiento científico sobre la relación entre el deporte, la salud y la calidad de vida.
- 3) Recoger información sobre la situación del deporte y la actividad física en el conjunto de la población y de las estrategias existentes para su difusión.

B) La relación entre deporte, salud y calidad de vida desde un punto de vista científico.

- 1) ¿Podría definir brevemente los conceptos de deporte, salud y calidad de vida?

- 2) En líneas generales, ¿cómo influyen el deporte y la actividad física en la salud y calidad de vida de las personas?
- 3) ¿Cómo influye el deporte en la salud física de las personas?
- 4) ¿Cómo influye el deporte en la salud psicológica de las personas?
- 5) ¿Cómo influye el deporte en las relaciones y habilidades sociales?
- 6) ¿Qué influencia diferenciada tiene el deporte en las personas jóvenes y mayores?

C) La realidad del deporte y la actividad física entre la población:

- 1) En general, ¿cómo considera usted que ha interiorizado la población las ventajas e inconvenientes del deporte y la actividad física?
- 2) ¿Con qué criterios cree que realizan las personas deporte o actividad física?
- 3) ¿Qué circunstancias concretas cree que son las que motivan a las personas para realizar deporte o actividad física?
- 4) ¿Qué obstáculos cree que son los que encuentran para ello?
- 5) ¿Cuáles son los beneficios que tienen los distintos grupos de edad (niños, jóvenes, adultos-jóvenes, adultos-maduros, mayores) como consecuencia de la práctica deportiva o de la actividad física?
- 6) ¿Cuáles son los perjuicios que tienen los distintos grupos de edad (niños, jóvenes, adultos-jóvenes, adultos-maduros, mayores) como consecuencia de la práctica deportiva o de la actividad física?

D) Recomendaciones para la promoción del deporte:

- 1) ¿Cómo valora usted la calidad y la cantidad de la práctica deportiva y de la actividad física de la población?
- 2) ¿Considera usted que se debe promocionar la práctica deportiva y la actividad física de la población, o no lo cree necesario?
- 3) Dígame qué instituciones sociales considera más importantes para promover la práctica del deporte y de la actividad física: las administraciones públicas (central, autonómica, local), el sistema educativo, el entramado

institucional deportivo, la familia, las asociaciones sociales en general, los grupos de amigos y de iguales, etc.

4) ¿Qué tipo de medidas deben tomarse por las entidades públicas y privadas para favorecer el deporte y la práctica deportiva?

5) ¿Qué recursos considera que se deben poner en marcha con ese fin?

Colección Estudios Sociales

Disponible en Internet: www.laCaixa.es/ObraSocial

Títulos publicados

- ANUARIO SOCIAL
- 1. LA INMIGRACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA
(*Agotado*)
Eliseo Aja, Francesc Carbonell, Colectivo Ioé (C. Pereda, W. Actis y M. A. de Prada), Jaume Funes e Ignasi Vila
- 2. LOS VALORES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA Y SU RELACIÓN CON LAS DROGAS
(*Agotado*)
Eusebio Megías (director), Domingo Comas, Javier Elzo, Ignacio Megías, José Navarro, Elena Rodríguez y Oriol Romaní
- 3. LAS POLÍTICAS FAMILIARES EN UNA PERSPECTIVA COMPARADA (*Agotado*)
Lluís Flaquer
- 4. LAS MUJERES JÓVENES EN ESPAÑA (*Agotado*)
Inés Alberdi, Pilar Escario y Natalia Matas
- 5. LA FAMILIA ESPAÑOLA ANTE LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS
(*Agotado*)
Víctor Pérez-Díaz, Juan Carlos Rodríguez y Leonardo Sánchez Ferrer
- 6. VEJEZ, DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (*Agotado*)
David Casado Marín y Guillem López i Casasnovas
- 7. LOS JÓVENES ANTE EL RETO EUROPEO
(*Agotado*)
Joaquim Prats Cuevas (director), Cristòfol-A. Trepal i Carbonell (coordinador), José Vicente Peña Calvo, Rafael Valls Montés y Ferran Urgell Plaza
- 8. ESPAÑA ANTE LA INMIGRACIÓN (*)
(*Agotado*)
Víctor Pérez-Díaz, Berta Álvarez-Miranda y Carmen González-Enríquez
- 9. LA POLÍTICA DE VIVIENDA EN UNA PERSPECTIVA EUROPEA COMPARADA
(*Agotado*)
Carme Trilla
- 10. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
(*Agotado*)
Inés Alberdi y Natalia Matas
- 11. INMIGRACIÓN, ESCUELA Y MERCADO DE TRABAJO (*)
Colectivo Ioé (Walter Actis, Carlos Pereda y Miguel A. de Prada)
- 12. LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN NUESTRAS CIUDADES
Benjamín García Sanz y Francisco Javier Garrido
- 13. FAMILIAS CANGURO
Pere Amorós, Jesús Palacios, Núria Fuentes, Esperanza León y Alicia Mesas
- 14. LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES
(*Agotado*)
Colectivo Ioé (Carlos Pereda, Miguel A. de Prada y Walter Actis)

(*) Versión inglesa disponible en Internet

15. LA INMIGRACIÓN MUSULMANA EN EUROPA
(*Agotado*)
Víctor Pérez-Díaz, Berta Álvarez-Miranda y Elisa Chuliá
16. POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL
(*Agotado*)
Joan Subirats (director), Clara Riba, Laura Giménez, Anna Obradors, Maria Giménez, Dídac Queralt, Patricio Bottos y Ana Rapoport
17. LA REGULACIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN EUROPA
Eliseo Aja, Laura Díez (coordinadores), Kay Hailbronner, Philippe de Bruycker, François Julien-Laferrière, Paolo Bonetti, Satvinder S. Juss, Giorgio Malinverni, Pablo Santolaya y Andreu Olesti
18. LOS SISTEMAS EDUCATIVOS EUROPEOS ¿CRISIS O TRANSFORMACIÓN?
Joaquim Prats y Francesc Raventós (directores), Edgar Gasòliba (coordinador), Robert Cowen, Bert P. M. Creemers, Pierre-Louis Gauthier, Bart Maes, Barbara Schulte y Roger Standaert
19. PADRES E HIJOS EN LA ESPAÑA ACTUAL
Gerardo Meil Landwerlin
20. MONOPARENTALIDAD E INFANCIA
Lluís Flaquer, Elisabet Almeda y Lara Navarro
21. EL EMPRESARIADO INMIGRANTE EN ESPAÑA
Carlota Solé, Sònia Parella y Leonardo Cavalcanti
22. ADOLESCENTES ANTE EL ALCOHOL. LA MIRADA DE PADRES Y MADRES
Eusebio Megías Valenzuela (director), Juan Carlos Ballesteros Guerra, Fernando Conde Gutiérrez del Álamo, Javier Elzo Imaz, Teresa Laespada Martínez, Ignacio Megías Quirós y Elena Rodríguez San Julián
23. PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES (*)
Mariano Sánchez (director), Donna M. Butts, Alan Hatton-Yeo, Nancy A. Henkin, Shannon E. Jarrott, Matthew S. Kaplan, Antonio Martínez, Sally Newman, Sacramento Pinazo, Juan Sáez y Aaron P. C. Weintraub
24. ALIMENTACIÓN, CONSUMO Y SALUD (*)
Cecilia Díaz Méndez y Cristóbal Gómez Benito (coordinadores), Javier Aranceta Bartrina, Jesús Contreras Hernández, María González Álvarez, Mabel Gracia Arnaiz, Paloma Herrera Racionero, Alicia de León Arce, Emilio Luque y María Ángeles Menéndez Patterson
25. LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN ESPAÑA. HACIA LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO (*)
Oriol Homs
26. DEPORTE, SALUD Y CALIDAD DE VIDA (*)
David Moscoso Sánchez y Eduardo Moyano Estrada (coordinadores), Lourdes Biedma Velázquez, Rocio Fernández-Ballesteros García, María Martín Rodríguez, Carlos Ramos González, Luís Rodríguez-Morcillo Baena y Rafael Serrano del Rosal

Diseño, maquetación
e impresión: www.cege.es
Ciutat d'Asunción, 42
08030 Barcelona
D.L.: B. 50685-2008
ISBN: 978-84-691-7290-2

El presente estudio parte de una aparente contradicción: si bien los beneficios de la práctica deportiva para la salud y la calidad de vida son ampliamente reconocidos, dicha práctica no forma parte de los hábitos cotidianos de la mayoría de la población.

Los trabajos de tipo sedentario, la falta de tiempo libre y las actividades de ocio pasivo explican esta discrepancia entre la importancia atribuida al deporte y a su falta de práctica.

El estudio pretende profundizar en estas cuestiones. Sus objetivos son conocer hasta qué punto los estilos de vida sedentarios son frecuentes entre la población, cuáles son los beneficios que las personas perciben en el deporte y cuáles son los principales obstáculos para su ejercicio. Se examina también en qué medida la actividad física y el deporte contribuyen a que las personas sientan que su salud y bienestar son mejores.

El libro se plantea desde una perspectiva social, que amplía el tradicional enfoque biológico o médico de estos temas. Incluye, así, dimensiones que se refieren al estado de ánimo o al enriquecimiento de las redes sociales. Para ello, profundiza en las creencias que impulsan o retraen la práctica del deporte.

Con este estudio, la Obra Social "la Caixa" pretende estimular la reflexión sobre el valor de la actividad física y del deporte para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, así como aportar las claves que ayuden a diseñar mejores programas y medidas para el fomento de estilos de vida más activos.

