

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL,
PLÁSTICA Y CORPORAL**



TESIS DOCTORAL

**LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA Y SU
RELACIÓN CON COMPONENTES FUNDAMENTALES DEL
ESTILO DE VIDA EN ESCOLARES DE LA PROVINCIA DE
CIEGO DE ÁVILA, CUBA**

AUTOR:

LIC. SERGIO DULE RODRÍGUEZ.

DIRECTORES

**Dr. Daniel Linares Gírela.
Dr. Luís Ruiz Rodríguez.
Dr. Juan Torres Guerrero.**

2006

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL,
PLÁSTICA Y CORPORAL**

TESIS DOCTORAL

**LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA Y SU RELACIÓN CON
COMPONENTES FUNDAMENTALES DEL ESTILO DE VIDA EN
ESCOLARES DE LA PROVINCIA DE CIEGO DE ÁVILA, CUBA**

Esta memoria de tesis doctoral presentada por D. Sergio Dule Rodríguez, ha sido realizada bajo nuestra dirección y reúne las condiciones para su lectura y defensa, para optar por el grado de Doctor.

Para que surta los efectos oportunos, firmamos la presente autorización en Granada a 4 de mayo de 2006.

Dr. Daniel Linares Gírela.

Dr. Luís Ruiz Rodríguez.

Dr. Juan Torres Guerrero.

A mis padres; por deberle la existencia y ser mis principales maestros.

A Maryser, por ser lo más tierno que tengo y el motor que impulsa mi vida.

A Marelys, por la paciencia y el amor que ha tenido para conmigo a pesar del tiempo que le he quitado para terminar este trabajo.

A mi hermana Sonia

A mi abuela Mercedes.

A mi familia.

A mis amigos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero iniciar agradeciéndole a la vida por darme a Adelfa la madre tan buena e insistente que tengo, la que siempre me ha apoyado en mis estudios desde que era un enano.

Agradecerles a dos personas especiales que han soportado a mi lado momentos de gran tensión y de desatenciones por seguir adelante con mi trabajo, mil gracias a Maryser, mi hija, por darme la fuerza necesaria y a Marelys, mi esposa por ser un excelente soporte a mis aspiraciones.

A mi hermana Sonia y a mi padre Barón.

Agradecer a todas aquellas personas que de una forma u otra han estado presentes en mi vida y siempre que lo he necesitado han acudido a mis reclamos, aquellas que me han enseñado que lo mejor y más importante es ser buen amigo, ser tolerante y condescendiente con los demás. Sin ellos jamás hubiera completado este hermoso ciclo.

Me gustaría agradecer también a todas las personas que a lo largo del camino han intervenido en mi proceso de formación.

Gracias a todas las instituciones y centros escolares seleccionados, a sus profesores de educación física, a los directores, a los alumnos y alumnas por su colaboración desinteresada que han hecho posible la realización de este trabajo, especialmente a la Universidad de Ciego de Ávila y la Universidad de Granada.

Sería injusto no agradecerles a los profesores del Departamento de Educación Física de la UNICA, por estar siempre atentos a mi desarrollo como profesional y por supuesto, a la culminación de nuestra investigación.

Un eterno agradecimiento a los profesores del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal de la Universidad de Granada, por brindarme sus conocimientos y ampliar las perspectivas de mi actividad dentro del contexto en que vivo.

Si existen personas a la que debo un especial agradecimiento son a mis directores de Tesis Dr. Daniel Linares Gírela, Dr. Luís Ruiz Rodríguez y Dr. Juan Torres, que con su trabajo, dedicación y acertada dirección, hoy veo hecho realidad el sueño de leer nuestra tesis doctoral.

Respecto a Daniel Linares quiero destacar y a la vez seguir agradeciéndole la gentileza de soportar mi presencia en medio de su linda familia, de quitarle momentos de compartir con ellos y dedicarlo a mi causa, gracias por sus enfados, preocupaciones y esfuerzos.

A Mari cruz por estar pendiente el día a día de mi, así como a Danielito y Martha por haber permitido que le robara ese precioso tiempo a su papa.

Que pudiera decir y agradecerle a ese gran señor que se llama David Cárdenas, alguien que apareció como una luz en medio de la oscuridad que padecía, gracias miles por mostrarme el camino y la preocupación posterior por verme en la meta, eres de los imprescindibles.

Agradecerle a Elisa Torres, desde el inicio siempre dispuesta a colaborar y por su preocupación constante en que mi trabajo tuviera feliz término.

Mis agradecimientos al kini y Laura, por ser de esos amigos con que uno puede contar para siempre.

De igual manera me gustaría agradecer a todos mis amigos, en especial a Chucho (Jesús Sánchez Poyo), mi referente como profesional, por su trabajo, su vitalidad y manera tan objetiva de abordar la vida, Alfredo Carralero Velázquez, por su continuo apoyo, entusiasmo hacia mi trabajo y creer siempre en mi, Osvaldo Mora Aguilar, por mostrarme siempre que nada es imposible mientras que vivamos, Julio Cesar (Titi) por su sinceridad e integridad, Mayito (Mario Martín Martín) por su manera tan atenta de recibirme cuando lo he necesitado, Jorge Pérez de Corcho y a José Félix Rópeda por su incondicionalidad.

Un especial agradecimiento a José Ramón Terry, el amigo que nunca ha de faltar, por sus sabios consejos, por su receptividad y su visión tan clara de lo que está por venir.

A Rafael López, por su sabiduría, sinceridad y su inestimable apoyo personal.

A mis tíos por las valiosas enseñanzas que me han dado, en especial a mi tío Edy por inculcarme siempre la alegría de vivir, a mi tío Santos por estar siempre atento y brindarme sus sabios consejos, a mi tío Nelsido, por mostrarme que siempre se puede y a mis tíos ausentes Domingo y Charles, el primero porque siempre supo ser faro y guía en mí deambular por la vida., al segundo porque era la bondad personificada. Además no quiero dejar de agradecerles a Juanito y Roberto dos hombres de bien.

A mis tías Marisela, Lazara, Elsa, Haydee, Lidia y Nené por el cariño y la comprensión que han tenido.

A mi abuelo Luís, ese lector empedernido que me demostró que en los libros esta la clave para comprender mejor el mundo en que vivimos

A mi abuela Mercedes, por lo que me quiso, por su bondad, humildad e inigualable preocupación hacia mi; sé que desde algún lugar siempre sigue mis pasos.

A mis primos y primas, en especial Alexei, Humberto, Nelsido (Amaury), Osney, Ángel Luís, Asley, Edimir, Joel, Roberto, Sadamy, Danet, Niury, Alicia, María Elena, Ariadna y Georgina (Gina) por estar siempre a mi lado cada vez que los necesito.

Al final de todo y no porque sea menos importante para mi, quiero agradecerle a mi país por haberme permitido gozar de todo el privilegio de estudiar y forjarme para la vida.

Muchas gracias.

PREFACIO

El principal propósito de esta tesis doctoral es analizar la posible relación existente entre los hábitos de realizar actividades físico- deportivas y el estilo de vida de los escolares avileños al finalizar uno de los niveles educativos de la enseñanza obligatoria (Secundaria).

Aquí pretendemos analizar algunos elementos que pueden condicionar dichos hábitos y deben ser tenidos en cuenta, por lo que se aborda el estudio de algunos factores sociales (agentes socializadores) y personales (autoconcepto, actitudes, motivaciones, etc.)

Estos estudios deben servir como punto de partida para futuras investigaciones longitudinales, donde se lleven a cabo programas escolares de actividad física y salud, con el fin de conseguir jóvenes que adopten comportamientos saludables en su estilo de vida.

El presente documento está estructurado fundamentalmente en cuatro capítulos, en los que abordamos los siguientes aspectos:

En el primero de ellos, se analizan las principales cuestiones teóricas, fruto de una revisión bibliográfica, abordamos los términos básicos de esta investigación, el tratamiento de la educación para la salud (EpS), la relación de la salud con la actividad física y algunos estudios poblacionales.

El segundo capítulo tras el planteamiento del problema, se desarrolla la metodología de la investigación (objetivos, variables, diseño temporizado, muestreo y técnicas estadísticas utilizadas).

En el tercer capítulo, se exponen los resultados del estudio, primero de forma descriptiva en cada una de las variables, Posteriormente se utiliza análisis correlacionar y de correspondencias entre diferentes variables del estudio, para responder a los objetivos plantados en el trabajo.

En el cuarto capítulo, se exponen las conclusiones obtenidas y las perspectivas futuras de trabajo.

El documento finaliza con, las fuentes bibliográficas utilizadas y los anexos correspondientes.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO	21
1.- Aproximación a los conceptos básicos de la investigación.	21
1.1.- Conceptualizando la Salud.	22
1.1.1.- La salud un concepto dinámico.	22
1.1.2.- La Promoción de la salud.	24
1.2.- Conceptualizando: Actividad física, ejercicio físico y condición física.	27
1.2.1.- Actividad física, ejercicio físico.	27
1.2.2.- Condición física.	30
1.2.3.- Nuevas recomendaciones sobre la actividad física orientada a la salud.	33
1.3.- Estilo de vida.	40
1.4.- Educación Física (E.F.)	42
1.4.1.- Educación física y autoestima.	42
1.5.- Tiempo libre.	45
1.6.- Deporte.	46
1.7.- Calidad de vida.	49
1.8.- Movimiento.	51
1.9.- Educación para la salud en la escuela (EpS).	51
1.9.1.- Relación entre la Educación para la Salud (EpS) y la Educación Física.	58
1.9.2.- Nuevos enfoques metodológicos en la Educación Física orientada a la salud.	61
1.10.- Relación de la salud con la actividad física y el deporte.	66
1.11.- El deporte y la salud.	71
1.11.1.- Efectos de la actividad física en la salud del escolar.	72
2.- Influencia de los hábitos de vida en la salud.	80
2.1.- Tabaco.	82
2.2.- Alcohol.	85
2.3.- Tiempo libre, sedentarismo y práctica de actividad física.	87
2.4.- Actitud Postural.	91
2.4.1.- Análisis de las posturas cotidianas.	92
2.4.2 Algunas sugerencias para favorecer una correcta educación postural en los escolares.	93
2.5.- Alimentación.	94
2.6.- Higiene.	98
2.6.1.- Con relación al aspecto corporal.	98
2.6.2.- Con relación a la higiene visual.	99
2.6.3.- Con relación a la higiene auditiva.	99
2.6.4.- Con relación a la higiene del medio.	100
3.- Influencia de los factores sociales y práctica de actividades físico-deportivas saludables.	101
3.1.- Agentes socializadores primarios.	105
3.1.1.- La familia.	106

3.1.2.- Los padres.	107
3.1.3.- Los hermanos y hermanas.	109
3.2.- Los agentes de socialización secundarios.	110
3.2.1.- El grupo de iguales: los amigos.	111
3.2.2.- Los entrenadores.	115
3.2.3.- La Escuela y el área de Educación Física.	116
3.3.- Factores personales.	122
3.3.1.- Concepto de si mismo.	122
3.3.2.- Las actitudes.	132
3.4.- Las motivaciones.	140
3.4.1.- Conceptualizando la Motivación.	140
3.4.2.- Motivos por los que se practican actividades físico - deportivas.	143
3.4.3.- Motivos por los que no se participa o se abandona la práctica físico - deportiva.	145
4.- Estudios poblacionales relacionados con los estilos de vida saludables de los jóvenes.	148
CAPITULO II.- METODOLOGÍA.	165
1.- Planteamiento del problema.	165
2.- Objetivos del estudio.	168
2.1.- Objetivo principal.	168
2.2.- Objetivos específicos.	168
3.- Instrumentos de recogida de datos.	169
3.1.- Adaptaciones realizadas al cuestionario aplicado.	171
4.- Selección de la muestra de estudio.	173
5.- Diseño temporizado.	173
5.1.- Análisis de los datos previstos.	176
5.2.- Seminario de formación de sujetos colaboradores.	176
CAPITULO III.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	
1.- Caracterización general de la muestra estudiada.	181
2.- Análisis de los resultados del cuestionario.	182
2.1.- Práctica de actividad física y deporte.	183
2.2.- Alimentación.	195
2.3.- Tiempo libre.	200
2.4.- Sustancias adictivas.	204
2.4.1.- Tabaco.	204
2.4.2.- Alcohol.	208
2.5.- Actitud postural.	215
2.6.- Higiene diaria y deportiva.	218
2.7.- Valoración de las clases de educación física.	226
2.8.- Factores cognitivos y socio-afectivos respecto a la actividad física y el deporte.	232
2.9.- Percepción de tu estado de salud.	242

2.10.- valoración del cuestionario.	245
CAPITULO IV.- CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	249
BIBLIOGRAFÍA.	255
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo.
Rafael Mendoza

El ejercicio físico es una necesidad del cuerpo humano, que nos permite mejorar el bienestar y la satisfacción personal de los participantes, facilitando también la formación de una buena auto-imagen positiva.

La capacidad de movimiento e interacción con el mundo que nos rodea, permite que la actividad física sea una práctica humana permanente en cualquier acción de nuestra vida como el trabajo, escuela, el tiempo libre, tareas cotidianas y familiares durante toda la existencia del hombre, de ahí su gran importancia y que constituya un factor a tener en cuenta a la hora de valorar la salud de las personas.(Devis, 1992).

El estilo de vida del ser humano, durante mucho tiempo estuvo marcado por la presencia de una gran actividad física al realizar labores o trabajos que le permitieran su subsistencia. Sin embargo, los quehaceres ordinarios del hombre moderno se han simplificado y facilitado por los avances de la ciencia y la tecnología del siglo XXI. En el campo, en las fábricas y en el hogar, la energía de las máquinas ha sustituido a la energía del músculo en la mayor parte de las faenas. El ruido de los motores ha reemplazado a la respiración fuerte, al palpar acelerado del corazón y a la sudoración sana y abundante de un cuerpo trabajando. La mecanización ha sustituido al uso del cuerpo humano en casi todas las profesiones y oficios. Estos se realizan ahora con mayor facilidad y eficiencia, acortando las horas que se dedican al trabajo y aumentando con ello el tiempo libre, disponible para actividades recreativas o de diversión.

Pero hay que indicar que las actividades que requieren esfuerzo físico se han hecho cada vez más pasivas, nuestros hábitos de vida son cada vez más sedentarios y la mayor parte de nuestras horas libres, como adultos o niños, son ocupadas por la televisión y en este último tiempo, el fenómeno de la computación ha contribuido aún más al aumento del sedentarismo de la

población, tanto en la jornada laboral como en sus desplazamientos y en el tiempo libre. El uso de nuestro cuerpo en juegos activos como medio de entretenimiento es cada vez más raro. Y, con sólo salir a las calles y avenidas de las grandes y pequeñas ciudades, puedes ver que en todos los niveles socioeconómicos el automóvil (privado o público) es el principal medio de transporte. La obesidad, el estrés, el sedentarismo y el consumo exagerado de alcohol, tabaco y drogas, junto con la motorización constituyen los pilares sobre los que se apoya el sistema de vida de los ciudadanos modernos que, a la vez que les permite disfrutar de algunos placeres, les produce una forma típica de enfermedad y muerte. Esta manera de vivir y la sociedad tan agitada en que nos desenvolvemos, desencadena una enorme tensión o estrés. Con una sola reflexión podemos decirlo todo: *“El hombre necesita adoptar estilo de vida más sanos si quiere garantizar su propia supervivencia”*.

Al margen de dicha inactividad, dice Casimiro (1999): la vida moderna ha conllevado otros cambios, entre los que destacan:

- *“Mayor contaminación ambiental (favorecido por el transporte motorizado, máquinas...)*
- *Menos espacios verdes.*
- *Bajada progresiva de la duración de la jornada laboral, por lo que aumenta el tiempo de ocio.*
- *Cambios en la dieta (comidas más rápidas, congelados, etc.).*
- *Estilo de vida sometido al estrés.”*

Estas circunstancias nos conducen a una situación en la que predomina la inactividad y, como consecuencia de ella, una serie de patologías y alteraciones derivadas de esta hipocinesia: obesidad, atrofia ósea y muscular, aterosclerosis, alteraciones degenerativas cardiovasculares y del aparato locomotor, broncopatías crónicas, afecciones psíquicas, aumento del consumo de medicamentos, tabaco, alcohol y otras drogas, entre otras.

La mayoría de las enfermedades de los países desarrollados (aterosclerosis, osteoporosis, obesidad, procesos reumáticos, alteraciones cardíacas y metabólicas, etc.), que se pueden determinar como *patologías del consumo*, tienen su origen en el exceso de alimentos, tabaco, alcohol y fármacos, en la elevada presencia de factores estresantes, y en la ausencia, casi total, de actividad física. Así, según Marcos Becerro (1981 y 1989), la vida moderna se caracteriza por la existencia de *5 demasiados (tabaco, alcohol, drogas, comida y estrés) y un poco (ejercicio)*.

Fluge y col. (1994) plantean que la medicación crece cada día entre los jóvenes y que cerca del 50% de los escolares de 12 años presentan una o más enfermedades crónicas.

Aunque en muchos países, dicha situación está siendo analizada por los responsables de la sanidad pública, no basta, se hace necesario instaurar medidas de promoción de estilos de vida activos y saludables, poniendo especial énfasis en la adopción de hábitos correctos (alimentación balanceada, educación sexual, actividad física, etc.) y desechando los negativos (sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc.).

Todas estas circunstancias pueden ser modificables por el individuo o la sociedad, a través de la educación sanitaria, la medicina preventiva y la practica sistemática de actividad física y deporte.

Centrándonos en la edad escolar, dice Casimiro (1999) *“están confluyendo una serie de circunstancias que determinan el estilo de vida del joven. Entre ellas, destacan el aumento del estrés (al niño le queda poco tiempo libre, ya que el mismo discurre entre la escuela y otras actividades: informática, inglés, deberes, etc.), el sedentarismo, el aumento de juegos pasivos e informatizados, el mayor número de horas de televisión y vídeo, y el consumo de tabaco y alcohol”*.

Sin lugar a dudas estos factores nos conducen a un estilo de vida, definido por Mendoza y col. (1994) como *los patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir*, fruto de la interacción entre las condiciones de vida y el proceso de socialización, de forma que cada persona adopte, con respecto a la salud y de forma libre y voluntaria, hábitos positivos (alimentación equilibrada, ejercicio y descansos adecuados, etc.) o comportamientos negativos (drogas legales e ilegales, sedentarismo, etc.). Lo ideal es que la población se conciencie e incorpore lo primero a su forma cotidiana de vivir y elimine lo segundo, aunque dichos hábitos tienen una gran influencia contextual y sociocultural, que van cambiando en el tiempo.

La sociedad ha conferido hoy, al ejercicio y al deporte, en sus manifestaciones recreativas, educativas o competitivas, una función trascendente para la preservación y desarrollo de la salud del ser humano, por esta razón el movimiento debe manifestarse como una forma de cultura, de educación y de promoción de salud.

Es universalmente conocido que el ejercicio físico sistemático promueve la salud y constituye decisivamente a la longevidad del individuo por lo que el hombre moderno debe comprender que para preservar la misma tiene que realizar un entrenamiento físico en forma sistemática con el fin de combatir la inactividad ocasionada por el propio desarrollo. Cualquier tipo de ejercicio puede cumplir los requisitos exigidos por el organismo humano y conservar la salud.

La relación entre Cultura Física y Salud Pública constituye una unidad de acción e interés tal, que muchos de los indicadores por los cuales miden los países desarrollados el nivel de vida de la población, dependen en gran medida de la Cultura Física que tengan los ciudadanos, esta relación se materializa en dos tareas fundamentales:

El trabajo de profilaxis y prevención de algunas enfermedades y el mantenimiento del estado de salud.

El uso de la rehabilitación física como medio de reducir los efectos de determinadas enfermedades que aparecen en los ciudadanos.

La falta de actividad física va creando situaciones especiales en nuestro cuerpo, tales como alteraciones del metabolismo celular, del aparato locomotor, cardiovascular y nervioso.

Es por ello, el gran interés mostrado hacia la práctica sistemática del ejercicio físico, no con fin de lograr deportistas de altos rendimientos, sino con el objetivo de lograr y fortalecer la salud de nuestra población en general.

En los últimos años se han publicado informes sobre nuevos enfoques y actualizaciones de recomendaciones y guías dirigidas a prevenir y preservar nuestra salud. Diversas organizaciones y Asociaciones sin fines de lucro han hecho clara su posición en cuanto a las recomendaciones dietéticas y cantidad de actividad física necesarios para alcanzar un nivel óptimo de bienestar (Pate, 1995).

Por ejemplo, en el 1995, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Continentales ("United States Department of Agriculture", USDA), y los Servicios de Salud y Humanos ("Health and Human Services", HHS) revisaron las Recomendaciones Dietéticas para los Norteamericanos, las cuales incluyen por primera vez un nuevo énfasis sobre la importancia del ejercicio para

mantener y/o mejorar el peso corporal (Kennedy, Meyers & Layden, 1996). En ese mismo año, basado en los hallazgos de estudios epidemiológicos que evidencian los beneficios de la salud que se derivan de la práctica de actividades físicas moderadas.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades ("Centers for Disease Control and Prevention", CDCP), y el Colegio Americano de Medicina Deportiva ("American College of Sports Medicine", ACSM) plantearon su posición en cuanto a la función de la actividad física en la salud colectiva (Pate, *et al*, 1995). Más recientemente, agencias federales de salud han publicado dos informes que exponen sus posiciones y consenso en cuanto a la función de la actividad física moderada en prevenir condiciones crónicas-degenerativas (particularmente las cardiopatías coronarias), y el riesgo de muertes prematuras (NIH consensus development panel on physical activity and cardiovascular health, [NIH], 1996; U.S. Department of Health and Human Services, [USDHHS], 1996). Una de estas publicaciones es el informe que ha diseminado por todo los Estados Unidos de Norteamérica, dirigido hacia la **Actividad Física y la Salud** (USDHHS, 1996). Este documento enfatiza la importancia de todo tipo de actividad física para mantener una buena salud y prevenir enfermedades crónicas degenerativas. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud ("National Institute of Health", NIH) recalca los beneficios cardiovasculares que se obtienen mediante la práctica regular de actividades físicas de moderada intensidad (NIH, 1996).

Evidentemente, el sistema educativo no puede estar al margen de dicha problemática social, y, en estos tiempos se promulgan leyes que reforman los sistemas educativos de muchos países, con la finalidad de lograr una educación integral, individualizada, no discriminatoria y fomentadora de hábitos de comportamiento democrático. De esta manera, la salud se ha convertido en un eje fundamental de todo el curriculum educativo y especialmente en Educación Física (E.F.) (Corbin, 1987; Sallis y Mckenzie 1991; Pate, 1995; Piéron, 1997; Tercedor, 1998; Rodríguez, 1998).

En el nuevo sistema educativo, la Educación Física adquiere gran relevancia e importancia que el resto de las áreas curriculares debido a su aportación al desarrollo integral de la persona.

La escuela, los profesionales de la Educación Física y otras instituciones que reconocen claramente los beneficios saludables que genera el ejercicio físico frecuente a corto y a largo plazo, tanto a nivel fisiológico, psicológico y

social. Pero, es obvio, que deberían replantearse la manera de realizar estas actividades y tratar que las mismas tuviesen un alto componente lúdico, que propicien el deseo de repetir su práctica, aumenten su motivación hacia la actividad y se alejen de otras prácticas nada saludables.

Desde el punto de vista de una actividad física saludable y placentera, dice Stump (1996) *“hay que decir que no solamente es posible, sino necesario y razonable, buscar nuevos medios de adquirir una buena condición física jugando, que no es lo mismo que mejorar la condición física sin esfuerzo.”*

La Educación Física ante todo debe contribuir al desarrollo de diferentes fines educativos: socialización, autonomía, aprendizajes instrumentales básicos y a la mejora de las posibilidades expresivas, cognitivas, comunicativas, lúdicas y de movimiento. Se trata, por tanto, de adquirir múltiples patrones motrices, con carácter integral, a partir de los cuales se desarrollarán correctamente las capacidades motrices y las habilidades. Para ello, será necesario partir del nivel evolutivo del alumnado y seguir una secuencia de aprendizaje basada en los principios de la teoría evolutiva: de lo global y sencillo, a lo específico y complejo.

En la etapa de educación secundaria obligatoria, la educación física ha de contribuir a la consolidación de una serie de hábitos corporales, así como a la toma de conciencia de los cambios evolutivos que se producen en el organismo a esas edades. En esta etapa, la actividad física no se orientará sólo hacia aspectos Lúdicos sino también hacia la *mejora de su imagen corporal*

Además, no debemos olvidar que la escuela y en específico el profesorado de Educación Física, tiene la posibilidad de orientar a los niños y adolescentes hacia nuevas actividades físico-deportivas atractivas y placenteras, que determinarán sus actitudes hacia las mismas, mientras que las malas experiencias escolares pueden provocar frustraciones y desánimos, e influir de tal forma en el individuo, que las consecuencias puedan determinar si adquirirán o no hábitos deportivos en el futuro.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.- MARCO TEÓRICO. CONCEPTOS GENERALES

1.- APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El nivel de salud vendría dado por la medida en que se satisfacen necesidades humanas progresivamente superiores y esta satisfacción vendría propiciada por la maduración.
Abraham Maslow

Para poder entender y aplicar los nuevos enfoques sobre la actividad física y la salud es de vital importancia conocer ciertos términos y conceptos utilizados con mucha frecuencia por la mayoría de los especialistas en la temática.

El prototipo de estas definiciones inclusivas es la promulgada por la OMS en 1946: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento”*. Definición que fue confirmada en la Declaración de Alma-Ata de 1978. Pero hay que decir, que esta definición de la OMS es criticable. Es utópica y medicalizadora. Suscita expectativas desmedidas. Es tan vaga e inclusiva que carece de aplicabilidad y hasta de significado concreto.

Y sin embargo, la idea de que la salud es un estado de bienestar positivo, más allá de una mera ausencia de enfermedad, encierra algo que no se puede dejar de tener en cuenta. Hoy se tiende a pensar que la salud debe ser algo más que la ausencia de enfermedades. Se ha generalizado un concepto de salud entendido positivamente, como posesión de ciertas cualidades o potencialidades. Y durante la década de los ochenta se ha intensificado la búsqueda de indicadores de salud positiva; con el fin de promover la salud; intento que ha sido estimulado por la OMS. Sin embargo, para los profesionales de la Educación Física el entender la salud como carencia de enfermedad, sería tener una visión estática del concepto. Pues la salud se ha de convertir en un concepto dinámico, cambiante, mudable en función de que cuidemos, mantengamos y mejoremos sus niveles. Para los profesores de Educación Física y cuantas personas están preocupadas por la promoción de la salud en los jóvenes, el concepto de salud orgánica estática no

es suficiente, sino que hay que dar un paso adelante, elevar los niveles de salud, predisponer a los jóvenes para que realicen una práctica continua, a través de tareas físicas que precisan de mayores prestaciones del organismo. Torres (2000) y Collado Fernández (2005).

1.1.- Conceptualizando la Salud.

1.1.1.- La salud un concepto dinámico.

En la actualidad pocas personas sabrían definir el término salud correctamente, la dificultad radica en no considerar el término salud simplemente como la ausencia de enfermedad, sino como algo mucho más complejo, donde la sensación de bienestar, la capacidad para ejercer toda clase de funciones, e incluso la de contribuir a la felicidad de los semejantes, tienen un sitio reservado.

La preocupación por el valor de la salud no es nueva, sino que desde antiguo ha sido una de las grandes preocupaciones de la humanidad. El concepto de salud generalmente se ha identificado durante mucho tiempo con el de *normalidad*, pero definir este concepto desde el punto de vista biológico, es bastante complejo debido a las connotaciones que tiene, tanto física como psíquicamente.

Hasta 1948, se entendía como la ausencia de enfermedad física. El principal responsable de eliminar esta enfermedad es el médico y por lo tanto existe un papel pasivo del enfermo a lo largo de su etapa evolutiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ en 1948, define la salud como el *“estado de bienestar completo -físico, psíquico y social- y no la simple*

¹ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, fue adoptada en Nueva York, el 22 de Julio de 1946, por la Conferencia Institucional de la Salud. Fue firmada por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de Abril de 1948. Sus pretensiones generales son: la promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones; La aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades y la mejora de la calidad de la vida.

Sus objetivos son:

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas

Promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud

Desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano que dirige las actividades de la OMS y está formado por 191 miembros que se reúnen anualmente. Además, la OMS cuenta con un Consejo Ejecutivo integrado por 32 expertos de la salud.

ausencia de enfermedad o invalidez”. Según se desprende de esta definición, se puede observar que es bastante difícil cuantificarla, pues depende en gran medida de aspectos subjetivos.

Por primera vez, dentro del estado de salud se delimitan tres aspectos o componentes distintos (físico, mental y social) pero que a la vez están claramente interrelacionados.

Las directrices de la O.M.S., formuladas en 1977 en Ginebra, señalan que el acceso a la salud es uno de los derechos fundamentales de toda persona (independiente de raza, religión...) y propone a todos los gobiernos la posibilidad de alcanzar para todos los habitantes de la Tierra un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (O.M.S., 1984). Casimiro (1999) entiende que para ello, *“cada país debería fijarse sus propias metas: erradicación de la patología local más acusada, protección contra las enfermedades infecciosas, mejora de las condiciones ambientales, mejora de la alimentación, lucha contra el infarto, la hipertensión, obesidad, etc.”*

Diferentes definiciones ponen el énfasis en alguno de los componentes del concepto global de la OMS, así, para,

Salleras, M. (1985) y colaboradores consideran que la salud es

el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Perea (1992) matiza más la dimensión social, en cuanto a la capacidad para desenvolver las facultades personales en armonía y relación con su propio entorno.

Rodríguez Marín (1993) considera que, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad,

...sino que ha de ser entendida de una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social.

Corbella (1993) comenta que, en el Congreso de médicos y biólogos de lengua catalana, se definió la salud como

"una manera de vivir cada vez más autónoma, más solidaria y más gozosa".

Marcos Becerro (1995), entiende el concepto de salud como algo que nos viene dado, en gran medida por nuestra herencia genética,

La salud es un bien, el cual suele ser poco apreciado hasta que se pierde, pero muy deseado cuando se carece de él.

1.1.2.- La Promoción de la salud.

El fomento y la promoción de la salud, definida en 1985, por la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. como *"El proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades, para que estén en condiciones de ejercer un mayor control y mejorar todos los determinantes y factores que influyen en el mantenimiento y/o mejora de la salud"*.

La promoción de la salud constituye un proceso social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los alumnos y alumnas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud colectiva e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación de todo el colectivo educativo, profesores, padres, administración..., es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Pero, situando a la salud en el contexto amplio de la Educación, desde un planteamiento educativo global, cuya finalidad es el desarrollo armónico e integral de la persona, la salud es un recurso para la vida, no su finalidad, dado que queremos estar sanos para vivir. En opinión de López Santos (1995)

"La Escuela, como facilitadora del desarrollo de una conciencia crítica ante las distintas ofertas y sistemas de valores relacionados con la salud, se convierte en una pieza clave en cualquier política de promoción de la salud. Ofrecer al alumnado modelos de referencia saludables, favorecer su independencia del medio y su capacidad para influir sobre él, etc..., puede contribuir en mayor medida a la adopción de estilos de vida saludables que la mayoría de los esfuerzos que en este sentido puedan hacerse desde los servicios sanitarios"

Pero, además para nosotros la práctica de actividad física debe convertirse en una experiencia positiva y satisfactoria, si pretendemos desarrollar las actitudes hacia la actividad física. Pero esto supone ampliar en el alumnado el sentido de competencia y éxito en la realización de actividades físicas algo que en opinión de Peiró Velert (1999) *“muchos profesionales de la educación física no estamos acostumbrados, debido a la gran influencia que ha ejercido y ejerce el rendimiento físico y el habilidosismo en nuestra profesión”*. Sin embargo, la promoción de la actividad física y la salud en la educación física escolar está vinculada a la participación y no al rendimiento. Pensemos que este último está más próximo al elitismo de la condición física y la habilidad, mientras que el primero lo está a la visión participativa de la actividad física.

Siguiendo los criterios establecidos en la Carta de Ottawa (1986) emitida por la OMS, se define el término promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre la misma para poder mejorarla.

En dicha carta ya en el 1986 se recogían las siguientes cinco áreas prioritarias de acción en promoción de la salud pública, entendida ésta como el arte de promover, prevenir la enfermedad y prolongar la vida, en un intento de vivir más años y vivir cada año con más calidad:

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

Autores como D'Amours, 1988; Petlenko y Davidenko, 1998; Lalonde, (citados en Generalitat de Cataluña, 1984), entre otros, coinciden al señalar cuatro variables, interaccionadas entre sí, como parámetros determinantes de la salud de la persona:

- Biología humana: genética, envejecimiento, etc.
- Medio ambiente: contaminación ambiental, ruido, etc.
- Estilo de vida: determinado por los hábitos de comportamiento, siendo el factor más influyente en la salud pública.
- Sistema de atención sanitaria: hospitales, médicos, etc.

Petlenko y Davidenko (1998) indican, de forma aproximada, que el estilo de vida influye un 50%, el medio externo un 20-25%, la genética un 15-20%, y el sistema de atención sanitaria un 10%, aunque estos porcentajes van a depender de la enfermedad que se trate (por ejemplo, en la cirrosis hepática, el estilo de vida puede llegar a influir hasta en un 70%).

Más reciente, la Declaración de Yakarta de 1997 identifica cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

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

Como vemos la responsabilidad y la educación en otros valores que forman y dan identidad a la persona van a ser fundamentales para la promoción de la salud, y por tanto la educación para la salud y los centros educativos entre otras instituciones, van a desempeñar un papel fundamental en la promoción de la salud.

En definitiva, la salud, como derecho de toda persona, es casi imposible de cuantificar e, incluso, de definir, ya que es un concepto subjetivo (sentimiento individual), relativo (no hay un modelo fijo estándar y absoluto), dinámico (en función del contexto), e interdisciplinar (médicos, psicólogos, educadores, políticos, tienen que trabajar al unísono). Ésta, debe ser fomentada por las instituciones, las cuales deben favorecer la adopción voluntaria de sanos hábitos comportamentales, ya que, en ocasiones, la pérdida de la salud se origina por causas ajenas a la voluntad del individuo, pero en otras son los hábitos, libremente escogidos por la persona, los que la producen.

Las estrategias se basan en conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. Así, la promoción de la salud implica fomentar factores que incidan en un estilo de vida saludable, evitando aquellos que generan anomalía o enfermedad.

De esta manera, la salud se considerará como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida, y para fomentarla es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (Glosario de promoción de la salud. Junta de Andalucía, 1986).

En definitiva, conservar la salud y prevenir la enfermedad exige conocer cuáles y cuántos son los factores involucrados en su producción y la forma de evitarlos, renunciando a ciertos hábitos muy extendidos, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, determinada alimentación, estrés, sedentarismo, relaciones sexuales inseguras, entre otras.

Hacemos nuestras las palabras de Marcos Becerro (1994), cuando reflexiona sobre la salud y la considera que *"es un bien, el cual suele ser poco apreciado hasta que se pierde, pero muy deseado cuando se carece de él"*.

Así, los responsables de la salud pública (Ministerios de Sanidad y Consumo) deberían promocionar la actividad física en la juventud como una medida de atención sanitaria primaria y preferente. La Asociación Médica Americana, en 1992, percibió esta necesidad y propuso dos directrices básicas:

- Todos los adolescentes deben estar activos a diario en los diferentes contextos (familia, escuela, tiempo libre, ...), donde lo importante es el hábito más que un control estricto de volumen e intensidad de dicha actividad.
- Además, deben realizar al menos 3 sesiones semanales de actividades de cierta intensidad, como mínimo de 20 minutos, para favorecer su bienestar fisiológico y psicológico.

1.2.- Conceptualizando: Actividad física, ejercicio físico y condición física.

1.2.1.- Actividad física, ejercicio físico.

En la actualidad, aún existe confusión sobre los conceptos de *actividad física* y *ejercicio*. Una gran cantidad de profesionales y educadores en salud intercambian estos términos como sinónimos. Esta confusión estuvo presente por muchos años entre los investigadores epidemiólogos (Taylor, 1983). No fue hasta la publicación del artículo de Caspersen, Powell y Christenson (1985)

donde se propuso una definición estándar para los conceptos de actividad física, ejercicio y deporte.

Las Personas inactivas pueden mejorar su salud a través de actividades físicas moderadas diarias
 Actividades físicas regulares reducen los riesgos de salud vinculados con las primeras causas de enfermedad y muerte en los Estados Unidos de Norteamérica (aplicable a Puerto Rico)
 Aumentando la cantidad de actividad física asegura el logro de mayores beneficios de salud

Tabla 1. 1.- Principios del Modelo de Actividad Física

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en gasto energético
Actividad Física Moderada	Aquella actividad que resulta en un gasto energético fluctuando entre 3 a 6 METs, ó de 150 a 200 kilocalorías (kcal) por día
Ejercicio	Aquella actividad física planificada, estructurada, repetitiva y dirigida hacia un fin, i.e., para el mejoramiento o mantenimiento de uno más de los componentes de la aptitud física
Aptitud Física	Conjunto de atributos que las personas poseen o alcanzan relacionado con la habilidad para llevar a cabo actividades físicas

Tabla 1. 2.- Conceptos Básicos Relacionados con el Nuevo Enfoque sobre el Impacto de la Actividad Física Regular en la Salud Pública (Adaptado de: "Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research," por: C. J. Caspersen, K. E. Powell, y G. M. Christensen, 1985, *Public Health Reports*, 100(2), p. 129; "Physical Activity and Health", por U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 2.)

Para los investigadores (Blair y col., 1992) , actividad física “representa cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que tiene como resultado un gasto de energía, como por ejemplo, subir escaleras, hacer las tareas del hogar o andar” De esta manera, se adapta a las posibilidades de todas las personas, permitiendo obtener beneficios saludables con la realización de alguna actividad, donde lo importante es el consumo energético que la misma lleva implícita (D’Amours, 1988; Devís y Peiró, 1993).

Actividad física moderada es aquella que resulta en un costo energético entre 3 a 6 METs, ó de 150 a 200 kilocalorías (kcal) por día (Pate et

al, 1995; USDHHS, 1996). Cuando se habla de **inactividad física**, se hace referencia a patrones de estilos de vida sedentarios (Howley & Franks, 1992).

Por el otro lado, **ejercicio** es aquella actividad física planificada, estructurada, repetitiva y dirigida hacia un fin, para el mejoramiento o mantenimiento de uno más de los componentes de la aptitud física. (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

Un **ejercicio físico de baja intensidad** se define como aquel que se encuentre entre 40-50% del consumo de oxígeno máximo (VO_2 máx) o frecuencia cardíaca de reserva (FCresv), ejercicios durante el cual la persona es capaz de hablar (ACSM, 1995; Howley & Franks, 1992; Pollock, M. L., et al, 1994). Estas intensidades son recomendadas para poblaciones con condiciones crónicas-degenerativas (cardiopatías coronarias) (Pollock, Wilmore & Fox, 1990), y envejecidas, particularmente porque reducen los eventos coronarios fatales y no fatales, y aumentan las lipoproteínas de alta densidad (Pollock, M. L., et al, 1994).

CARACTERÍSTICA	ACTIVIDAD FÍSICA	EJERCICIO
Movimiento Corporal mediante los músculos-esquelético	SI	SI
Gasto Energético (kcal): - Fluctuación: Alto a Bajo	SI SI	SI SI
Relación con Aptitud Física	Correlación Positiva	Alta Correlación Positiva
Planificación	NO	Diseño estructurado: - Plan de movimientos porales repetitivos Objetivo: - Mantener o mejorar los componentes de la aptitud física

Tabla 1.3.- Comparación entre Actividad Física y Ejercicio (Adaptado de: "Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research," por C. J. Caspersen, K. E. Powell, y G. M. Christensen, 1985, *Public Health Reports*, 100(2), p. 129)

1.2.2- Condición física.

Lorenzo Caminero (2002) considera que han sido muchos los estudiosos en el campo del entrenamiento deportivo y de la actividad física orientada a la salud, que se han preocupado en los últimos cuarenta años por analizar y definir el término Condición Física. Incluso los hay que lo ponen en duda frente a otros que consideran más correctos como *“aptitud física”*, *“condición o aptitud biológica”*. A lo largo de este trabajo se va a emplear el primero (condición física), porque se considera el más aceptado y divulgado en la literatura específica, en castellano. En un análisis cronológico encontramos como el concepto ha ido evolucionando.

Mayoral (1969), y con una clara referencia al entrenamiento deportivo, consideraba que la condición física era,

“el estado del atleta en general. También nos referimos a la situación lograda mediante el entrenamiento de base”.

Para Caspersen, Powell & Christenson (1985) la condición física representaría un,

“conjunto de atributos que las personas poseen o alcanzan relacionado con la habilidad para llevar a cabo actividades físicas”

Para D'Amours (1988) un individuo con buena condición física es aquel que es capaz de realizar las actividades cotidianas con vigor, conservando suficiente energía para disfrutar activamente de su tiempo libre y tolerar una situación de urgencia física que pudiera llegar.

En la misma línea se expresa Blazquez (1993) indicando incluso cuales serían los componentes del concepto,

“una serie de atributos de la capacidad funcional, ligados a la capacidad de practicar una actividad física. Estos atributos son los determinantes específicos de la condición física: la composición corporal, la potencia aeróbica, la fuerza muscular, la flexibilidad y la resistencia muscular”.

La definición de Rodríguez (1995) enfatiza más sobre los aspectos de la salud que del rendimiento, incorporando nuevos aspectos relacionados con el ocio activo de las personas, la define como

"un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las enfermedades hipocinéticas, y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual, experimentando plenamente la alegría de vivir".

Torres (1996) con una visión más globalizadora de la concepción corporal la define como,

"el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y motoras, que hacen falta para la realización de esfuerzos físicos y musculares, tanto en el trabajo como en el deporte".

Continua Torres indicando que la condición motora a su vez está formada por las condiciones motrices condicionantes (cualidades físicas básicas, o factores cuantitativos del movimiento) y las coordinativas (psicomotrices, o factores cualitativos del movimiento). Como yuxtaposición de las anteriores surgen las condiciones resultantes de agilidad y destreza.

Delgado y col (1997) vienen a designarla como:

"la vitalidad de una persona y su aptitud real para las acciones que emprende. Dicha condición física se puede mejorar por medio del ejercicio físico, de la actividad física no intencional o por la práctica deportiva."

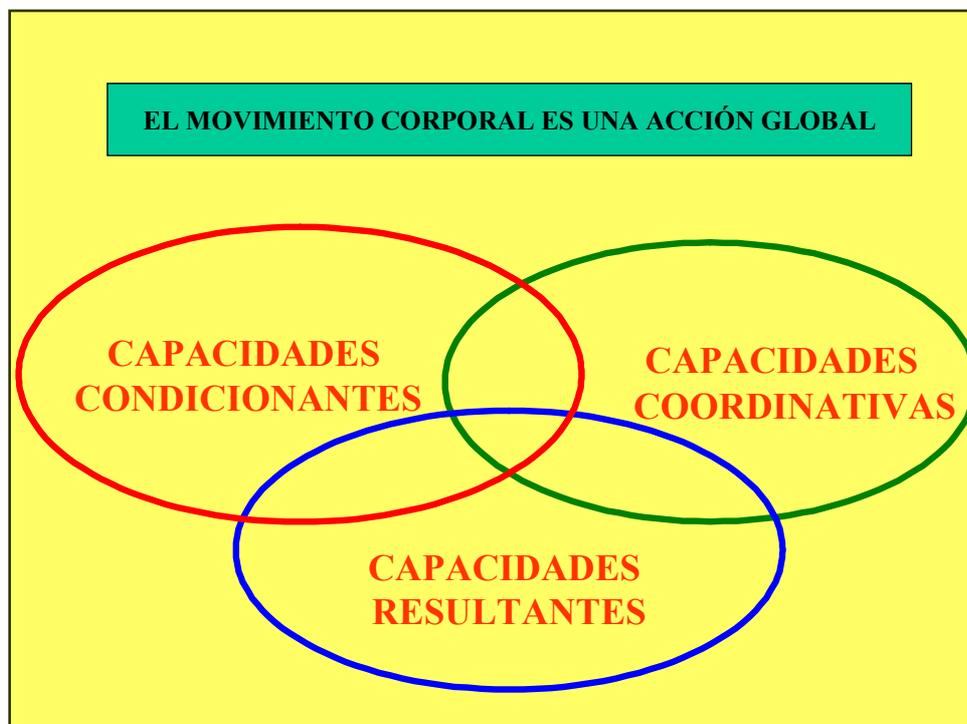
La condición física a nuestro criterio es el conjunto de capacidades física que posee el ser humano, que la va desarrollando en complejo proceso de aprendizaje o de entrenamiento deportivo.

La nueva reorientación sobre los componentes de la condición física hacia una visión de salud, concepto tratado por Pate (1983); Torres (1996); o Delgado Fernández (1997), consideran que los componentes sobre los que debe influir el ejercicio físico que se programe con una clara intencionalidad de salud, son:

- Resistencia cardio-respiratoria.
- Fuerza y resistencia muscular.
- Composición Corporal.
- Flexibilidad. (Amplitud de Movimiento).

Además de los componentes expuestos, añadiríamos la Capacidad de Relajación (Torres 2000), por entender que colabora al concepto de salud dinámica integral, al disminuir las tensiones y el estrés emocional a que nos somete el vértigo de la vida moderna.

Sin embargo, y teniendo en cuenta que el movimiento corporal es una acción global, en la que en todo momento intervienen los mecanismos perceptivos, los mecanismos de decisión y los mecanismos de ejecución, en un concepto integral de actividad física orientada a la salud, no podemos dejar fuera el componente cualitativo del movimiento, es decir, las cualidades coordinativas.



Entre las capacidades básicas que componen el grupo de cualidades coordinativas y que son susceptibles de mejora, a través de la práctica de actividades físicas adecuadas. En opinión de Lorenzo Caminero (2002), hay que señalar:

Cualidades motrices coordinativas
<ol style="list-style-type: none">1. Capacidad de equilibrio.2. Capacidad de orientación espacio-temporal.3. Capacidad de ritmo regular e irregular.4. Capacidad de reacción.5. Capacidad de diferenciación kinestésica.6. Capacidad de acoplamiento o combinación motora.7. Capacidad de cambio o adaptación.

El concepto de **prescripción de ejercicio** se refiere al proceso mediante el cual a una persona se le diseña un programa de ejercicio en forma sistemática e individualizada; incluye la cuantificación de variables que determinan la dosis del ejercicios, tales como el tipo de ejercicio, frecuencia, duración, y progresión (ACSM, 1995 ; Howley & Franks, 1992)

1.2.3.- Nuevas recomendaciones sobre la actividad física orientada a la salud.

Una idea generalizada, que se tiene de la practica de la actividad física, es que los efectos que de ella se derivan son fruto de la propia practica, sin explicitar con precisión cuales deben ser los contenidos, volumen e intensidad de la misma, de acuerdo a las características y circunstancias del individuo, que son los factores que deben ser concretados en un programa de actividad física orientada a la salud.

Diferentes autores, estudiosos de la relación entre la capacidad de esfuerzo del organismo y los estímulos (actividad física), nos informan que utilizando estímulos adecuados a las peculiaridades de cada persona, se producirá, dentro de un tiempo, el salto cualitativo, de la adaptación de su organismo a un estadio más elevado. Es decir, a una mejora de sus niveles de salud dinámica. Pero para que esto sea posible, hay que dimensionar muy bien el estímulo.

Se establece de forma general que los factores a tener en cuenta al dimensionar los estímulos físicos serían:

- La Intensidad.
- El Volumen.
- La Duración.
- La Frecuencia.

La Intensidad como componente cualitativo del esfuerzo ha sido analizado por Coll y Vinuesa (1984), Pila Teleña(1986), Devis y Peiró (1992), y exponen que la zona de trabajo o actividad orientada a la salud, es la comprendida entre el 60% y el 85% del índice cardíaco máximo (ICM) de una persona. Este índice expuesto por Astrand se calcula restándole a 220 la edad del participante. Siempre que las pulsaciones durante el tiempo de trabajo se encuentren en esta zona, la actividad será adecuada.

En los últimos años la vieja fórmula de Astrand ha sufrido algunas modificaciones, en la actualidad se sigue la fórmula de Tanaka y cols. (2001) para determinar el Índice Máximo Cardíaco para cada persona:

$$I. M. C. = 208 - (0.7 \times \text{edad})$$

A nivel práctico podemos entender que después de la obligada fase de calentamiento (Bajo Umbral), realizada antes de cualquier actividad que se vaya a realizar, la frecuencia cardíaca deberá estar entre el bajo umbral y el umbral medio (50%-60% del IMC) y en los momentos más intensos de la sesión deberá estar por debajo del umbral alto (75-85% del IMC)

Como valores de intensidad a la hora de la realización de ejercicios más dirigidos hacia la fuerza-resistencia muscular, es de interés seguir los valores expuestos por F. Dick (1985), en su tabla de intensidades, en la que sitúan los porcentajes saludables entre el 30%-65%, del número de repeticiones máximo.

En cuanto a los trabajos enfocados al mantenimiento y mejora de los niveles de flexibilidad, es recomendable seguir las opiniones de Hurton (1981) y de Anderson (1984) que consideran como adecuados a la salud, la realización de un repertorio de 10-12 ejercicios que trabajen todas las zonas corporales, manteniendo las posiciones entre 10-15 segundos, y repitiendo el ejercicio 2 o 3 veces. Los trabajos serán de intensidad baja, encontrándose a nivel cardiovascular en la zona subcrítica y zona de trabajo liviano.

Vinculados al **Volumen** como componente cuantitativo del esfuerzo se encuentran los factores de duración y frecuencia.

Marcos Becerro (1981); Torres (1993); Morrow y Freedson (1994); González (1996); Hontoria (1998), expresan su opinión sobre la **duración** mínima de una sesión de trabajo, con objetivos de mejora de la condición física-salud, estableciendo de manera general, salvando las diferencias personales, que a partir de 30 minutos realizados dentro de la zona de bajo umbral (trabajo preponderantemente aeróbico), ya tienen efectos beneficiosos a nivel fisiológico.

La Frecuencia del estímulo, hace referencia a cuantas sesiones de trabajo realizar, en un tiempo determinado. Revisando a Rasch y Burke (1971: 460 y ss.), Alvarez del Villar (1984), Gómez Rivera (2003) encontramos que todos ellos consideran que una vez verificados los períodos temporales necesarios para que un estímulo adecuado en volumen e intensidad, produzca supercompensación, recomiendan que habría que practicar al menos tres a cuatro días alternos por semana, para que se observen los beneficios del trabajo físico, considerándose menos, insuficiente.

El informe publicado por el CDCP y la ACSM (Pate et al, 1995) presenta nuevas recomendaciones de salud pública con respecto a la actividad física (véase Tablas 1.4, 1.8). El documento enfatiza la práctica diaria de actividades físicas a una moderada intensidad (de 3 a 6 METs)². Además, se recomienda la acumulación de las actividades físicas durante el curso del día. La cantidad acumulada de actividad física por día debe alcanzar los 30 minutos. La actividad física acumulada no tiene que ser continua. Sesiones cortas de actividades físicas pueden contribuir al total de los 30 minutos de actividad física recomendados diariamente.

² Un MET es igual al número de calorías que un cuerpo consume mientras está en reposo. A partir de ese estado, los METS se incrementan según la intensidad de la acción. Por ejemplo, una actividad liviana representa alrededor de 3 METS, lo que significa que el cuerpo gasta 3 veces más energía que si estuviera sin hacer nada.

CARACTERISTICA	DESCRIPCION
Intensidad Moderada	3-6 METs, ó 150-200 kcal/min
Acumulación Diaria Actividades Físicas	30 minutos o más por día
Intermitente	Sesiones cortas de actividades físicas
Regularidad	Incorporación diaria de actividades físicas, preferiblemente todos los días

Tabla 1.4.- Principios del Nuevo Enfoque hacia la Actividad Física (Adaptado de: "Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine" por R. R. Pate, et al, 1995, *Journal of the American Medical Association*, 273(5), p. 404.; "Physical Activity and Health", por U.S., Department of Health and Human Services, 1996.)

Según se observa en la **Curva de Dosis-Respuesta**, las actividades de moderada intensidad confieren beneficios de salud (Pate, et al, 1995). Además, los individuos con un nivel inicial bajo de aptitud física que se involucren en actividades físicas obtienen una mayor cantidad de beneficio de salud en comparación con aquellos que son físicamente activos.

Ejemplos de dichas sesiones cortas de actividades físicas incluyen (véase Tablas 1.5 a 1.7, caminar una distancia dada en vez de utilizar el automóvil, por ejemplo, caminar para un almuerzo moderado; estacionar el automóvil lejos de la entrada del centro comercial y disfrutar la caminata; evitar el uso del elevador y preferir subir caminando las escaleras; al ver la televisión, practicar ejercicios calisténicos o correr una bicicleta estacionaria; entregar mensajes personalmente dentro del edificio en que se trabaja en vez de usar el teléfono; sustituir la televisión por actividades recreativas y pasatiempos activos/físicos, tales como proyectos de mantenimiento en el hogar, baile social (preferiblemente en lugares donde no se fume ni consume alcohol), boliche, entre otros; no utilizar el control remoto de la televisión, y optar por levantarse de la silla para cambiar los canales; caminar en los alrededores del trabajo u hogar; preferir la práctica de actividades físicas cotidianas, tales como la limpieza diaria en el hogar, jardinería, podando los árboles con tijeras manuales, mudanza física de cajas/muebles, y jugar activamente con los hijos.

ACTIVIDAD SEDENTARIA	RECOMENDACIÓN
Guiar automóvil	Caminar, correr bicicleta
Estacionar carro cerca de la entrada del centro comercial	Estacionar más lejos y caminar
Subir con elevador	Subir escaleras caminando
Sentado en el balcón	Caminar en los alrededores de la casa
Enviar mensajes por teléfono en el mismo trabajo	Entregar mensajes personalmente
Ver televisión	Calisténia, correr bicicleta
Utilizar el control remoto	Levantarse y cambiarlo manual

Tabla 1.5.- Ejemplos de actividades de moderada Intensidad para sustituir actividades sedentarias por otras más activas (Adaptado de: "Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine" por R. R. Pate, et al, 1995, *Journal of the American Medical Association*, 273(5), p. 404.; "Physical Activity and Health", por U.S., Department of Health and Human Services, 1996, p. 2.)

TRABAJO EN EL HOGAR	GENERAL
Jardinería	Jugar activamente con Niños
Podar arboles	Baile social
Podar la Grama	Pasear el Perro
Lavar y encerar el automóvil	Caminar ligero
Mudanza de muebles o cajas	
Limpieza en la casa	

Tabla 1.6.- Ejemplos de Actividades de Moderada Intensidad. Trabajo en el Hogar (De "Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine" por R. R. Pate, et al, 1995, *Journal of the American Medical Association*, 273(5), p. 404.; "Physical Activity and Health", por U.S. Department of Health and Human Services, 1996, p. 2.)

Para aquellos cuyos trabajos lo confinan a un escritorio, se sugiere: 1) intermitentemente efectuar ejercicios de flexibilidad y calisténicos que involucre las extremidades superiores, inferiores, y el abdomen (esto podrá mejorar el tono muscular; 2) levantarse del escritorio como mínimo una vez cada hora para caminar en los alrededores de su trabajo; y 3) ser más activos durante el tiempo del "coffee break", y el almuerzo.

TRABAJO INACTIVO/EVENTO	ACTIVIDAD FÍSICA SUGERIDA
Sentado oficina período prolongado	De forma intermitente, realizar ejercicios de estiramiento, calisténicos, y/o isométricos que desarrollen la tonicidad muscular en las extremidades superiores, inferiores y abdomen
Confinado al escritorio	Levantarse como mínimo una vez cada hora para caminar en los alrededores de su trabajo
Receso, y almuerzo	Ser más activo, e.g., caminar
Enviar Mensajes por Teléfono	Entregarlo personalmente

Tabla 1.7.- Actividades Físicas Recomendadas para Trabajos Sedentarios

Estas nuevas recomendaciones son actualmente sugeridas para programas de ejercicio dirigidos hacia la población aparentemente saludable (adultos, adolescentes, y niños), y para poblaciones especiales, tales como los que padecen de condiciones crónicas-degenerativas (e.g., cardiopatías coronarias, artritis, entre otros), envejecientes, población obesa, pacientes de SIDA, y aquellos con problemas psicológicos (e.g., distrés, depresión, entre otros) (Blair, 1995; Hooper, & Leoni, 1996; McMillen & Turman, 1996; Parr, 1996; Pollock et al, 1994).

En resumen, el informe sugiere que la población adulta debe acumular un total de 30 minutos o más de actividades físicas a una moderada intensidad durante la mayoría de los días de la semana (preferiblemente todos los días) (véase Tabla 1.4 y 1.8)

Las presentes innovadoras sugerencias sobre la actividad física y salud complementan el método tradicional utilizado para prescribir ejercicio (véase Tabla 1.8). Para aquella población que prefiera participar en programas de ejercicios estructurados, pueden optar por actividades físicas de mayor intensidad, tales como trotar, natación, y correr bicicleta durante 30 minutos diariamente.

VARIABLE	MENSAJE ANTIGUO	NUEVO MENSAJE
Tipo de Actividad	Aeróbico (ej. caminar, ciclismo)	Actividades Físicas Cotidianas y Recreativas (ej. trabajo en patio)
Intensidad	50-85% de la FCresv	Intensidad moderada, no necesariamente ejercicio vigoroso
Duración	20 a 60 minutos	30 minutos, no necesariamente contínuo
Frecuencia	3 - 5 días por semana	La mayoría de los días de la semana (preferiblemente diario)

Tabla 1.8.- Comparación entre las recomendaciones tradicionales y el nuevo enfoque para la actividad física (De *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 4th ed.; (pp. 158-166), por American College of Sports Medicine, 1995, Philadelphia: Lea & Febiger. "Copyright" 1995 por American College of Sports Medicine. "The Activity Pyramid and the New Physical Activity Recommendations" por J.A. Norstrom, y W. E. Conroy, 1995, *The Bulletin*, 39(2), p. 109. "Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine" por R. R. Pate, et al, 1995, *Journal of the American Medical Association*, 273(5), p. 404.)

Siguiendo este nuevo mensaje de actividad física, recientemente, se dio a conocer el informe del Cirujano General de los Estados Unidos Continentales (USDHHS, 1996). Este documento revisa la literatura tocante a la actividad física y salud. Entre los principales hallazgos encontramos: 1) las personas que son comúnmente inactivas pueden mejorar su salud y bienestar al incorporar actividades físicas regulares de moderada intensidad, 2) para poder alcanzar los beneficios de salud, las actividades físicas no tienen que ser agotadoras, 3) se obtienen mayores beneficios de salud al aumentar la cantidad (duración, frecuencia, o intensidad) de las actividades físicas, 4) la práctica de actividades físicas regulares reduce el riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas-degenerativas y de muerte prematura ocasionada por las primeras causas de muerte observadas en los Estados Unidos de Norteamérica y Puerto Rico, 5) aumentando la cantidad de actividades físicas resulta en mayores beneficios de salud.

En conclusión, el modelo nuevo de actividad física se caracteriza por los siguientes principios (véase Tablas 1.1 y 1.4)

- 1) **Intensidad moderada** (3-6 METs, ó 150 - 200 kcal/día),
- 2) **Acumulación diaria de actividades físicas** (30 minutos o más por día),
- 3) **Intermitente** (sesiones cortas de actividades físicas), y

4) **Regularidad** (incorporación diaria de actividades físicas, preferiblemente todos los días de la semana). Lo más importante es llevar el mensaje de fomentar un estilo de vida más activo. Como corolario a esto, tenemos 1) alguna actividad física es mejor que ninguna, y 2) Llevar a cabo actividades físicas de baja a moderada intensidad es mejor que permanecer sedentario.

El uso de una terminología estandarizada permitirá un mejor conocimiento de la relación entre el movimiento y la salud, y, además, ofrecerá la posibilidad de comparar estudios nacionales e internacionales (Carpersen y col., 1985).

1.3.- Estilo de vida.

Henderson, Hall y Lipton (1980), (Citado por Sánchez Bañuelos, 1996) definen los estilos de vida *como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona*. Mendoza (1994), aporta una definición sustancialmente parecida al afirmar que el estilo de vida puede definirse *como el conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo*.

En ambas definiciones aparece el concepto de conducta o comportamiento y los hábitos frecuentes en la vida de las personas. Entre las aspiraciones y deseos del ser humano, el que aparece con mas fuerza, es el de *tener salud*, así lo revelan los resultados de las grandes encuestas (Levy y Anderson, 1980; De Miguel, 1996).

Según el Glosario de promoción de la salud (Junta de Andalucía, 1986: 6), define el estilo de vida de una persona como:

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

Más adelante, dicho Glosario indica:

"...De igual modo que no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones, y el ambiente del trabajo y del hogar hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados".

Los hábitos de salud y los hábitos de vida están íntimamente unidos, de manera que sería mas apropiado hablar de hábitos saludables de vida. Coreil y cols. (1992) asocian los conceptos de hábitos saludables de vida, con el concepto de calidad de vida. Dawson (1994), considera que se debe dar un paso más allá del modelo salud-enfermedad y utilizar indicadores de un concepto de salud integral bio-psico-social.

Entre los hábitos que se consideran mas favorables para la salud, Shephard (1984), contempla los de una alimentación correcta, una actividad física adecuada y unas pautas de descanso regulares y apropiadas.

De la Cruz y cols. (1989), señalan como hábitos de salud en edades escolares el de una alimentación equilibrada, una practica del ejercicio físico frecuente, descansos y esfuerzos adecuados, las posturas escolares y la higiene personal. En resumen, que uno de los hábitos importantes considerados como positivos para los estilos de vida saludables y su contribución al objetivo final de calidad de vida, es la practica de actividad física, realizada de acuerdo con una frecuencia, intensidad y duración adecuados. El conocimiento de estos factores de la dinámica de los esfuerzos hará que la actividad física que se realice sea más o menos saludable.

Un nivel alto de buena salud o bienestar se adquiere principalmente mediante la práctica de comportamientos saludables (estilos de vida apropiados) (Breslow, 1990). Ciertamente, la práctica diaria de estilos de vida activos (incorporación regular de actividades físicas a una moderada intensidad que acumulen 30 minutos o más durante la mayoría de los días de la semana) juega un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas-degenerativas (cardiopatías coronarias, hipertensión, diabetes sacarina, osteoporosis, cáncer en el colon, ansiedad y depresión, entre otras), y en un menor grado de riesgo para muertes prematuras (Blair, & Connelly, 1996; Blair, Kampert, Col III, Barlow, Macera, Paffenbarger, Jr, & Gibbons, 1996; Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, & McPherson, 1990; Lee & Paffenbarger, Jr,

1996; Paffenbarger, Jr., Hyde, & Wing, 1990; Pate et al, 1995; Shephard, 1995; Slattery, 1996).

1.4.- Educación Física (E.F.)

Según García Montes (1997), la E.F. va referida al desempeño del movimiento con fines educativos, a la educación por medio del movimiento, llevado a cabo esencialmente en forma de actividad física, de ejercicio físico o de deporte, bajo la dirección de un profesional (profesor).

Así, podemos considerar a la E.F. como una educación a través del movimiento, con un carácter normativo y vivencial, cognitivo y obligatorio, que complementa, armoniza y completa la formación intelectual, dentro del sistema educativo.

1.4.1.- Educación física y autoestima.

En los últimos veinte años, tanto en el campo de la psicología, de la psicopedagogía o de la Educación Física se viene insistiendo hasta la saciedad en la autoestima. Investigaciones recientes consideran que una autoestima elevada es el pronóstico más fiable de madurez mental y psíquica y de una vida feliz, sobre todo cuando los niveles no descienden durante la adolescencia y juventud. Convendría ahora acercarnos a un concepto de autoestima.

Dorothy C. Briggs (1986), entiende la autoestima como,

“la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida”.

Para Bernabé Tierno (1998) la autoestima,

“Es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es, por tanto, la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto Y consideración que nos tenemos a nosotros mismos”.

Una razón importante para estudiar este factor y su relación con la Educación Física, es que la percepción de la competencia física tiene una gran parte de culpa en la continuación de la práctica de la actividad física de un individuo. Pieron (1997) señala que:

“Si un niño percibe su habilidad como alta, resultará una actitud más positiva hacia esa actividad y por consiguiente se acercará más hacia ella, y voluntariamente su participación será creciente. Como consecuencia, la competencia mejora la probabilidad de adhesión a la práctica deportiva en la madurez”.

Y continúa,

“... el goce y satisfacción en la participación deportiva podrían reforzar la autoestima y podrían contribuir para desarrollar participación continua en actividades deportivas más allá de la educación obligatoria. La calidad de las experiencias, el éxito y el fracaso en deportes y actividades físicas son determinantes críticos en el desarrollo de la percepción del alumno en relación con la práctica en el sistema escolar o en clubes deportivos”.

Efectivamente, para conseguir jóvenes activos es necesario incidir en su autoestima, definida como el grado en que una persona valora la auto percepción de su propia imagen (Junta de Andalucía, 1986: Glosario de promoción de la salud). Tal como indica Torre (1998), la propia percepción de la habilidad motriz va a incidir en la elección, práctica y hábito de determinadas actividades físico-deportivas.

Para incidir en la autoestima, primero hay que favorecer que el alumno se autoconozca y se acepte, tanto en sus posibilidades como en sus limitaciones. Así, Epstein (1981) define el concepto de sí mismo como el conjunto de representaciones mentales y conceptos (juicio descriptivo) que el individuo tiene acerca de sí mismo, y que engloban sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales.

La aptitud percibida se refiere a cómo un individuo compara la suya con la de sus pares de su misma edad y sexo (Lintunen, 1987, citado por Piéron, 1997). Esta estimación gira alrededor de las habilidades y calidades de logro en las pruebas motoras, que evidentemente no será elevada si no se ha practicado lo suficiente.

Así mismo, de acuerdo con Sonstroem (1978), citado por Torre (1998):

"el sujeto que percibe un buen nivel de habilidad motriz será el que presente actitudes más positivas hacia el ejercicio físico, lo cual repercutirá en el grado de involucración en sus comportamientos".

Además, la mayor parte de los conflictos emocionales que se producen en el desarrollo de la personalidad son, principalmente, por la falta de concordancia entre la opinión que tiene el niño de sí mismo y la que tienen otros de él, o porque no se acople su imagen (la que cree tener) con la que transmite una sociedad o un grupo concreto (Añó, 1997).

Según la teoría de Fox y Corbin (1989), citados por Torre (1998), la autoestima global tiene una estructura jerárquica, siendo el resultado de la evaluación perceptiva de diferentes áreas: académica, social, emocional y física. Éstas se van estructurando en subáreas, de forma que la autoestima física se subdivide en la percepción de la habilidad motriz, en diferentes deportes o destrezas, y en la apariencia física.

Dicha autoestima física proporciona mayor independencia, por lo que el alumno puede elegir y decidir de forma más libre. Así, las actividades diseñadas para reforzarla, se pueden considerar como promotoras de salud. En definitiva, para conseguir mejorar esta autopercepción durante las clases, diferentes autores (Fox y Biddle, 1988; Biddle y Goudas, 1994; Peiró, 1995; Sánchez Bañuelos, 1996) indican que se puede conseguir teniendo en cuenta algunos aspectos, como los siguientes, que recoge Casimiro (1999):

- *“Favoreciendo más la participación que el rendimiento, en entornos favorables, donde el objetivo será el esfuerzo y la mejora personal, y no el ser mejor que los demás. Así, reduciremos las desigualdades por género o habilidad, ya que tradicionalmente las expectativas hacia la actividad física son más positivas en los chicos que en las chicas.*
- *Proporcionando experiencias agradables que, además del placer, estimulan la motivación intrínseca (a través de ella, el niño quiere mejorar y aprender nuevas habilidades). Ello depende de la convergencia entre la motivación hacia la actividad física y la manera que este deseo se consigue durante la participación (Pieron, 1997). Así, el orgullo de lo bien hecho o el desánimo que acompaña al fracaso, inciden en dicha motivación y autoestima.*
- *Informando sobre la importancia de la actividad física para la salud y favoreciendo experiencias reflexivas en los alumnos, en conexión directa con lo práctico (componente cognitivo).*
- *Proporcionando positivos feedbacks por el profesor, padres, grupo de iguales, etc.*

- *Adoptando medidas compensatorias sobre ciertos alumnos con anomalías funcionales leves.*
- *Poniendo a prueba las capacidades personales de los alumnos, a modo de reto o logro, con objetivos atractivos y progresivamente alcanzables, tal como indica la teoría motivacional de la perspectiva de metas de logro (Peiró, 1995). Así, las clases no pueden ser meros recreos, con la simple búsqueda de diversión, sin contemplar el valor educativo de las mismas.*
- *Favoreciendo que el alumno perciba cierta habilidad y condición física, producidas por la actividad física (percepción de competencia), lo cual desembocará en una mayor atracción hacia dicha actividad, como una pescadilla que se muerde la cola. De acuerdo con Ulrich (1987), cuanto mayor sea el nivel de percepción de la habilidad motriz, mayor será la participación en actividades deportivas y, por tanto, el grado de competencia motriz se incrementará. Además, la consecución de una buena eficiencia técnica repercutirá en un menor consumo energético durante la actividad, fundamentalmente en deportes con cierta complejidad técnica, por lo que la actividad se puede prolongar más tiempo."*

1.5.- Tiempo libre

Por Tiempo Libre entienden López.; Martínez; Menchen. e Ibáñez (1982):

"el conjunto de actividades que realiza el sujeto durante su tiempo disponible, una vez deducido el empleado en sus necesidades vitales y socio-familiares.

Gil Calvo y Méndez Vergara (1985), diferencian cinco categorías dentro de la distribución del tiempo libre de la población joven española:

- Tiempo de necesidades físicas básicas. Dormir, asearse, alimentarse).
- Tiempo libre productivo.
- Tiempo de estudio.
- Tiempo de la realización de las labores y trabajos del hogar.
- Tiempo libre.

Martínez del Castillo (1992), define el tiempo libre como,

"aquel tiempo que un individuo tiene después del trabajo y otros deberes y necesidades, y que puede dirigir hacia ciertas finalidades: descanso, distracción, participación y relación social, o perfeccionamiento personal".

Argyle (1996), considera que el ocio comprendería las actividades que el ser humano realiza en su tiempo libre, considerándolo como:

"el conjunto de actividades que una persona realiza en su tiempo libre, porque desea hacerlas, sin presiones externas, con el objetivo de divertirse,

entretenerse, desarrollarse a sí mismo, o cualquier otro objetivo que no implique beneficios materiales."

El término Recreación fue acuñado por Margaret Meat (1952). Es una actitud, un tiempo, una actividad. El término *Recreación*, que en nuestro castellano se traduce como acción y efecto de recrear o recrearse, divertir, deleitar, alegrar...

Cuando aplicamos este concepto de Recreación a la práctica de actividades físico-deportivas, lo entendemos como Miranda y Camerino (1996),

"como actividad físico-deportiva realizada durante el ocio, realizada por placer, diversión o enriquecimiento personal, frecuentemente responsabilidad del estado, pero con crecimiento progresivo del sector privado".

Habría que decir como resumen, que el ocio entendido como tiempo libre dedicado al esparcimiento se convierte en recreación, cuando consigue los objetivos de descanso, diversión y desarrollo de la personalidad.

Podríamos señalar como resumen que el campo de las actividades que pueden realizarse en el tiempo libre, abarca prácticamente todas las realidades humanas, siempre y cuando se entiendan como actividades voluntarias y no obligatorias (pintura, escultura, música, coleccionismo, deporte, lectura, excursionismo,..., es decir, opciones de todo tipo, pero sin lugar a dudas la actividad física y el deporte deberían de ocupar un lugar relevante, ya que además de los beneficios de una ocupación constructiva del tiempo libre, hay que decir que una práctica de actividad física adecuada en el tiempo libre mejora la salud.

1.6.- Deporte.

El deporte, puede ser considerado en los albores del siglo XXI como un universal cultural. La práctica de alguna de sus manifestaciones, como es el caso del deporte escolar, aparece por lo general asociada a valores y actitudes como la cooperación, el diálogo, el respeto, la responsabilidad, la sinceridad o la creatividad. Este es argumento suficiente para que la práctica deportiva goce de presencia destacable en muchas de las actividades que se desarrollan con el objetivo de contribuir al proceso educativo de los jóvenes. (Álamo; Amador y Pintor, 2002).

En opinión de Rozengardt (2000) el deporte puede llegar a ser contenido educativo en tanto conocimiento históricamente construido y socialmente validado. Como estructura compleja de comportamientos refleja una historia de constitución o sea un conocimiento en proceso y su comprensión, ya sea práctica (saber jugarlo o practicarlo) o teórica (comprenderlo como objeto, en su devenir) implica un proceso de conocimiento para los sujetos que participan en la tarea de aprender.

Según Parlebas (1988), citado por Cantera (1997), el deporte considerado de forma general sería el *“conjunto finito y enumerable de las situaciones motrices, codificadas bajo la forma de competición, e institucionalizadas”*.

García Ferrando (1990), lo define como,

“Una actividad física e intelectual de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas. Se ha de distinguir el deporte de alto rendimiento, con fines competitivos, y el deporte popular o para todos, que debe perseguir fines recreativos y de salud.”

Para García Montes (1997), la concepción americana y europea sobre el deporte difieren de manera sustancial, así:

“Así, en el Diccionario de las Ciencias del Deporte de origen americano (Beyer, 1992) se define el deporte como un juego organizado que lleva consigo la realización de esfuerzo físico, se atiene a una estructura formalmente establecida, está organizado en un contexto de reglas formales y explícitas respecto a conductas y procedimientos, y es observado por espectadores”.

Concluiremos diciendo que la práctica de actividad física de forma voluntaria y durante el tiempo libre equivale a la concepción, a efectos de la población en general, del deporte. Esta práctica deportiva es tan variada que da lugar a diferentes tipos en función de la intencionalidad de la misma.

De esta manera, hay que tener presente la diferenciación que realiza Sánchez Bañuelos (1996), sobre los tipos de deporte, recogido por Casimiro (1999):

- ❖ Deporte para todos, como recreación, ocupación de tiempo libre, esparcimiento, no selectivo, voluntario, espontáneo, no estrictamente

formal ni organizado, orientado a la salud, etc. Se obtienen beneficios cuando es un hábito agradable y continuo, y no una práctica esporádica sin ningún disfrute. El individuo conseguirá más placer en este tipo de deporte cuando, además de poseer una motivación intrínseca hacia el mismo, disponga de un buen nivel de habilidad y de condición física. Los que comienzan por una prescripción facultativa externa (motivación extrínseca), de difícil adherencia, deberían estar orientados por especialistas que favoreciesen el llegar a disfrutar con dicha actividad.

Hernández (1985) denomina a esta corriente como “deporte recreativo” y lo define de manera explícita lo que se debe considerar por esta corriente.

“Actividad eminentemente lúdica, divertida, generadora de placer. Aunque susceptible de establecerse de manera sistemática, se presenta generalmente con un marcado carácter flexible, libremente aceptado, en dónde el placer de jugar desplaza totalmente a objetivos tales como la victoria sobre otros, la manifestación pública de destreza o habilidad, o la muestra de un orgullo, por muy loable que fuera, para alcanzar éxitos o fama deportiva”.

Santos y Montalvo (1995), citados por García Montes (1997), a este tipo de deporte lo denominan de ocio y tiempo libre,

"que comprende todo tipo de prácticas, regladas y no regladas, no sujetas a condicionantes económicos por quienes las practican y que como punto en común de todas ellas, se realiza tendiendo a cubrir unos objetivos sociales (recreativos, de integración social, higiénicos, ...), sin despreciar la mejora tanto técnica como física en especialidades deportivas regladas, así como en las no regladas la propia mejora del estado de salud”.

- ❖ Deporte de base y competitivo a nivel medio, orientado hacia la competición reglada a través de los clubes y federaciones; aunque el objetivo primero debía ser la interacción social y la salud, a veces las aspiraciones no son realistas, primando el rendimiento y el agonismo (en categorías de base, algunos monitores ejercen más de entrenadores de miniatletas que de educadores), y este espíritu también explica las tanganas que se producen en algunas competiciones locales.

En este tipo de deportes, con jóvenes, debemos utilizar la competición con un prisma educativo más que selectivo y discriminatorio, ya que

cuando las exigencias y las presiones se elevan en exceso, aumentan las posibilidades de fracaso y abandono, por lo que debemos ser cautos en la utilización de la competición deportiva.

- ❖ Deporte de alto rendimiento, en el que predomina una excesiva selección, grandes esfuerzos y medios, y donde se produce una continua lucha entre la salud y el rendimiento (la salud no se busca como un fin, sino como un medio para rentabilizar una inversión, ya que si el deportista está sano, tendrá más posibilidad de rendir). Este tipo de deporte es normalmente el menos saludable.

Nosotros utilizaremos como expresión más cotidiana y generalizadora la de actividad física o actividad físico-deportiva, abarcando todas las posibles concepciones del concepto deporte: por una parte, el reglado, formal y competitivo, y por otra, las actividades recreativas realizadas con fines no agonísticos. Independientemente de la terminología utilizada, lo más importante es afianzar en los jóvenes correctos hábitos deportivos para intentar que esta activa vida se mantenga en el futuro.

1.7.- Calidad de vida.

Uno de los conceptos mas relacionados con la forma en que las personas intentan alcanzar la felicidad es la calidad de vida. Cuando hablamos del concepto calidad de vida, nos referimos particularmente a grupos o comunidades, en las cuales existe un óptimo bienestar entre las cinco dimensiones que constituyen la salud, e incluye la integración familiar, participación comunitaria activa, y el lograr establecer estilos de vida adecuados, tales como actividad física regular, buena alimentación, entre otros, y calidad ambiental (Lopategui, 1997).

Antes de continuar, es conveniente tratar de aclarar que significa tener calidad de vida.

Levy y Anderson (1980), definen la calidad de vida como,

“una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe el individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa; e influyen en la misma aspectos tan variados como la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la vivienda, la situación financiera...”

Al considerar el concepto de calidad de vida, como algo subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, el bienestar..., se hace aún más complejo el poder dar una sola definición de la misma.(San Martín, 1997).

La clave para que una persona considere que posee calidad de vida, no tiene porqué encontrarse en la posesión de objetos y experiencias, sino en el significado que se les da. Esto provoca que cada persona pueda definir la calidad de vida de forma diferente. En general las mayores coincidencias están en entender la calidad de vida como felicidad, satisfacción con la vida que se lleva y con un alto bienestar psicológico.

Torres (1999) citando a Levy y Anderson (1980), consideran como indicadores de calidad de vida que se repiten con mayor frecuencia en los estudios sociológicos, los siguientes:

1. Salud.
2. Consumo de alimentación.
3. Educación.
4. Ocupación, condiciones de trabajo.
5. Condiciones de vivienda.
6. Seguridad social.
7. Ropa.
8. Derechos humanos.

Maslow, citado por Racionero (1986), establece una jerarquía de necesidades, organizando los indicadores de calidad de vida en cuatro campos:

1. Seguridad personal: incluye la cobertura de las necesidades biológicas del cuerpo y sus indicadores económicos; así como indicadores de protección, seguridad y salud.
2. Ambiente físico: indicadores de este tipo hacen referencia al ambiente urbano: polución, ruido, congestión, desplazamientos. También tienen una clara relación con la salud.
3. Ambiente social: hace referencia a la pertenencia a grupos, amistades, afectos...

4. Ambiente psíquico: incluye indicadores sobre la necesidad de autorrealización o libertad para el pleno desarrollo de talentos y capacidades de la persona.

1.8.- Movimiento.

El término Movimiento indica un cambio en lugar, posición, o postura, del cuerpo como un todo, de sus segmentos, o del centro de masa en relación a un sistema de referencia en el ambiente (Hamill, 1995; Kent, 1994). El movimiento corporal se produce por la acción de los músculos esqueléticos, lo cual implica la utilización y liberación de energía.

1.9.- Educación para la salud en la escuela (EpS).

La educación para la salud (EpS) se ha convertido en pocos años en un tema presente en los currículums educativos, lo que ha obligado, en cierta medida, a reflexionar al profesorado, no con la obligación de impartir una nueva asignatura sino el de enfocar la educación de una forma más utilitaria y realista. De esta manera, se pretende educar para la vida (Coll, 1991), más que considerar al alumno como un mero receptor de conocimientos, válidos para aprobar una determinada materia (concepción constructivista del aprendizaje escolar).

Ello va a depender de la participación activa de una población bien formada e informada sobre la necesidad de cambiar determinados hábitos, muy arraigados e instaurados en nuestra sociedad de consumo. Así, la EpS se convierte en el eje clave para que esa modificación y aceptación de conductas saludables sean posibles, ya que debe ampliar los conocimientos de la población escolar, que están en fase de formación física, psíquica y social, además de ser muy receptivos al aprendizaje de dichos conocimientos y a la asimilación de hábitos (Salleras, 1985).

En opinión de Tuvilla Rayo (2002), la idea de transversalidad sintetiza la forma en que están recogidos en los programas actuales: atravesando y recorriendo el currículo de las diferentes áreas y materias. Esta forma de abordarlos y tratarlos se considera renovadora en tanto que los planteamientos tradicionales parecían encomendar la responsabilidad de su tratamiento a las Ciencias Sociales, la Religión, la Ética, etc.

Con el término “transversal” se hace alusión a la ubicación o al espacio que se pretenden ocupen ciertos contenidos dentro de la estructura curricular de cada ciclo o nivel. Estos contenidos son concebidos como ejes que atraviesan en forma longitudinal y horizontal el currículo, de tal manera que en torno a ellos se articulan los temas de las diferentes áreas de formación.

González Lucini (1994), considera que los temas transversales, referidos a la educación en valores, responden a realidades o a necesidades que tienen una muy especial relevancia para la vida de las personas y para la positiva y armónica construcción de la sociedad contemporánea, por lo que se pretende dotar de contenido humanista a la globalidad de nuestros proyectos educativos.

Hernández Morales (2002), concede a los temas transversales una visión de conjunto de lo que sería una auténtica educación en valores. En sus palabras:

Podríamos decir que es el conjunto de aspectos socio-culturales y educativos que de forma engarzada generan una formación globalizadora que permite a las personas crecer en todos los aspectos relativos a su emancipación personal y social. Les posibilita ser críticos, independientes, solidarios y estar abiertos a descubrir y desarrollar todos los aspectos que le configuran como ser humano con conciencia propia (de si mismo) y conciencia social (de persona en un contexto socio político y cultural determinado), para desde ahí poder asumir los retos de su propia vida y de sus acciones sobre el medio de forma consciente y responsable, conectando con sus propias necesidades, creencias, sentimientos y pensamientos, QUE EN DEFINITIVA LES PERMITA SENTIRSE FELICES (AUTÉNTICOS) ASUMIENDO SUS PROPIAS DECISIONES Y SIENDO CONSCIENTES Y RESPONSABLES DE LAS MISMAS.

En la actual situación sanitaria, con problemas de salud como el sida, las drogas o la marginalidad, educación significa cambio, participación, innovación, creatividad y posicionamiento ante la sociedad (Serrano, 1989), por lo que "educar para la salud, hoy día, es educar en la autoestima, en el protagonismo, en la confianza y en las ganas de vivir" (González Lucini, 1994).

Ahora bien, Casimiro (1999) considera “que se debe mantener una actitud reflexiva, evitando caer en una nueva moral u obsesión de lo sano por encima de todo”. Pozuelo y Travé (1995), intentan enlazar dicho dinamismo social con el tema transversal EpS, a través del Gráfico 1.1.

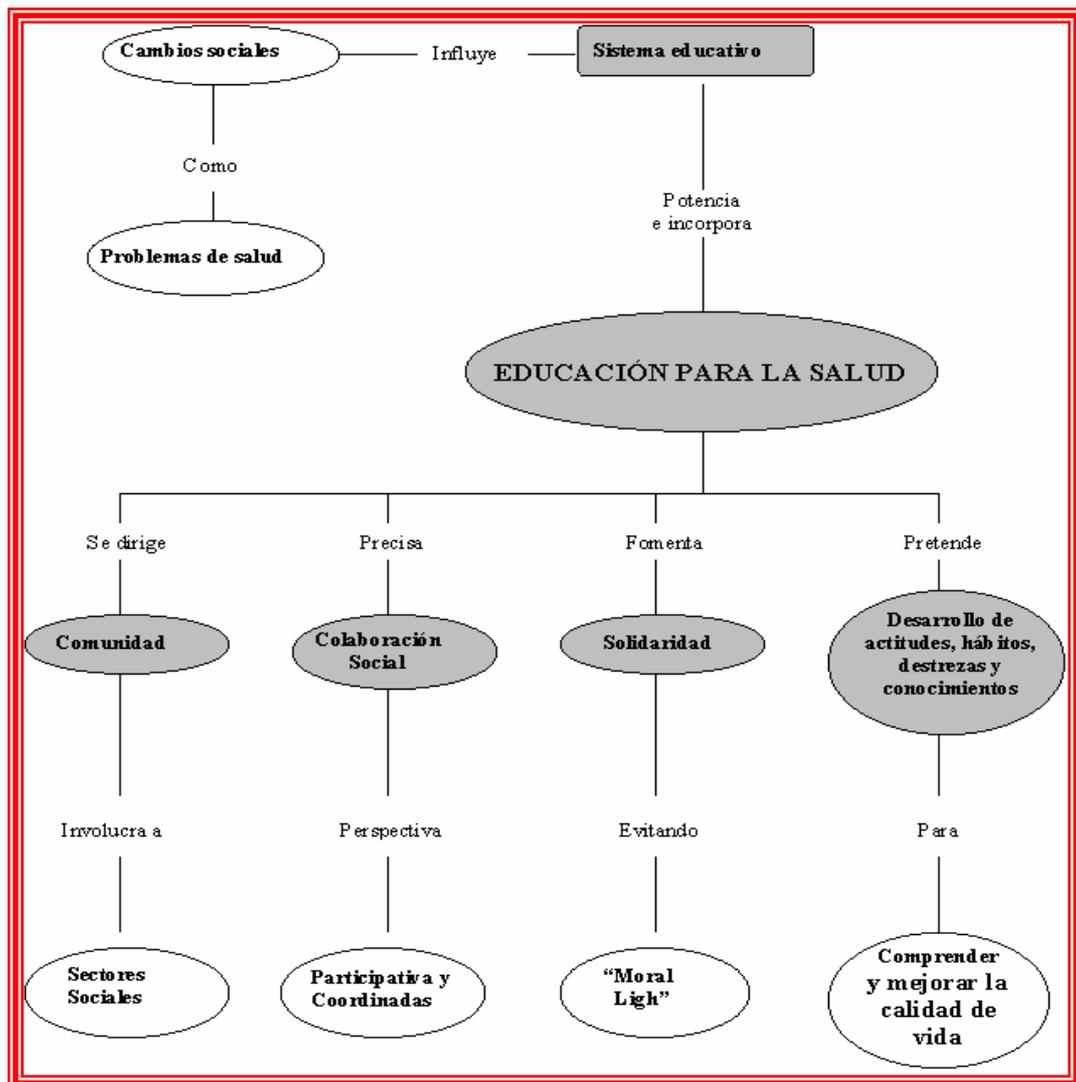


Gráfico 1.1.- Modelo de Educación para la salud (adaptado de Pozuelos y Travé, 1995)

Se puede entender que la Educación para la Salud es un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

La Educación para la Salud se relaciona con otros temas transversales en cuanto favorezcan o participen de cuestiones saludables. Así un medio ambiente saludable, invade el aspecto físico, pero también el cultural y el social; la Educación Vial como medio para evitar accidentes o conductas agresivas; la Educación para el Ocio para orientar aficiones deportivas y sociales , que no entrañen riesgos para la salud personal o de los otros; la

Educación para el Consumo como prevención de drogodependencias o desarrollo de aptitudes personales para un consumo sano y racional; o la Educación para la Paz como garante de actitudes no violentas y solidarias que favorecen un clima social sano.

Este enfoque de EpS no necesita ninguna financiación especial, sino desarrollar campañas de concienciación y promoción de la salud.

Casimiro (1999) expone algunas de las definiciones más significativas de Educación para la Salud como tema transversal:

Para Martí (1977), dicha EpS consiste en,

"un proceso de información y responsabilización del individuo con el fin de que adquiera los conocimientos y hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual, colectiva y de la naturaleza".

Según la XXXVI Asamblea Mundial de la Salud (1983):

"se entiende por Educación para la Salud (EpS) cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación donde la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga todo lo que pueda individual y colectivamente para mantenerla y busque ayuda cuando lo necesite".

Perea (1992) la define como:

"un proceso de formación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones, tanto individuales como sociales, y, también, del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, objeto de poder tener una vida sana y poder participar en la salud colectiva".

Rodríguez (1993), define la EpS como:

"un conjunto de experiencias de aprendizaje planificadas, que faciliten la modificación de comportamientos negativos y/o la construcción de comportamientos positivos de salud, de una forma voluntaria".

Así, existe una positiva evolución del concepto, limitado tradicionalmente a cambiar conductas de riesgo, convirtiéndose en la actualidad en un instrumento para el cambio.

La EpS debe dirigirse a todos los sectores de la comunidad, debiendo tener presente que los hábitos de un joven son, en gran parte, imitación de la conducta de aquellas personas con las que convive (Sánchez y col., 1992). Por tanto, sus comienzos deben ser en el seno de la propia familia, ya que la primera escuela es la casa (marco donde se realiza la socialización primaria), y los padres tienen que estar implicados en el afianzamiento de dichos hábitos saludables, para lo que necesitan una formación específica que evite contradicciones en la mente del escolar entre lo que se le dice en el colegio y la posible formación antagónica que pueda recibir en casa (De Diego y col., 1982).

Como indican Pozuelos y Travé (1995), se impone necesariamente una coordinación entre la familia y el centro docente (inmerso en un contexto social), ya que si no es así, la labor académica tendrá escasa repercusión en la vida diaria, provocando un conflicto cognitivo y un distanciamiento entre lo que se dice y lo que se hace (por ejemplo, entre la añorada y saludable dieta mediterránea y la realidad constatable del progresivo aumento de la comida rápida "americana", o por ejemplo, el excesivo número de horas que el escolar pasa viendo programas violentos o agresivos en televisión).

Roque y col (1993), enfatizan en,

"la necesidad de actuar en la familia y en la escuela como los principales focos de atención y modificación de hábitos y conductas que ayudarán a mejorar el nivel de salud de la población".

Así, el modelo idílico de interrelación profesor-padres, realmente no se produce con la contundencia, formalidad y seriedad necesaria que ello merece, especialmente en la educación secundaria (Palacios y Paniagua, 1992).

Casimiro (1999) entiende que *"a sabiendas de la gran influencia ejercida por la familia, los medios de comunicación y la misma sociedad, el lugar ideal para el desarrollo de dicha EpS es la escuela, tanto en Primaria como en Secundaria, de forma interdisciplinar por todas las materias, evitando propuestas catastrofistas o excesivamente restrictivas ante ciertas conductas o hábitos".* (Simon-Morton y col., 1987; Bar-Or, 1987; Almond y Devís, 1989;

Harris, 1995; Delgado y Tercedor, 1998). A este respecto, Medina (1995) comenta: "...la esperanza hemos de ponerla en nuestra juventud, no prohibiendo sino formando...".

La Educación para la Salud (EPS) ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la Reforma Educativa en curso en España, y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico en la educación reglada y en la educación social (no reglada).

Sin embargo, la Educación para la Salud (EPS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EpS).

Así pues, la EpS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

Preventiva
De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

En opinión de Llaneras y Méndez (2000), existen otros temas transversales que consideramos implícitos en la Educación para la Salud, como es el concepto de la "coeducación" o de la educación para la Igualdad e

Interculturalidad, puesto que no consideramos "*diferencia alguna*" que distinga conceptos de salud distintos para unos y para otras, para blancos o amarillos, para fieles o infieles; todos por supuesto tienen derecho a una misma calidad de vida, estado de bienestar y felicidad. La salud no puede discriminarse para unos y para otros.

Mendoza y col.(1994) confirman al Centro escolar como el lugar más adecuado para desarrollar programas de promoción de la salud, argumentando los siguientes motivos:

- 1) Acoge a la casi totalidad de la población infantil durante bastantes años, en el momento de la vida que es más fácil asimilar hábitos, actitudes y conocimientos, ya que la modificación de conductas es mucho más compleja en el adulto.
- 2) Los profesores son profesionales especializados en educar, sabiendo fomentar estilos de vida saludables.
- 3) Es un "derecho" del alumno, ya que la sociedad le va a exigir constantemente que decida o escoja entre diferentes opciones, y la escuela debería haberle orientado al respecto sobre lo que es positivo y negativo para su salud, para que la persona escoja voluntariamente, pero con conocimiento de causa.

Por otra parte, Devís y Peiró (1992) indican que para llevar a cabo todo lo referente a modificación de hábitos que influyen en la salud, se deben tener en cuenta una serie de factores que influirán en este proceso:

- Análisis de la realidad: Se deben conocer las necesidades y problemas de salud de la comunidad donde se encuentre la escuela para partir de un conocimiento objetivo que nos marque la actuación a seguir.
- Conocer en profundidad las conductas, creencias y valores de dicha comunidad.
- Analizar los factores que influyen en los problemas de salud de la comunidad (falta de higiene, nivel cultural,..)
- Participar activa y estrechamente con la comunidad para intentar modificar los hábitos.

1.9.1.- Relación entre la Educación para la Salud (EpS) y la Educación Física.

Torres (1998) indica que la E. F, en sus inicios tuvo que defender y justificar una serie de necesidades humanas que se consideraba capaz de cubrir. La salud fue, por medio de la gimnasia, una de las necesidades a cubrir por nuestros contenidos que influyó decisivamente en la inclusión de la E.F. dentro del sistema educativo.

Además, este autor comenta que *"la nueva concepción sobre la salud que surge en los años 70 y 80 en los países desarrollados, especialmente en los anglosajones, está afectando considerablemente a la enseñanza de la Educación Física. Si bien esta preocupación se manifiesta con cierto retraso en el panorama cultural español, el enfoque sobre la salud se nos presenta como un elemento innovador en el currículo de la Educación Física que posee importantes repercusiones para el futuro de la asignatura"*.

Casimiro (1999) reconoce que *"tradicionalmente, el tratamiento de la salud en las clases de E.F., ha tenido un fundamento biomédico, como promoción de la salud física. Sin embargo, en la actualidad, debe ser tratada, desde dicha área, bajo una perspectiva integral (biológica, psicológica y social), como un medio preventivo ante cualquier agente estresante que pretenda romper el equilibrio entre el individuo y el medio en el que se desenvuelve"*. Así, la E.F. debe favorecer un cambio comportamental (Rodríguez Marín, 1995), en cuanto el alumno debe conocer y autogestionar los factores que disminuyan el riesgo de lesiones o de prevención para contraer enfermedades de toda índole. Para ello, *"la E.F. debe abandonar muchas nociones y rutinas tradicionales, y abrirse a las nuevas demandas y necesidades de la sociedad, respecto a la salud"* (Sánchez Bañuelos, 1996).

Está claro que durante el tiempo que pasa el joven en la escuela no realiza un volumen de actividad física a un nivel apropiado para permitir efectos significativos para la salud o para actuar como una medida preventiva en factores de riesgo (Saris y col., 1980). Esto se pone de manifiesto con los registros de actividad física del escolar, a través de diferentes medidas, como pueden ser a través del control de la frecuencia cardíaca durante todo el día (Armstrong y col., citados por Piéron, 1997; Tercedor, 1998) o de cuestionarios (Simons-Morton y col., 1990; Cantera, 1997).

Pero alcanzar objetivos tan ambiciosos como propone la LOGSE o más recientemente la LOCE o la LOE, con dos horas de clase a la semana es complejo y se precisa de otros tiempos pedagógicos (actividades extraescolares, actividad física en la vida familiar) para poder conseguir dichos objetivos.) El deporte en edad escolar es un buen medio para conseguir objetivos duraderos y hábitos saludables.

Los objetivos del deporte en edad escolar, según Torres (2002) deberían ser.

1. *“Otorgar una visión humanista del deporte, dónde lo que tenga valor sea la persona, sus intereses y sus motivaciones.*
2. *Recuperar el valor pedagógico del autoconcepto, del esfuerzo, de la constancia como valores instrumentales que permitirán a nuestros alumnos ser mas tolerantes.*
3. *Valorar mas el proceso que el producto, entendiendo que lo mas importante no es dónde se ha llegado, sino el camino que se ha seguido para hacerlo.*
4. *Aceptar la deportividad como valor propio del deporte, extendiéndolo a todos los ámbitos de su manifestación.*
5. *Fomentar una educación deportiva dónde los valores que predominen sean la cooperación, la solidaridad, la tolerancia y el respeto a los compañeros y adversarios.*
6. *Enseñar a disfrutar del juego, independientemente del resultado, experimentando sentimientos de satisfacción.*
7. *Respetar las normas y reglas por encima de intereses particulares o de grupo.*
8. *Valorar la importancia de la practica del deporte de manera habitual como un hábito de vida que colabora al concepto global de la salud.*

Casimiro (1999) indica que existen dos factores primordiales, a nivel de aula, en la interrelación entre E.F. y hábitos deportivos futuros:

a) Programa de contenidos.

Tal como indica Torre (1998), los objetivos de la E.F. no se centran tan sólo en facilitar experiencias dentro del contexto escolar sino en prepararlos también para crear hábitos deportivos cuando éstos estén fuera del mismo.

De esta manera, las experiencias recibidas en clase de E.F. van a influir, de forma evidente, en las orientaciones psicológicas hacia la actividad física y en la adquisición de hábitos deportivos futuros (Fox, 1988). Así, las malas

experiencias pueden provocar frustraciones y desánimos, que pueden condicionar dicho futuro deportivo.

Para ello, se deberían contemplar las capacidades y los intereses de todos los escolares, que son bien diferentes según la edad y el sexo. En este sentido, Almond (1983), describe que los programas son excesivamente competitivos y orientados hacia la adquisición de habilidades motrices, lo que favorece el fracaso de los perdedores y menos dotados, y con ello su rechazo a una implicación deportiva futura. La solución está en orientar dichos contenidos, de forma atractiva y agradable, hacia la salud y el ocio.

Otros autores (Álvarez, 1990; Mendiara, 1986, citados por Torre, 1998), destacan que se le concede mayor importancia a capacidades, actitudes y valores atribuidos socialmente al género masculino (desarrollo de la condición física, deportes y competiciones), relegando a un segundo plano contenidos considerados como femeninos (expresión, ritmo, relajación, agilidad, etc.).

Además, las actividades físico-deportivas preferidas por el alumnado en su tiempo libre tampoco se contemplan en la programación de contenidos. Así, García Ferrando (1993), indica que las actividades que prefieren realizar los jóvenes son: gimnasia, natación, danza o baile, baloncesto, voleibol, y andar o trotar; mientras, los chicos prefieren: fútbol, baloncesto, balonmano, atletismo, artes marciales y fútbol sala.

b) Estilo de enseñanza y sistema de evaluación.

Casimiro (1999) considera que *“aquellos estilos que utilizan exclusivamente la instrucción directa, donde el alumno tiene pocas posibilidades de contribuir al proceso de enseñanza-aprendizaje, y, además, la evaluación está basada en la superación cuantitativa y cualitativa del rendimiento en determinadas pruebas o habilidades, favorecen experiencias frustrantes y una baja autoestima motriz.”*

Así, se deberían fomentar estilos que favorezcan la indagación, donde el alumno pueda compartir decisiones con el profesor, y evaluaciones individualizadas donde se contemple el progreso personal más que la comparación con los demás (Sánchez Bañuelos, 1996).

1.9.2.- Nuevos enfoques metodológicos en la Educación Física orientada a la salud.

Cuando analizamos el nombre de esta asignatura apreciamos que está formada por 2 palabras: lo educativo (más asociado a lo cognitivo o intelectual) por un lado, y lo físico (vinculado a lo corpóreo o al rendimiento físico), por otro lado; así, dependiendo del matiz dado por el docente hacia un extremo u otro, puede desencadenar en una gran libertad y diversidad de enfoques que la hacen realmente amplia, aunque en cualquier caso debe tener un carácter vivencial, integral y educacional a través del movimiento (Sánchez Bañuelos, 1996).

El enfoque metodológico de la E.F. con respecto a la salud para algunos profesionales (los más prácticos) versará sobre la experimentación y el desarrollo cuantitativo de los componentes de la condición física-salud (resistencia aeróbica, movilidad articular, fuerza y resistencia muscular), mientras que para los otros (los más teóricos), dicho enfoque metodológico se basará en la asimilación de conceptos, o sea que el alumno conozca, entre otras cosas, los efectos fisiológicos de la actividad física en cada uno de los órganos y sistemas del cuerpo, las modificaciones de la frecuencia cardiaca y su significado durante el esfuerzo y la recuperación, el origen e inserción del músculo cuya contracción anisométrica produce tal efecto, etc.

En la búsqueda del equilibrio entre ambos extremos va a estar la mayor virtud del buen profesional, es decir, favoreciendo el desarrollo educativo desde la continua experimentación por parte del discente.

Otras tendencias pueden ser las del profesor que hace de médico y fisioterapeuta al mismo tiempo, tratando determinadas alteraciones o anomalías funcionales a través del ejercicio, en vez de prevenir y aconsejar por medio del mismo.

Otros docentes convierten sus aulas en teatros, discotecas o academias de danza, porque su enfoque y matiz profesional se centra en la expresividad del cuerpo a través de danzas del mundo, aeróbic, escenografías, etc.

También compartimos profesión con anárquicos compañeros que basan su metodología en el juego libre, donde cada escolar hace lo que le apetezca como si de un recreo se tratara.

Del mismo modo, es frecuente comprobar en muchos centros cómo las clases se convierten en mini-entrenamientos de determinados deportes tradicionales, donde lo que prima y se evalúa para aprobar son determinados gestos o fundamentos técnicos, como si de un club se tratara. Sin embargo, para otros críticos docentes, el deporte en clase de E.F. es antieducativo, por la selección y marginación de los menos dotados. Por otra parte, si lo que pretendemos es incluir contenidos agradables, muchos de nuestros alumnos, lo que realmente prefieren es hacer deporte; así, ¿cuántas veces hemos tenido que escuchar aquello de: ¿profe, cuándo vamos a jugar al fútbol?

Todas estas tendencias, tan contradictorias entre sí, hacen que la misma asignatura impartida a dos grupos del mismo curso, incluso en el mismo centro, por 2 profesores diferentes, tengan poco parecido entre ellas, causando un desequilibrio mental en el estudiante que lo único que provoca es favorecer la adopción de hábitos sedentarios y de rechazo hacia la materia.

Hoy nadie duda de los beneficios que una actividad física de intensidad moderada, de continuada frecuencia y de duración adecuada, favorece el estado de salud global de la persona. Sin embargo, la utilización de la actividad física como medio para incrementar los niveles de salud, así como su uso para la ocupación constructiva del tiempo libre y convertirlo en ocio activo, está aún hoy lejos de ser generalizado.

En la línea de lo expuesto en el párrafo anterior, la revisión realizada por Simons-Morton y cols.(1988) sobre los patrones de actividad física de los jóvenes desvela un problema; la sociedad no ha sabido persuadir a los jóvenes para que adopten un estilo de vida activo y se impliquen en la práctica frecuente de ejercicio físico.

Para favorecer y generar una actitud positiva del alumnado, el profesor debe utilizar, basándose en los intereses actuales de los jóvenes, unos contenidos divertidos, entretenidos, interesantes, variados y no excesivamente competitivos (sin caer en el error de convertir las sesiones en pasatiempos inútiles o recreos), en un ambiente agradable, estimulante y no hostil, donde su comportamiento sea activo con feedback continuos (para que el alumno perciba sus logros y habilidades) y atenciones con los alumnos (Sánchez Bañuelos, 1996).

El ejercicio físico se debe utilizar con un fin formativo y complementario, para conseguir la educación integral de nuestros alumnos. Ahora bien, deberíamos conocer la opinión del alumnado sobre nuestras clases y, además, plantearnos si a través de las mismas somos capaces de motivarlos hacia una vida activa presente y futura. (Casimiro, 1999)

Con respecto a los intereses, Coll y col. (1993) indican que las metas que persiguen los alumnos en clase de E.F. están relacionadas con:

1. El aprendizaje: deseo de incrementar la propia competencia motriz; por propio interés; o porque la tarea es novedosa y gratificante.
2. La ejecución: ser mejor que otros o no ser peor que los demás.
3. La valoración social: la aprobación de los demás.
4. Las recompensas externas: conseguir buenas notas, premios, etc.

El alumno puede perseguir más de una de estas metas, pero en cualquier caso para mejorar la motivación de los jóvenes es mejor atribuir los éxitos o fracasos al esfuerzo, como causa interna.

Sánchez Bañuelos (1996) indica que para fomentar hábitos a largo plazo, los contenidos imprescindibles son el acondicionamiento físico orientado hacia la salud y actividades que impliquen aprendizajes significativos, bajo una perspectiva constructivista, en su triple vertiente:

- Conceptual: conocimientos sobre actividad física y salud.
- Procedimental: experiencias significativas.
- Actitudinal: actitudes positivas hacia la actividad física.

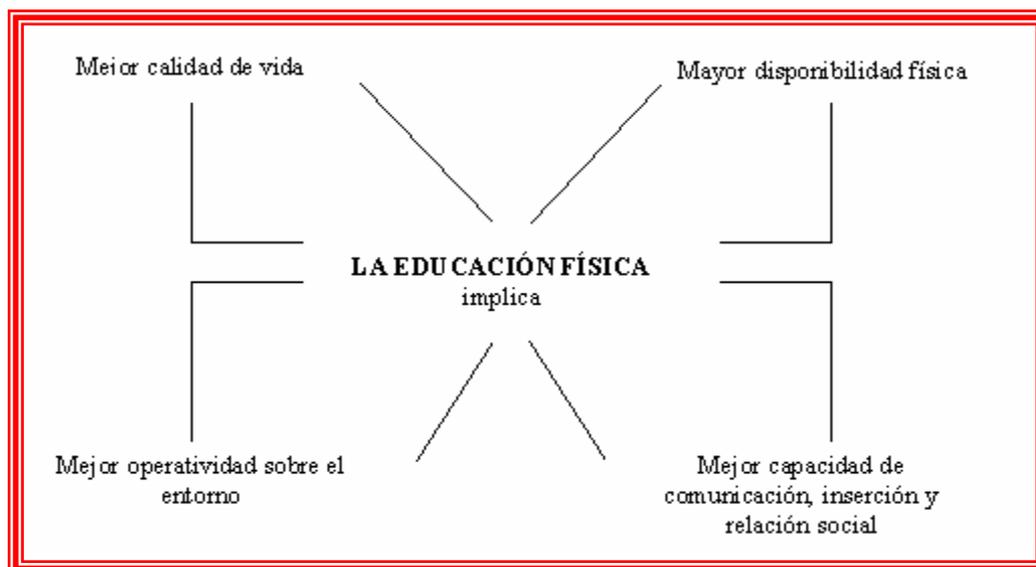


Gráfico 1.2.- Implicaciones de la Educación Física con el objetivo de promover la salud (Fuente: Sánchez Bañuelos, 1996).

Almond (1992) citado por Casimiro (1999) indica que una E.F. basada en la salud debe conseguir que:

- Se favorezca el proceso de maduración y el desarrollo equilibrado en el escolar.
- Se adquieran habilidades y conocimientos para reconocer los valores del ejercicio físico para la salud.
- Aprendan a adoptar un estilo de vida activo y mantener un compromiso con la vida activa.
- Evolucionen desde la dependencia del profesor a su propia autonomía e independencia.

A estas consideraciones, Devís y Peiró (1991), citados por Casimiro (1999:38) añaden:

- La participación directa del alumno en el proceso.
- Orientarles hacia los aspectos cualitativos de la actividad (ejercicios seguros y correctos).
- Reorientación del desarrollo de la condición física hacia la salud.
- Proporcionar un adecuado y equilibrado conocimiento teórico y práctico.

Maslow. (1973), es considerado como el padre de la psicología humanista a la que, sin embargo, él mismo denominó inicialmente «*holístico-dinámica*». Este autor estimó que la comprensión de la salud no podía derivarse del estudio de las personas enfermas. Y pretendió desarrollar una psicología de la salud basada en el estudio de los individuos que más parecían haber madurado humanamente. Elaboró una teoría de la motivación humana con una organización jerárquica de las necesidades. Estas necesidades irían desde la supervivencia básica hasta las «*metanecesidades*» (o necesidades de crecimiento), que tienden a actualizar todo aquello que el individuo es capaz de ser, hasta llegar a la autorrealización.

Según Maslow. (1973), el nivel de salud “*vendría dado por la medida en que se satisfacen necesidades humanas progresivamente superiores y esta satisfacción vendría propiciada por la maduración. Algunas citas del diario del profesor nos inducen a plantear las diferencias a nivel de maduración psicológica que hay entre alumnos de la misma edad cronológica*”.

La perspectiva holística recoge un híbrido de los enfoques anteriores, construyendo un curriculum enriquecedor desde el punto de vista de la salud, dentro del marco constructivista ya mencionado, determinado por la búsqueda de aprendizajes significativos en un proceso de construcción en base a determinadas experiencias, que supongan un acercamiento entre la escuela y la sociedad.

En definitiva, existen 3 modelos básicos en las tendencias de la E.F. orientada hacia la salud: modelo médico (repercusiones del ejercicio sobre la salud), psicoeducativo (conseguir que el alumno adopte voluntariamente hábitos saludables) y sociocrítico (promueve la reflexión y discusión de determinados temas que crean controversia en el ámbito de la salud). (Devís y Peiró, 1992).

Hecha esta breve recopilación sobre las orientaciones tradicionales y actuales de la E.F., y comprobando la necesidad de introducir metodologías y contenidos de condición física-salud frente a los tradicionales de condición física-rendimiento, se pretenderá que el alumno no supere unas marcas cuantitativas, determinadas en función de unos baremos comparativos con los demás, sino que la superación sea con respecto a uno mismo, manteniéndose en unos intervalos óptimos de condición cardiovascular (consumo de oxígeno, frecuencia cardiaca en reposo y ejercicio), morfológica (composición corporal,

amplitud de movimientos), muscular (fuerza y resistencia muscular), y neuromuscular o coordinativa (percepción, equilibrio, habilidad).

Como se ha comprobado en dicha revisión, el objetivo final de las nuevas tendencias metodológicas con respecto a la salud será el conseguir jóvenes activos en su tiempo libre. Así, con el propósito de una mayor participación físico-deportiva de los jóvenes, García Ferrando (1993) determina 3 predictores, que son los principales determinantes causales del hábito deportivo:

- 1) Hábitos deportivos de los padres, especialmente de la madre.
- 2) Importancia de la E.F. en el colegio y la influencia del profesor de E.F. por interesarle por el deporte.
- 3) La propia concepción del joven para su práctica, con la búsqueda de un ambiente agradable de diversión con sus amigos.

Dicho autor incide en la trascendencia interaccionada de dichos predictores, para la práctica físico-deportiva voluntaria, confirmando que *"Si fomentamos estos 3 factores podremos maximizar la influencia sobre los comportamientos de los jóvenes; no debemos convertir las clases de E.F. en un lugar de aburrida disciplina corporal, sino en una fuente de motivaciones positivas hacia la cultura física"* (García Ferrando, 1993).

Del mismo modo, Delgado y Torres (1998) indican que para que esta actividad física sea atrayente para el alumno debe tener una serie de características e implicaciones didácticas, entre las que destacan:

- Debe ser lúdica, saludable y significativa
- Debe permitir su autonomía y conseguir funcionalidad futura
- Debe aprovechar y recuperar espacios no utilizados y evitar la infrautilización de los existentes.
- Debe permitir horarios flexibles.
- Debe acoger la interdisciplinariedad con otros profesionales.

1.10.- Relación de la salud con la actividad física y el deporte.

A menudo, médicos, psicólogos, entrenadores, profesores, padres..., nos vemos envueltos en la tan sonada recomendación general de " hacer ejercicio".

Pero éste es un tema delicado, tratado en ocasiones con frivolidad, sin la atención necesaria y sin plantear dos puntos de vista sumamente importantes:

- 1) *Por una parte, ¿se conoce realmente cuál es el ejercicio adecuado para la salud? ¿Es saludable cualquier ejercicio?. ¿Tienen claro este concepto los médicos de atención primaria, los profesores de Educación Física, los entrenadores deportivos, los monitores de gimnasia, .?.*
- 2) *Por otra parte, está el hecho demostrado en los estudios de García Ferrando (1986, 1991, 1993, 1996 y 1997) sobre los hábitos deportivos de los españoles, donde se manifiesta un gran interés por el deporte, pero resulta escasa la realidad de participación en el mismo. (Casimiro 1999)*

Estas reflexiones nos demuestran que el conocimiento popular de los beneficios de la actividad física y el incremento por el interés en el deporte, no implican la movilización ciudadana, ni garantizan, en el caso de los participantes, que la práctica sea adecuada, pues, en muchas ocasiones, mientras se cree estar trabajando para mejorar la salud, la forma de programar o ejecutar los entrenamientos tiene más que ver con el éxito y el rendimiento que con la promoción de una vida saludable (Colquhoun y Kirk, 1987).

Casimiro (1999) destaca la importancia que se le está dando a la salud, en su relación con la actividad física, tiene lugar en todos los lugares del mundo. *“Así, en Rusia se ha creado una nueva ciencia llamada valeología (“valeo” en latín significa estar sano), que estudia la salud individual y comunitaria, y que se imparte como asignatura obligatoria en todas las carreras universitarias de dicho país, con el objetivo que el joven se autoconozca y sepa los recursos para hacer lo mejor para sí mismo, en definitiva, que adquiera hábitos de salud.”*

Del mismo modo, diversos estudios epidemiológicos han demostrado el enorme número de afecciones sobre las que puede incidir positivamente el ejercicio físico: enfermedades cardiovasculares (arteriosclerosis, hiperlipidemia, hipertensión, varices, cardiopatía coronaria, ...), respiratorias (asma, bronquitis crónica, ...), osteoarticulares (artrosis, osteoporosis, ...), mentales (estrés, depresión, ...), diabetes, algún tipo de cáncer, etc. (Marcos Becerro, 1989 y 1994; D'Amours, 1988; Bouchard y col., 1990); (Casimiro, 1999).



Gráfico 1.3.- Incidencia del ejercicio en determinados hábitos o enfermedades (fuente: Marcos Becerro, 1994).

Aún sin poder, ni deber, considerar el ejercicio físico como una panacea, no existe ninguna otra medida terapéutica capaz de ejercer algún tipo de acción sobre un número tan considerable de afecciones. Así, colabora con otras medidas, especialmente la alimentación, a la prevención, curación y rehabilitación de muchas enfermedades. En este sentido, Marcos Becerro (1994) indica: *"cuesta mucho creer que la evolución o el creador se hubiera equivocado tanto, como para dotar al hombre de una gran cantidad de algo (músculo = 40% del peso total corporal), de lo que pudiera prescindir, sin alterar las relaciones entre los diversos órganos y sistemas, originando, por tanto, algún problema en su salud"*.

En cualquier circunstancia, es mejor pasar del sedentarismo a una práctica moderada que de ésta a una intensa. La práctica debe ser continua y frecuente, y nunca irregular, discontinua e intensa, para ello es necesario que la practica sea diseñada, programada y ejecutada de manera adecuada.

Águila y Casimiro (1997) definen dicho programa de ejercicio físico para la salud como el "conjunto de actividades físicas y/o deportivas desarrolladas con la intención de mejorar los parámetros de salud que capacitan al individuo para realizar sus actividades diarias con vigor y reducen los efectos del envejecimiento sobre el organismo".

Todos aquellos profesionales de Educación Física y el Deporte que pretendan desarrollar un programa de ejercicio físico para la salud deben

considerarlo como un proceso educativo, intencional y sistemático, cuyo punto de partida es el análisis de cuatro factores (Águila y Casimiro, 1997):

*“¿Cuál es el ejercicio realmente saludable?
¿A quiénes está destinado el programa de ejercicio?. ¿Los ejercicios que se realizan tienen alguna contraindicación para el practicante?
¿Cuáles son los objetivos que dichas personas se plantean y/o necesitan para mejorar su salud?
¿Cuáles son las directrices metodológicas para planificar dichos programas de ejercicio físico para la salud?”*

Cuando se habla de ejercicio físico para la salud es necesario concretar el ámbito en el que nos movemos, esto es, el objetivo que perseguimos con el mismo. En este sentido, tenemos dos posibilidades: por un lado, la utilización terapéutica del ejercicio para el tratamiento, mejora o rehabilitación de una afección específica en la que la actividad física puede ejercer un efecto positivo; y por otro lado, el desarrollo de un programa de ejercicio físico que favorezca el mantenimiento de un estado general de salud en individuos sanos, así como prevenir determinadas enfermedades.

En cualquier caso, este ejercicio físico saludable retrasa el envejecimiento del sistema osteoarticular, ejerce un efecto positivo sobre la tensión arterial, el sistema cardiorrespiratorio, los trastornos metabólicos, el control del estrés, el mantenimiento de un tono muscular adecuado, los niveles de grasa corporal, y, sobre todo, nos aleja de hábitos no saludables y nos acerca a un estilo de vida sano y activo (D'Amours, 1988; Bouchard y col., 1994).

Es fundamental aclarar, pues, que la cantidad y tipo de ejercicio necesario para mejorar dichos parámetros de salud nada tiene que ver con el necesario para mejorar la condición física implicada en el rendimiento físico y/o deportivo. Además, "el lenguaje que utiliza el rendimiento es el de la selección, la competición, la exclusión, el estado de forma física, el sufrimiento ligado al rendimiento y las cargas de entrenamiento. En cambio, la participación utiliza el lenguaje de la inclusión, la igualdad, la implicación en actividades, el disfrute, el respeto, la cooperación, etc. (Devís y Peiró, 1993).

Para que una práctica física sea saludable debemos intentar beneficiarnos de sus efectos positivos y reducir al máximo sus riesgos. Por ello, además del obligado y específico reconocimiento médico de partida, con el fin de identificar a las personas con riesgos, debemos asegurarnos de la cantidad

óptima de ejercicio, de la máxima calidad del mismo (mediante el control de la seguridad durante su ejecución, así como la intensidad y ejecución técnica adecuada), y de una perfecta recuperación orgánica, en función de los objetivos perseguidos y la madurez biológica de la persona que lo practica.

En la relación evidente y beneficiosa entre la práctica de actividad física y la salud, existen 3 fuentes distorsionadoras (Sánchez Bañuelos, 1996):

- La idea del ejercicio como panacea universal es una valoración popular y superflua, ya que todo el ejercicio no es saludable (lo bueno no es la actividad en sí, sino cómo se lleva a efecto).
- La realización correcta de los ejercicios (aspectos cuantitativos y cualitativos). Hay que continuar profundizando a través de la investigación, ya que muchos estudios son vagos y metodológicamente erróneos.
- Desconocimiento de por qué y en qué circunstancias se generan los efectos (por ejemplo, una persona que pretenda adelgazar y comienza a ir a un gimnasio, comprobando más adelante que está engordando; o aquella persona que acude a la piscina para resolver sus dolores de espalda y, sin embargo no mejora nada, porque no sabe qué ejercicios son los más indicados).

En definitiva, el ejercicio, en lo referente a la mejoría de la salud, posee tres finalidades:

- Desarrollar el organismo hasta la mayor plenitud física posible.
- Conservar el mayor tiempo posible el desarrollo orgánico conseguido, para evitar derrumbamientos precoces.
- Reparar las anormalidades existentes, corrigiéndolas mediante los ejercicios adecuados.

La práctica de ejercicio físico saludable conlleva una planificación individual de las tareas, pero también el control durante su realización para que resulte seguro y efectivo (McGeorge, 1992) (citado por Devis y Peiró, 1992)

Águila y Casimiro, 1997 señalan como aspectos fundamentales de seguridad los siguientes:

- 1) *“Conocer bien las limitaciones personales y procurar no sobrepasarlas.*
- 2) *Introducirse progresivamente en la actividad mediante un buen calentamiento, y una vuelta a la calma regresiva, al final de la sesión.*
- 3) *Realizar los ejercicios con la técnica adecuada para evitar malas posturas que puedan provocar lesiones. Eliminar ejercicios contraindicados y mantener una atención especial a las articulaciones, sobre todo cuello, columna lumbar y rodillas.*
- 4) *Utilizar ropa cómoda que favorezca la transpiración y un calzado específico para la actividad.*
- 5) *Asegurarnos del buen estado del material, equipamientos, instalaciones y del cumplimiento de las normas de seguridad.*
- 6) *Mantenernos atentos y concentrados durante la ejecución de los ejercicios, sobre todo aquellos no automatizados.*
- 7) *Respetar los periodos de descanso, e hidratarnos suficientemente.*
- 8) *Si no se respetan los parámetros que aseguran la actividad física saludable, ésta se puede convertir en una práctica peligrosa, complicaciones cardiovasculares (incluso muerte súbita), conductas convulsivas (anorexia, bulimia,...), estrés por la competición, adicción o dependencia del ejercicio, etc. (Sánchez Bañuelos, 1996).”*

1.11.- El deporte y la salud.

Independientemente de la búsqueda de ejercicios correctos y adecuados para la salud, para poder conseguir efectos saludables, por la reiteración de la actividad, se hace imprescindible dar a los jóvenes lo que nos demandan, en función de sus intereses y motivaciones. Del mismo modo, cuanto antes se inicie una persona en la práctica de actividad física tanto más importantes serán los beneficios a largo plazo (Sánchez y col., 1992). Así, como manifiesta García Ferrando (1993), en los jóvenes, aunque su valoración verbal sobre el deporte es muy positiva, para que dicha impresión se corresponda en práctica voluntaria, ésta debe ser divertida y con los amigos.

De esta manera, el deporte, con unos propósitos lúdicos y recreativos, se complementaría con la obligatoriedad de la E.F. que, hoy día, en bastantes centros continúa siendo una práctica formal, repetitiva y rutinaria.

Dicha práctica deportiva, con un fin eminentemente agonístico, supone una actividad problemática dentro de la promoción de la salud, pues, por su propia naturaleza, existen dos riesgos claros para la salud: por un lado, en determinados deportes resulta difícil controlar la intensidad del ejercicio, pudiendo producir una adaptación inadecuada para el sistema

cardiorrespiratorio; y, por otro lado, está la mayor posibilidad de traumatismos, que pueden producir lesiones en el aparato osteoarticular y muscular (Devís y Peiró, 1992).

Sin embargo, un gran número de personas permanecen sedentarias porque el ejercicio físico les resulta monótono y aburrido. En estas situaciones, algunas prácticas deportivas pueden aportar la suficiente diversión y motivación como para mantenerse activo. Se hace necesario, pues, valorar los riesgos y beneficios del deporte para su inclusión en el programa de salud.

Sánchez Bañuelos (1996), comparando la conceptualización que sobre el deporte y la educación física tienen los estudiantes, con respecto a la salud, aprecia en ambos un carácter muy positivo y favorable, pero el deporte desarrolla actitudes emotivas más favorables hacia la práctica en el tiempo libre, siendo considerado por los escolares como más saludables. Deberíamos reflexionar entonces si realmente existe promoción del deporte escolar desde los mismos Centros y desde las Administraciones competentes.

Águila y Casimiro (1997) proponen una serie de aspectos preventivos en la práctica del deporte:

- 1) *“Utilizar adecuadamente el equipo, medios de protección, calzado, ropa y material.*
- 2) *Aprender la técnica de manera aceptable antes de ejecutar una práctica incontrolada.*
- 3) *Controlar la respuesta del organismo para no forzar sus limitaciones. Plantear la actividad con las debidas interrupciones para descansar y rehidratarse.*
- 4) *Si el deporte es de oposición, buscar rivales de un nivel físico y técnico similar para evitar sobreesfuerzos.*
- 5) *Evitar la agresividad en el juego. Subrayar el componente recreativo y de cooperación, eliminando todo lo posible el aspecto competitivo.”*

1.11.1.- Efectos de la actividad física en la salud del escolar.

❖ Beneficios del ejercicio a nivel biológico.

Los estudios sobre los efectos biológicos de la actividad física en adultos son frecuentes (D’Amours, 1988; Bouchard y col., 1990 y 1994; Federación Internacional de Medicina Deportiva -FIMS-, 1989; Aztarain y De Luis, 1994; American College of Sport Medicine, 1998), sin embargo en el mundo infantil es escasa la bibliografía al respecto, quizás por las dificultades metodológicas y éticas que conllevan estas investigaciones. A veces, los investigadores se han preocupado más de los riesgos de la especialización precoz y del

entrenamiento específico en jóvenes -como pueden ser el aumento de lesiones osteoarticulares, alteraciones cardiovasculares, inmunológicas, (Hahn, 1988), que de los efectos beneficiosos del ejercicio moderado en la salud integral del niño.

La afirmación anterior está pendiente de demostrar científicamente a través de estudios longitudinales que lo atestigüen. Así, algunos investigadores (Raitakari y col., 1994, Telama y col., 1996, citados por Piéron, 1997) han encontrado una correlación positiva y significativa, aunque baja, entre la actividad física de la niñez y adolescencia con respecto a la edad adulta, aunque parece que la inactividad física muestra una mejor posibilidad de predicción que la propia actividad, o sea que los niños sedentarios tendrían grandes posibilidades de convertirse en adultos sedentarios (Paffenbarguer y col., 1986).

"Las consecuencias patológicas de los factores de riesgo existentes sólo se manifiestan décadas después de su instauración. Por ello, hay que controlarlos y contrarrestarlos ya en los primeros períodos de la vida. Esta afirmación es especialmente válida para la inactividad física" (Federación Internacional de Medicina Deportiva -FIMS-, 1989).

Según Pieron y col. (1997) varios factores de riesgo de enfermedades crónicas están presentes o empiezan ya en el periodo de la niñez, como el sedentarismo, el tabaco o la alimentación incorrecta.

Los beneficios de la actividad física para la salud se obtienen cuando el ejercicio es un hábito y no una práctica ocasional, ya que realizado de forma intensa y esporádica puede ser perjudicial.

Aunque la importancia real de la condición física para la salud de los niños está poco clara, hay determinados autores, como por ejemplo Saris (1986), que indican que la actividad física en sí, puede reducir los riesgos de enfermedad, mejorar la condición física, optimizar el crecimiento y favorecer la futura participación en actividades físicas.

Una vez analizada, de forma genérica, la relación entre la práctica de actividad física y la salud, en los siguientes párrafos vamos a hacer una breve revisión bibliográfica en relación con los beneficios saludables del ejercicio físico en niños y jóvenes (Bar-Or, 1983; D'Amours, 1988; Malina, 1990; Bouchard y col., 1990 y 1994; Ortega, 1992; Marín y col., 1992; Serra, 1996) . Casimiro (1999) recoge estos efectos y los clasifica como sigue:

A nivel cardiovascular, Morrow y Freedson (1994) determinan que con una actividad moderada diaria de unos 30 minutos se pueden prevenir los procesos degenerativos, que pueden llevar a la arteriosclerosis o la hipertensión, que ya comienzan a producirse desde la infancia (Willians, 1994, citado por Sánchez Bañuelos, 1996; D'Amours, 1988). Así, la actividad aeróbica produce una reducción de la presión sistólica y diastólica en adolescentes hipertensos, a partir de los tres meses de trabajo (Marcos Becerro, 1989; Danforth y col., 1990, citado por Blasco, 1994).

Sallis y col (1988) y Malina (1990) indican que la actividad física regular está inversamente relacionada con los factores de riesgo cardiovascular (colesterol, sobrepeso,), tanto en adultos como en niños.

Bouchard y col. (1990) han demostrado que la actividad física regular en niños conlleva una disminución de lípidos y grasas en sangre, así como un incremento de la resistencia orgánica.

Sallis y McKenzie (1991), consideran que la disminución de la inactividad en la infancia es una consideración importante en sí misma, ya que es un factor de riesgo evidente para las enfermedades cardiovasculares, debido a que los niveles de dichos factores en esta población predicen futuros niveles en adultos jóvenes.

A nivel óseo, la interrelación entre una alimentación completa, rica en calcio, y un ejercicio adecuado, desarrollando la fuerza dinámica en base a la movilización de resistencias livianas, favorece una mejor salud esquelética y un correcto desarrollo y crecimiento del joven (D'Amours, 1988; Bailey, 1994), pudiendo reducir el posterior riesgo de osteoporosis (Malina, 1990; Sallis y Patrick, 1994).

Además, tal como señalan Marcos Becerro (1989) y Cooper (1994) los niños incluidos en programas deportivos alcanzan, por lo general, mayor estatura que aquellos niños no practicantes de actividad física.

A nivel de composición corporal, Bar-Or y Baranowsky (1994) y Barrera (1998), confirman un aumento de adiposidad en los niños inactivos, lo cual favorece la obesidad, y ésta algunas limitaciones para la actividad física, entre las que destacan una menor capacidad aeróbica, mayor fatigabilidad, y repercusiones negativas en el aparato locomotor. Evidentemente, el ejercicio

aeróbico de bajo impacto osteoarticular se convierte en eje clave tanto en la prevención como en el tratamiento de dicha obesidad infantil (D'Amours, 1988), siempre acompañado de modificaciones del propio estilo de vida, fundamentalmente los hábitos alimenticios.

Según Palomares (2003), en lo que se refiere a la población infantil, España presenta unas de las cifras más altas. En los niños de 10 años, la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los niños de Italia, Malta y Grecia.

Un estudio de la Comisión Europea (2005), que acaba de ver la luz en Madrid, titulado "*Estilos de vida y sedentarismo en los jóvenes*", establece, por primera vez, y con el consenso de médicos y especialistas, las tres causas esenciales que están detrás del sobrepeso y la obesidad. Los expertos achacan estas dos enfermedades a la predisposición genética, la sobrealimentación y a un gasto de energía reducido. Como consecuencia se puede extraer que la inactividad física de la vida diaria de los jóvenes es probablemente la causa principal del rápido incremento del sobrepeso.

En un estudio de Muecke y col (1992), citado por Blasco (1994), indican que el éxito del tratamiento radica en la unión de los 2 parámetros (dieta y ejercicio), pero no si se aplican individualmente. Steward y col (1995) indican que evitar la obesidad infantil puede ser la mejor oportunidad de prevenir la hipertensión y la hiperlipidemia en el futuro.

A nivel metabólico, el ejercicio aeróbico junto con una correcta alimentación (baja en grasas saturadas), reduce los niveles de LDL-colesterol (lipoproteínas de baja densidad), triglicéridos y colesterol total, como así lo demuestran estudios realizados en jóvenes por Armstrong y Simon-Morton (1994). También, regula la menstruación (Marín y col., 1992). Además, el tratamiento de la diabetes infantil se sustenta en tres puntos: dieta, insulina y ejercicio (Marcos Becerro, 1989 y 1994).

A nivel inmunológico, el ejercicio moderado y controlado favorece la defensa frente a las infecciones (Marín y col., 1992).

Resumiendo los principales efectos de carácter biológico en relación con la salud que produce la adaptación al esfuerzo físico, son los siguientes:

- Aumento del consumo máximo de oxígeno, gasto cardiaco-volumen sistólico.
- Reducción de la frecuencia cardiaca a un consumo de oxígeno dado.
- Mayor eficacia del músculo cardiaco.
- Aumento de la capilarización del músculo esquelético.
- Mejora de la capacidad de utilización de los ácidos grasos libres durante el ejercicio-ahorro de glucógeno.
- Mejora de la resistencia durante el ejercicio.
- Aumento del metabolismo, lo que resulta beneficioso desde el punto de vista nutricional
- Contrarresta la obesidad
- Mejora la estructura y función de los ligamentos y articulaciones.
- Aumenta la fuerza muscular
- Aumenta la liberación de endorfina.
- Amplifica las ramificaciones de la fibra muscular.
- Mejora la tolerancia al calor-aumenta la sudoración.
- Contrarresta la osteoporosis.
- Puede normalizar la tolerancia a la glucosa.

❖ Beneficios del ejercicio a nivel psicológico.

Menos estudiados que los biológicos, los efectos psicológicos hacen referencia a lo que se denomina *estado general de bienestar percibido* (Sánchez Bañuelos, F. 1996:50).

El grado de bienestar percibido se encuentra en correlación con las actividades de ocio activo (Coleman e Iso-Ahola, 1993 y Argyle, 1996), llegando a amortiguar el efecto del estrés sobre la salud mental, al tratarse la práctica de actividades físico-deportivas como una práctica libre, sin presiones externas y que invita a afrontar desafíos, lo que aumenta el sentimiento personal de control.

A nivel psicológico, se ha encontrado una relación positiva entre la práctica de actividad física en el niño o joven y efectos emocionales positivos, como pueden ser el aumento de la autoestima, disminución de la ansiedad y del estrés, etc. (D'Amours, 1988; Sallis, 1994; Calfas y Taylor, 1994; Marcos Becerro, 1989, 1994). En algunos casos, la presión de los padres y el afán competitivo de algunos entrenadores provoca unas expectativas y un estrés

excesivo en el joven, que les lleva a trastornos de tipo nervioso (anorexia, bulimia,) (Hernández, 1993).

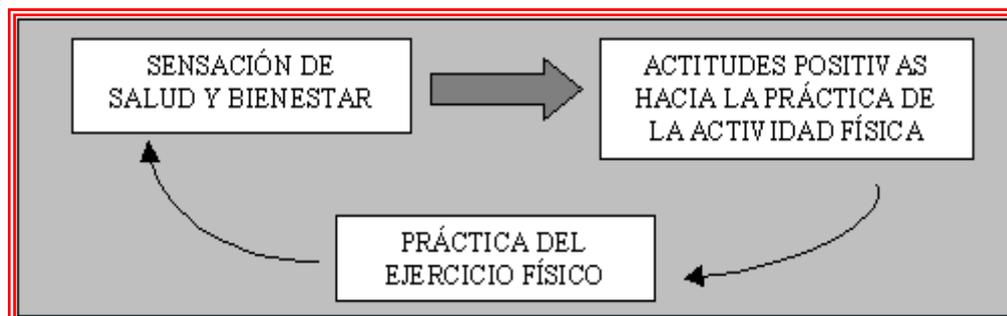


Gráfico 1.4.- Asociación entre actividad física y salud psicológica (fuente: Sánchez Bañuelos, 1996)

Los estudios de Folkins (1976:36), Kowal y Patton (1978:49), Turner, (1982) o los de Biddle (1993), (citado por Sánchez Bañuelos, F. 1996) coinciden en afirmar que los efectos representativos que una actividad física adecuada tienen sobre quienes la practican en el ámbito psicológico son los siguientes:

Los estudios de Folkins (1976), Kowal y Patton (1978), Turner (1982) o los de Biddle (1993), coinciden en afirmar que los efectos representativos que una actividad física adecuada tienen sobre quienes la practican en el ámbito psicológico son los siguientes:

- Disminución de los estados de tensión.
- Sensación psicológica de bienestar general.
- Integración en el grupo.
- Estado anímico (humor).
- Mejora de la autoestima.
- Reducción de los niveles de ansiedad y de estrés.
- Proporciona distracción, diversión y evasión.

❖ Beneficios del ejercicio a nivel psicosocial.

A nivel psicosocial, es evidente que el deporte favorece la formación del carácter y la integración en la sociedad del niño y adolescente, ya que, en la mayoría de los casos, aumenta los vínculos sociales y favorece la superación, la cooperación, la decisión, el coraje, etc.(Cagigal, 1996).

El nivel de operatividad motriz de una persona tiene unas repercusiones en las posibilidades de interacción física en el entorno social, y además el poder influir en la capacidad de comunicarse y relacionarse con los demás. Estos efectos interactivos forman parte de las características observables de la actividad físico-deportiva, y son aspectos que parecen, a primera vista, tener la posibilidad de propiciar el establecimiento de vínculos positivos entre la experiencia que se deriva de la práctica de actividades y una serie de efectos beneficiosos concretos de carácter psicosocial. Esto se hace más patente en las edades evolutivas, que coinciden en su mayor parte con edades escolares, por lo que se considera al individuo más susceptible de influencias y cambios. (Sánchez Bañuelos, 1996).

Los trabajos de Turner (1982), de Cohen (1991) o los de Argyle (1996), determinan que las actividades físico-deportivas, que se realizan en grupo, al que los practicantes pertenecen, aumentan sensiblemente el autoconcepto y las capacidades de relación entre los sujetos.

La revisión de la literatura sobre el tema, no aporta una gran claridad, respecto a verificaciones con estudios longitudinales que avalen que la práctica de la actividad físico-deportiva por sí misma, genera en los practicantes valores y actitudes afectivo-sociales.

Sin embargo, las concepciones que exaltan al máximo el valor educativo de la actividad física y deportiva han trascendido hasta nuestros días. Los trabajos de Comellas y Mercader (1992), establecen hipótesis sobre los efectos que la actividad físico deportiva genera sobre quien la practica. Estas finalidades educativas de carácter psicosocial las engloban en dos apartados:

- Valores y actitudes que comporta la práctica de las actividades físico-deportivas.
- Relación: la adquisición de unas pautas de conducta y relación positivas encaminadas a la cooperación, a la amistad y a la sociabilidad.

- ❖ Beneficios del ejercicio ante determinadas anomalías o patologías en jóvenes.

Por último, señalar los beneficios del ejercicio ante determinadas anomalías o patologías en jóvenes (Tomás, 1989; Bouchard y col., 1990;

Tinajas, 1993; Bouchard y col., 1994; Marcos Becerro, 1989, 1994; Cano y col., 1997).

- Arteriosclerosis, Hiperlipidemia e Hipertensión:

- Aumenta el gasto cardíaco.
- Disminuye el colesterol total, los triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) (Delgado, 1992).
- Da mayor elasticidad a la musculatura arterial.
- Incrementa el flujo de sangre, disminuyendo por tanto las resistencias periféricas y dificultando la formación de placas de ateroma.
- Disminuye, de forma directa, uno de los factores de riesgo más evidentes de cardiopatía coronaria (sedentarismo) y, de forma indirecta, incide en los otros factores de riesgo (estrés, tabaco, alcohol, obesidad, diabetes, hipertensión y alimentación rica en grasas saturadas).

- Diabetes

- Aumenta la sensibilidad de las células a la insulina, favoreciendo el metabolismo de la glucosa.
- La utilización de la glucosa como fuente energética favorece su captación por el músculo y su disminución en sangre.

- Asma

- Mejora capacidad vital.
- Fortalece músculos respiratorios.
- Mejora la calidad de los movimientos respiratorios.
- Reduce la posibilidad de crisis asmática.

- Obesidad

- Favorece la eliminación de grasa, por su utilización como fuente energética, e incrementa la masa muscular, ayudando a mantener una composición corporal adecuada.
- Aumenta el metabolismo basal.

De igual manera, ante las alteraciones más frecuentes de la columna vertebral en jóvenes (escoliosis, hiperlordosis lumbar e hipercifosis dorsal), aplicando los ejercicios y actividades físicas adecuadas, se obtienen beneficios evidentes en cuanto a la toma de conciencia postural, movilidad articular, flexibilización de la musculatura acortada y fortalecimiento de los músculos atrofiados, consiguiendo un equilibrio en la musculatura de sostén de la columna vertebral (Commandré y col., 1985; Pastrana, 1990; Rodríguez, 1998; Cantó y Jiménez, 1998).

Todos estos efectos positivos, que comienzan desde que se inicia la actividad, se pueden convertir en negativos o en desventajas si la actividad física no es la adecuada a las características de los jóvenes. Así, el ejercicio competitivo de alta intensidad puede crear un estrés psicofísico que trae consigo, entre otras circunstancias: estancamiento en el crecimiento, retraso de la menarquia, amenorreas, descalcificación ósea, tendencia a la anorexia, escoliosis, descenso de los niveles de testosterona en niños, disminución de las defensas orgánicas ante infecciones y viriasis (Liarte y Nonell, 1998).

2.- INFLUENCIA DE LOS HABITOS DE VIDA EN LA SALUD.

Cada escuela puede convertirse en promotora de salud y toda escuela promotora de salud puede responder al reto de mejorar y apoyar la educación y la salud de los/as estudiantes y la del personal de enseñanza
Organización Mundial de la Salud

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define los hábitos como el *“Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”*.

El hábito constituye el efecto de actos repetidos y la aptitud para reproducirlos. Puede ser definido como *“una cualidad difícil de cambiar por la que un agente, cuya naturaleza consiste en actuar indeterminadamente de un modo u otro, queda dispuesta fácilmente para seguir esta o aquella línea de acción a voluntad”* (Rickaby, Moral Philosophy).

Los principales factores del crecimiento de un hábito son:

- El número de repeticiones, dado que cada repetición fortalece la disposición producida por el ejercicio anterior.
- Su frecuencia: un intervalo muy prolongado de tiempo hace que la disposición se debilite mientras que uno muy corto no ayuda a que haya suficiente reposo, lo cual produce fatiga orgánica y mental.

- Su uniformidad: el cambio debe ser lento y gradual y los elementos nuevos deben añadirse poco a poco.
- El interés que se pone en las acciones, el deseo de tener éxito y la atención que se da.
- El placer que resulta o el sentimiento de éxito con el que se asocia la idea de la acción

Desde el punto de vista ético, la principal división de los hábitos es la que los separa en buenos y malos, o sea, en virtudes y vicios, según que lleven a acciones conformes o contrarias a las reglas de moralidad. No hace falta insistir en la importancia del hábito en la conducta moral, puesto que la mayor parte de las acciones humanas se realizan bajo su influencia, frecuentemente sin reflexión, y de acuerdo a principios o prejuicios a los que la mente se acostumbra.

En relación a los hábitos que inciden en la salud, Vickery y Fries (1981) indican que tabaco, sedentarismo, alcohol, obesidad, drogas y accidentes se combinan entre sí, constituyendo los factores más determinantes de la salud presente y futura de una persona, siendo todos ellos controlables por uno mismo. Por tanto, según dichos autores, podemos hacer más por nosotros mismos que cualquier médico.

La promoción de la salud en general, y la actividad física en particular, deberían situarse principalmente a nivel social y cultural, ya que la participación físico-deportiva del joven está íntimamente relacionada con otros parámetros, como pueden ser la herencia, el estilo de vida, el entorno o los atributos personales. De esta manera, la realización o no de actividades físicas y deportivas es una conducta más dentro del estilo de vida que, en algunas situaciones, puede no ser la más determinante para la salud (Devís y Peiró, 1993).

Una persona tiene "*buena calidad de vida*", de forma orientativa, cuando se encuentra libre de cualquier trastorno psíquico o físico, y mantiene el máximo de autonomía, acorde con su edad y el medio socioeconómico y cultural en el que vive (Aztarain y De Luis, 1994). Esto surge de la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y personales.

Para Mendoza y col.(1994), los factores que determinan el estilo de vida de una persona son:

- 1) Características individuales -genéticas o adquiridas- (personalidad, intereses, educación, etc.).
- 2) Entorno microsocia (vivienda, familia, amigos, etc.).
- 3) Entorno macrosocia (cultura imperante, medios de comunicación, sistema socia, etc.).
- 4) Medio físico-geográfico, cambiante por la acción humana (dieta mediterránea o americana, etc.).

A continuación, vamos a profundizar la influencia que sobre la salud tienen diversos hábitos que son objeto de estudio en nuestra investigación.

2.1.- Tabaco.

El consumo habitual de tabaco, libremente adoptado por el individuo, constituye el mayor peligro para la salud en las personas.

Los adolescentes empiezan a fumar dejándose llevar por el ambiente que les rodea, y aunque no disfruten de los primeros cigarrillos se esfuerzan en continuar fumando, hasta llegar a la dependencia y adicción (Mur de Frenne y col., 1994).

Entre sus efectos nocivos destacan (Marcos Becerro, 1989 y 1994; PCSE, nº 2, 3, 11, 14, 15, 22, 27 y 28; Delgado y col., 1994; Román y Zunzunegui, en Zunzunegui y col., 1995; Hopkins, 1997):

- Cáncer: de pulmón, laringe, labios, lengua, vejiga y esófago.
- Aparato respiratorio: lesiones en cilios y membrana mucosa (sistemas de defensa del aparato respiratorio superior), bronquitis crónica, ...
- Aparato cardiovascular: insuficiencia coronaria y otras afecciones vasculares.
- Otros: mal aliento, manchas en los dientes, tos, menor resistencia contra enfermedades, alteraciones del apetito, del sueño y de los sentidos del olfato y gusto, ...

Además, el humo del tabaco tiene innumerables sustancias químicas perjudiciales, produciendo irritación de mucosas, sequedad de garganta, picor de ojos, etc., convirtiendo en fumadores pasivos a los escolares que conviven con padres fumadores en casa (Hopkins, 1997). Las personas que trabajen en

estos ambientes aumentan su riesgo de cáncer pulmonar en un 20-30%, y triplican el de mortalidad por enfermedad cardiaca.

En las embarazadas fumadoras, aumenta la posibilidad de partos prematuros, abortos, complicaciones en el parto, menor peso y desarrollo intelectual del feto, incluso se relaciona con la muerte súbita infantil.

Según un estudio de la Universidad de Utah, citado por PCSE nº 11 (1994), los hombres que empiezan a fumar antes de los 19 años, tienen el doble de posibilidades de padecer cáncer de pulmón que los que lo hacen después de dicha edad, incluso si ambos fuman el mismo número de cigarrillos a lo largo de sus vidas. El fumador tiene una media de 8 años menos de vida.

Su consumo produce: dependencia (lo necesita para desarrollar su trabajo habitual), tolerancia (cada vez más cigarrillos) y síndrome de abstinencia (nerviosismo).

Sin embargo, a pesar de ello, no cede su publicidad, incluso en el deporte de élite, porque supone un negocio en cadena: agricultor, fábrica, vendedor, Estado... (en España se vendieron, en 1990, más de 4.000 millones de cajetillas de tabaco), aunque éste último debería valorar los ingresos -por impuestos- y los gastos -coste social y sanitario-, como consecuencia de las enfermedades producidas por el tabaco.

En relación con su influencia sobre el deportista (Marcos Becerro, 1989 y 1994; PCSE, nº 2, 3, 11, 14, 15, 22, 27 y 28; Delgado y col., 1994; Román y Zunzunegui, en Zunzunegui y col., 1995; Hopkins, 1997).

- Provoca espesamiento de las paredes arteriales, conllevando a un menor flujo sanguíneo.
- Destruye la vitamina B1 y C, aumentando la fatiga muscular.
- Reduce la capacidad de transporte de O₂, porque el CO (monóxido de carbono) tiene unas 300 veces mayor afinidad con la hemoglobina. Así, un 20% de la misma se encuentra inutilizada, provocando una reducción del VO₂ max.
- Dificulta la mecánica respiratoria por mayor resistencia alveolar y, por tanto, menor intercambio gaseoso.
- Provoca liberación de colesterol al torrente sanguíneo, favoreciendo la producción de trombos.
- Provoca hipoglucemia en ayunas.

- Favorece los accidentes coronarios durante el entrenamiento (la mayoría de muertes súbitas por infarto en deportistas se dan en fumadores).
- Mayor frecuencia cardíaca (Fc) en ejercicio, en la recuperación y en el test de Ruffierd-Dickson (Flandes y Jiménez, 1988).
- Mayor presión arterial diastólica, tanto en reposo como en esfuerzo.
- La nicotina aumenta la secreción de adrenalina, provocando, entre otros fenómenos, vasoconstricción en la piel (se vuelve pálida y fría), aumento de la Fc en 10-30 latidos/min. y mayor tensión arterial.
- Sus efectos negativos son más acusados en las pruebas de resistencia.

En América latina los estudios describen en el consumo de tabaco sobre todo en adolescentes y jóvenes. En 1991 en una encuesta realizada en México se reporta una prevalencia de fumadores habituales jóvenes de 36.3% y el 46.9% consumía tabaco, al menos ocasionalmente. En Chile la prevalencia de tabaquismo es la más alta de Latinoamérica, según una encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes, realizada por iniciativa de la OMS Y LA OPS, en el 2000.

En Cuba la edad de inicio de la adicción a fumar se acerca cada vez más a los 12 o 13 años. Según datos de la II encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles del año 2001, realizada por especialistas del instituto de higiene, epidemiología y microbiología (INHEM), el 32 % de la población adulta mayor de 18 años fuma, y las muchachas tienden después de los 20 años de edad a iniciarse más en esta adicción que los muchachos. La prevalencia de fumadores hoy en nuestro país es de 32% y de ese total el 76% se inició antes los 20 años. En el año 2000 el consumo per cápita de la población cubana de 15 años y más, fue de 1328 cigarrillos en el año. En nuestra provincia en ese mismo año, la prevalencia de tabaquismo fue de 19% y el 42.9% de los fumadores se encontraban entre 15 y 19 años.

El cáncer en nuestro país es la segunda razón de muerte, casi un tercio de los fallecimientos anuales son debido al tabaquismo.

El fumador en ocasiones ignora los efectos reales del tabaco en su organismo y sí ha sido informado sobre nocividad, genera una especie de coraza mental, minimizando los daños y atendiendo selectivamente los aspectos de la realidad que apoyan su adicción.

En este sentido y por preocupación de nuestro estado por proteger la salud, la seguridad y el bienestar de la población, el comité ejecutivo del

consejo de ministros creó en 1999 la comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, con 10 áreas de intervención, una de las cuales es la de tabaquismo y alcoholismo. Entre las acciones realizadas esta la resolución 130/2000 del MINSAP (Ministerio de Salud Pública), la 277/2001 del MINCIN ((Ministerio de Comercio Interior) y la del MINED ((Ministerio de Educación.). A pesar de establecer estos decretos y de los esfuerzos por proteger también a los no fumadores, aún no se ha logrado sistematizar un sistema de influencias que promueva comportamientos responsables ante esta adicción, tanto en fumadores como en no fumadores.

2.2.- Alcohol.

El alcohol es, junto al tabaco, la droga más consumida en España, es el segundo del mundo en consumo con 10 litros de alcohol puro por persona y año, siendo causante directo de 10.000 muertes anuales. Es una droga legal y de adquisición libre, que goza de una gran aceptación social, mientras la OMS la considera como la segunda droga más dura, después de la heroína (Mur de Flenne y col., 1994).

Entre los efectos del consumo excesivo destacan (Hernández, 1993; PCSE nº 12, 14, 19, 20, 21, 28, 29, 31 y 32; Delgado y col., 1994; Román y Zunzunegui, en Zunzunegui y col., 1995):

Alteraciones cerebrales, gastritis, pancreatitis, enfermedades del sistema nervioso, cirrosis hepática, aumento del número de accidentes (por disminución en la rapidez de reflejos y menor agudeza visual), mayor número de suicidios y homicidios cometidos bajo su influencia, cáncer de boca, laringe, faringe, esófago o hígado, destruye la vitamina B1, alteraciones en la biodisponibilidad de nutrientes, aumenta el colesterol sanguíneo malo (LDL, triglicéridos y colesterol total), favorece la pérdida de calor del organismo, crea un estado de deshidratación por inhibir la secreción de la hormona antidiurética, y favorece el sobrepeso por su gran aporte calórico (1 gramo de alcohol equivale a 7 cal).

Según Megías (1994) en la década de los 90 ha existido un cambio en los patrones de su consumo en los jóvenes: cada vez hay más jóvenes que se emborrachan los fines de semana; hay más urgencias médicas relacionadas con intoxicaciones agudas; existe un aumento de los accidentes de tráfico (el alcohol está presente en un 65% de los jóvenes que sufren accidentes de tráfico (Castillo y Montiel, 1997), fundamentalmente porque los núcleos de diversión tienden a desplazarse fuera de las ciudades, por la presión de los

ciudadanos; estas conductas se desarrollan al margen de la familia, sin que ésta se entere, y su iniciación se produce en el ámbito grupal, de pares.

El alcohol no sólo puede convertir al escolar en consumidor activo, sino pasivo, como víctima (el 84% de los niños maltratados tienen al menos un progenitor alcohólico), según Castillo y Montiel (1997).

En definitiva, en la actualidad existe, durante los fines de semana, un aumento desmesurado de su consumo en la adolescencia, ligado a las conductas violentas y al comportamiento delincuente, quizás debido, entre otras causas, a la falta de información, carencia de alternativas, o imitación de la conducta de los mayores (no existe celebración en la que no esté presente el alcohol, como si de una norma de comportamiento social se tratara). *"¿No nos estamos dando cuenta de que los jóvenes que observan nuestras conductas y huelen nuestro aliento están cada vez más integrados en este ambiente de consumo de alcohol, cada vez más alto y frecuente?"* Medina (1995).

Así, debemos orientarles para que ellos generen otras alternativas atractivas, para el disfrute de su tiempo libre. Algunos estudios han demostrado que cuanto antes se empiece a beber más posibilidades hay de tener futuros problemas con el alcohol (PCSE nº 14, 1994). Del mismo modo, esta revista indica que el consumo habitual en los jóvenes podría producir daños irreparables en las conexiones nerviosas y en el desarrollo mental.

En relación con la práctica deportiva, provoca una acción tóxica sobre el miocardio y los músculos, reducción de la deyección sistólica, menor fuerza muscular, altera la coordinación, reduce los reflejos, vasodilatación en la piel (mayor sensación de calor, aunque lo que realmente se produce es una pérdida de calor corporal, disminuyendo la temperatura interna)...; en definitiva, mayor riesgo de lesiones. Además, no es posible acelerar la eliminación del alcohol sudando, por el ejercicio realizado, sino que se elimina a través del metabolismo hepático (95%), y el resto se excreta.

2.3.- Tiempo libre, sedentarismo y práctica de actividad física.

Las actividades de tiempo libre, definido éste como el conjunto de actividades placenteras seleccionadas libremente por el individuo, siguiendo sus propias preferencias (Zaragoza y Puig, 1990, citados por Torre, 1998), se convierten en actividades de ocio cuando se realizan buscando un elemento de satisfacción personal y placentero (García Ferrando, 1993).

En general, la sociedad occidental, en el transcurrir de los años, ha cambiado el tipo de enfermedad, sustituyendo los trastornos infecciosos y agudos por la enfermedad crónica y permanente, que produce malestar y cierta incapacidad.

El aumento del sedentarismo es uno de los factores desencadenantes de este cambio. En el mundo adulto, la falta de actividad física utilitaria se debe, en parte, a que nuestros miembros inferiores han visto frenada su utilización desde la incorporación de los medios de locomoción motorizados, escaleras mecánicas, ascensores, etc., al igual que ha sucedido en los miembros superiores con la incorporación a las casas de aspiradores, lavadoras y lavavajillas. Este estilo de vida se inicia ya en la infancia y constituye la primera etapa de la enfermedad hipocinética (Blasco, 1994).

Así, en palabras de Tercedor (1998):

"En nuestra sociedad se presentan una serie de juegos de carácter sedentario (videojuegos, juegos de ordenador, ...) muy practicados por la población infantil y que presentan escasa o nula implicación motriz, además de que inducen un comportamiento en el niño de aislamiento social al realizarse gran parte de ellos en solitario".

"...Quizás estén demasiado tiempo encerrados en sus hogares, hecho que probablemente esté influenciado por la falta de espacios próximos a la vivienda y apropiados para la práctica (plazas, parques, instalaciones deportivas), por la falta de seguridad que ofrece la calle en determinadas circunstancias (lo que sugiere a los padres que quizás sus hijos estén más seguros viendo televisión o vídeo o utilizando el ordenador, que jugando en la calle)".

Se ha demostrado que la predicción de modelos del estilo de vida adulto pudiera hacerse a través de la participación deportiva durante la niñez y adolescencia, ya que al haber obtenido una óptima habilidad en estas primeras

edades, se estimula el interés y participación para los periodos de vida posteriores (Dennison y col., 1988; Powel y Dysinger, 1987; Sánchez Barrera, 1995; Dishman y Dum, 1988, y Sneyder y Spreitzer, 1983, citados por Sánchez Bañuelos, 1996; Van Reusel y col., 1990, y Telama y col., 1994, citados por Piéron, 1997; Dishman, 1995, Schnurr, 1990, y Willis, 1992, citados por García Montes, 1997). Esta afirmación está expuesta a debate por otros autores que indican la influencia de muchas variables socio-culturales en la vida de la persona, por lo que habrá periodos de mayor y menor práctica durante la edad adulta.

La inactividad física, como ya se ha comprobado, es una de las causas más importantes productoras o coadyudantes de enfermedad y muerte (infarto o accidentes cerebrovasculares, entre otras). Sin embargo, en los adultos, a pesar de la evolución en la predisposición y práctica físico-deportiva de los últimos años -en 1985 el hacer deporte ocupaba la novena posición entre las preferencias de actividades a realizar en el tiempo libre, ascendiendo al sexto lugar en 1990-, diferentes estudios (García Ferrando, 1986, 1990, 1991, 1993, 1996 y 1997; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; Mendoza y col., 1994) demuestran una menor participación deportiva conforme avanzan los años, siendo los más inactivos las personas de mayor edad, de un menor nivel de estudios y de categorías socioeconómicas más bajas.

Por tanto, hacer deporte es una actividad de ocio preferente para muchos, pero que no se plasma en la realidad práctica, a pesar de los progresos de los últimos años, con los riesgos mencionados que ello conlleva, por lo que hay una imperiosa necesidad de educación de la población.

Múltiples estudios de autores relevantes, consideran que, pese a ser el deporte uno de los contextos más idóneos para las mejoras educativas, una gran proporción de niños aparentemente pierden la motivación y abandonan la experiencia del deporte, especialmente después de los 12 años. En la actual sociedad en que vivimos los niños y adolescentes tiene una gran oferta de actividades extraescolares (en muchos casos más motivantes para sus padres, en cuanto a su futuro académico, que la práctica deportiva). Desgraciadamente a nivel social, la práctica deportiva, no está totalmente reconocida como parte fundamental de la educación y del desarrollo físico y psíquico del niño, como lo puede estar la informática y los idiomas.

Una de las claves para analizar los itinerarios deportivos están en conocer cuales son las razones de los niños y adolescentes para:

- Seleccionar una actividad física.
- Iniciarse en una actividad física.
- Mantenerse en la práctica de una actividad física.
- Abandonar la práctica de actividad física

Romero Cantalejo (2003) considera que:

“son los mismos jóvenes los que están desmotivados en general, pero no sólo por cualquier práctica deportiva, sino por cualquier práctica en general, que les suponga un mínimo esfuerzo o compromiso. El abandono deportivo, fenómeno que preocupa sobre todo por sus posibles consecuencias para la salud psicológica de los jóvenes deportistas, puede conceptualizarse como el cese de la motivación para la participación deportiva en situaciones de logro”.

Cantón; Mayor y Pallarés, J. (1995) entienden que los jóvenes participantes en el deporte se diferencian de los no participantes y de los que abandonan, en su nivel de percepción de la competencia. Partiendo de esta información, podemos inferir que una tarea importante de los educadores deportivos y entrenadores juveniles consiste en descubrir formas de aumentar la autopercepción de capacidad de los niños. Si comprendemos las razones por las que los niños participan en el deporte, podemos potenciar su motivación mediante la organización de los entornos que mejor satisfagan sus necesidades.

Tal como indica Mendoza en su estudio (1995), la tendencia desde 1986 a 1990 significó un aumento del sedentarismo juvenil, especialmente en las chicas, disminuyendo la práctica según aumentan en edad. Así, se duplicó el número de escolares que no practicaban ninguna actividad físico-deportiva fuera del horario escolar, mientras que en los siguientes 4 años (1990-1994) se produjo un ligero incremento del nivel de práctica.

En este sentido hay que decir que los itinerarios deportivos en general en España están llenos de abandonos prematuros de la práctica deportiva. Las razones por las que no practican o abandonan suelen ser en opinión de Molnar, G. (2001), la escasa sintonía entre los objetivos de los participantes y los de los entrenadores y las instituciones (fundamentalmente los clubes y federaciones), el carácter demasiado específico y reglado de determinadas formas de practica deportiva, el lugar preponderante de la competición, el sentimiento de no progresar, las relaciones conflictivas con los compañeros y compañeras y con el docente, no ver satisfechas todas sus expectativas que se había forjado

sobre esta practica... y muchas otras que en ocasiones enmascaran realmente la respuesta, que suele ser que han encontrado otra manera mas satisfactoria para cubrir sus ocios y sus expectativas de realización como persona.

En la investigación de Martín; Ortega; Castillo; De Hevia y González (2002) con jóvenes universitarios granadinos para determinar la causa o causas de no practicar deporte destacaba la falta de tiempo, la pereza, la lejanía de las instalaciones, no encontrar amigos/as para realizar deporte juntos, entre otras.

En la misma línea Arribas Galárraga y Arruza Gabilondo (2004), encontraron en su investigación con escolares en Guipúzcoa que las causas de abandono de la práctica deportiva eran:

1. Falta de tiempo-estudios (37%)
2. Aburrimiento (15.4%)
3. Se deshizo el equipo (11.85%)
4. Por el entrenador (6.43%)
5. Lesiones (4.69%)
6. No jugaba (2.83%)
7. Ambiente muy competitivo (2.65%)

La importancia que cobra en cada etapa evolutiva los factores de socialización, es de capital importancia: los padres, el grupo de iguales, los entrenadores y técnicos, las federaciones, patronatos, clubes... serán responsables de que la longevidad de la práctica deportiva sea una realidad y no una quimera de difícil realización.

De esta manera, Tercedor (1998) indica que la utilización adecuada del tiempo de ocio se muestra como una necesidad social de la cual ha de tomar parte la escuela, por lo que ésta y, fundamentalmente, el profesorado de E.F. influyen de manera directa en la utilización deportiva de dicho tiempo. Del mismo modo, la práctica de actividades físico-deportivas en sí, favorece el proceso de socialización del escolar, ya que, si se realiza adecuadamente, es una fuente indudable de valores positivos: autocontrol, superación, cooperación, disciplina, asunción de normas, compañerismo, lucha, ...

2.4.- Actitud Postural.

Desde el mismo momento del nacimiento, la columna vertebral va modificándose para ir adaptándose al medio gaseoso donde nos tenemos que desenvolver. Así, partimos de la lógica posición cifótica fetal de toda la columna (convexidad posterior), para poder ubicarse y desarrollarse en el vientre materno. Posteriormente, el bebé, para poder conocer el mundo que le rodea, comienza a elevar su cabeza cuando se le coloca en posición prona, sobre todo a partir de 3-4 meses, favoreciendo la lordosis cervical (convexidad anterior). Más adelante, cuando el pequeño se sienta sólo y, más tarde, con sus primeros pasos, se desarrolla la lordosis lumbar, para favorecer la mayor resistencia del raquis.

Ya en los primeros años de vida se comienza a desvirtuar la postura, no sólo por no prestarle al cuerpo la atención que merece sino también por una serie de incorrectos hábitos posturales, muchas veces agravados por el mobiliario empleado (sillas, camas o mesas), que conllevan a desequilibrios musculares, necesarios de una temprana compensación muscular para evitar que una actitud anómala, que se puede corregir de forma voluntaria, se convierta en una alteración estructurada, desviación que no se puede corregir por el simple esfuerzo muscular y que se acompaña de acuñamiento vertebral, rigidez segmentaria, jibosidad, rotación vertebral...(Santonja y Martínez, 1992; Cantó y Jiménez, 1998; Rodríguez, 1998).

Este tipo de agresiones al cuerpo, no sólo van a afectar a la musculatura del individuo, sino que van a provocar una reacción en cadena de todo el organismo. Así, determinados órganos se pueden ver afectados por este desajuste postural, limitando y condicionando no sólo la motilidad del individuo, sino que puede repercutir en parámetros fisiológicos, emocionales o conductuales. Es evidente, por tanto, la importancia que tiene una buena educación postural, sobre todo teniendo en cuenta los datos aportados por Hahn (1988), según el cual del 30 al 50% de los escolares inician el primer curso con problemas posturales.

Barlow (1986) utiliza el término homeostasis postural para describir el estado estable en el que el cuerpo se mantiene en equilibrio. Este estado de reposo estable es resultante de la relación organizada entre las distintas articulaciones y estructuras del cuerpo, cuyo objetivo principal es el de vencer el efecto de la acción de la gravedad sobre el cuerpo, haciendo que esta

continua agresión debilite lo menos posible estas estructuras, consiguiendo un control muscular derivado de complejas y delicadas coordinaciones y que se va a traducir en una economía de esfuerzos, transferible positivamente hacia cualquier movimiento.

2.4.1.- Análisis de las posturas cotidianas.

Vamos a realizar un repaso por las distintas posturas cotidianas, valoradas en nuestro cuestionario, analizando hasta qué punto influyen negativamente sobre la salud y cómo podemos corregirlas (Instituto de Biomecánica de Valencia, 1992; Aguado, 1995; Rodríguez, 1998).

a) Pautas para la postura de acostado (para dormir).

Es aquella que mantenemos más tiempo de manera ininterrumpida, con objeto de evitar la fuerza que ejerce la gravedad contra el organismo acortando los músculos, comprimiendo las articulaciones y reduciendo el espacio intervertebral.

Para conseguir una posición correcta, evitando tensiones innecesarias en la columna vertebral, se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

- Descansar sobre un colchón bien compacto y con consistencia suficiente, como para poder mantener la columna razonablemente alineada.
- Procurar realizarlo tumbados lateralmente sobre el costado, intentando disponer de una almohada que rellene el hueco entre la cabeza, el cuello y los hombros, y evitando la postura fetal en posición cifótica.
- Si se duerme boca arriba, se necesita una almohada pequeña, para evitar tensión en las cervicales, y un rodillo o almohada pequeña bajo el hueco poplíteo, que favorezca la flexión de cadera y, con ella, la relajación de la musculatura extensora del tronco.
- La postura boca abajo es quizás la menos indicada, ya que dificulta los movimientos respiratorios y se acentúa la hiperlordosis lumbar. La rotación del cuello hacia un lado también causa tensión, provocando muchas veces las molestas "tortícolis".

b) Pautas para la postura de sentado.

Debemos procurar que se centre el peso del cuerpo en ambas tuberosidades isquiáticas, manteniendo las piernas ligeramente separadas y sin cruzarlas, ya que esto provoca una inclinación lateral de la pelvis y torsión de la región lumbar, además de dificultar la circulación sanguínea, favoreciendo la aparición de venas varicosas o flebopatías.

Procurar que la base de la silla, sea relativamente corta con un respaldo largo que sostenga erguida la columna. Se debe adaptar a la altura del sujeto, debiendo mantenerse un ángulo entre el muslo y el abdomen algo superior a los 90°.

Cuando escribimos a mano, se intentará coger el bolígrafo sujetando éste entre las yemas del pulgar, índice y el dedo corazón, con el resto de los dedos holgadamente enroscados y el canto de la mano descansando sobre la superficie de escritura. Después procuraremos relajar la musculatura del cuello para mantener el brazo con poca tensión.

Colocaremos el papel de escritura ligeramente desplazado a la derecha (si somos diestros), y el documento al que necesitamos remitirnos a la izquierda.

También podemos escribir sobre un pupitre inclinado o en su defecto, colocar unos tacos sobre las patas delanteras de la mesa, con objeto de conseguir esta inclinación.

2.4.2 Algunas sugerencias para favorecer una correcta educación postural en los escolares, son las siguientes.

- Colocar armarios-estanterías en clase, donde los alumnos coloquen el material extra que no vayan a utilizar en casa, ya que van excesivamente cargados a clase.
- Utilizar mochila con doble asa cruzada por la espalda, en vez de llevarla sobre un hombro.
- Estudiar cómo se sientan en clase (fundamentalmente espalda, piernas y cabeza) y cómo colocan la libreta para escribir.
- Comprobar la adecuación del mobiliario (sillas y mesas) a la estatura de los alumnos.

2.5.- Alimentación.

Torres (2000) considera que las necesidades nutritivas de un/a adolescente en estas etapas que analizamos, suelen estar cubierta por una dieta normal. La dieta mediterránea aporta vitaminas y sales minerales suficientes para un niño que haga ejercicio físico dentro y fuera del colegio.

A veces la familia, por un exceso de celo, induce a los niños a aumentar el consumo de alimentos, pensando que realizan un bien, cuando a veces por el contrario están arrastrando a los niños a un sobrepeso en el mejor de los casos, o a una posible obesidad, si no se toman las medidas oportunas.

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en los hábitos dietéticos de las sociedades occidentales. Briones (1991) señala que,

"la alimentación en Andalucía a mediados del siglo XX se correspondía a la de una sociedad agraria semidesarrollada, con un elevado porcentaje del presupuesto familiar gastado en comida, un alto nivel de autoabastecimiento y una dependencia económica general de la producción agraria".

La industrialización en la producción alimentaria y las mejoras en su distribución, unido al incremento de la renta per cápita, han favorecido una mayor oferta de alimentos y accesibilidad de capas más amplias de población a todo tipo de alimentación. Estos hechos han favorecido la sustitución progresiva de la dieta mediterránea por otros hábitos dietéticos, basados en la "fast food", cuestionados por su impacto negativo sobre la salud, ya que suelen ser alimentos con una gran concentración de energía y, a la vez, con una menor densidad de micronutrientes esenciales -calorías vacías- (Briones, 1991).

Dicha problemática conduce a una intervención multisectorial, promovida desde la O.M.S. en diferentes documentos, especialmente en la "*Estrategia de salud para todos en el año 2000*" (O.M.S., 1981).

Esta situación es especialmente importante en las primeras edades. En este sentido, la importancia concedida a la alimentación en la población infantil, dentro del marco educativo, viene justificada, según Pozuelos y Travé (1995), por diferentes aspectos:

- Alejamiento de una dieta equilibrada.
- Hábitos higiénicos básicos poco desarrollados (cepillado de dientes, lavado de manos, etc.).
- Ausencia de una distribución coherente en los períodos de toma de alimentos.
- Aumento desmedido del consumo de golosinas y azúcares refinados (a veces, los padres acceden en su compra al chantaje de sus hijos).
- Influjos de la publicidad, cada vez más potente, con la consiguiente adopción de dietas extrañas y alejadas de lo que ha sido nuestra cocina tradicional.
- Pérdida de costumbres alimentario-sociales saludables (comensalismo).

La relación entre la alimentación y la salud es indudable, fundamentalmente porque la ingesta suficiente de nutrientes es indispensable para la vida (mantenimiento de los sistemas corporales, prevención de enfermedades, ...). Delgado y col (1997) justifican una correcta alimentación para la salud del joven por posibilitar que el potencial genético que lleva implícito la persona se pueda conseguir, ya que es la época de la vida más determinante en el crecimiento, desarrollo y maduración del ser humano. Además, a corto plazo, previene de determinados trastornos como deshidratación, anemia, caries o sobrepeso. Las carencias de hierro, ácido fólico y vitamina B12, en edad infantil, y de proteínas durante la adolescencia, pueden ser los limitantes de dicho crecimiento (Hernández, 1993).

Además, los hábitos alimenticios adoptados en estas edades van a tener un carácter determinante frente a posibles enfermedades de la persona adulta, tales como obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares y osteoarticulares, entre otras.

En este sentido, Dietz (1987), citado por Briones (1991), indica que existe una elevada correlación entre obesidad infantil y adulta. Incluso, según Hernández (1993), un exceso de aporte energético favorece el aumento de grasa en el tejido adiposo, llegando a veces a una menor estatura adulta.

Las consecuencias para la salud de dicho sobrepeso infantil o más adelante obesidad, si no se soluciona dicho trastorno metabólico, son, entre otras (Hernández, 1993):

- Sobrecarga en el aparato locomotor, provocando trastornos ortopédicos;
- Alteraciones en el aparato respiratorio, acusándose durante el ejercicio moderado una disnea de esfuerzo;
- Alteraciones en el desarrollo psicológico y adaptación social (pobre imagen de sí mismo, sensación de inferioridad, aislamiento, depresión, inactividad, etc.);
- Además de la perturbación estética, supone un grave problema para la salud, ya que la obesidad suele encontrarse asociadas a diferentes enfermedades: hiperlipidemia, hipertensión, diabetes, enfermedades articulares, alteraciones cardíacas y pulmonares, cáncer, reducción de la esperanza de vida...

Todo ello influye evidentemente en la calidad de vida en general y en el rendimiento escolar y físico en particular (Zunzunegui y col., 1995).

Según Delgado y col (1997), los objetivos de una correcta alimentación en edad infantil deben ser:

- Posibilitar un estado fisiológico correcto, que permita el adecuado funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas.
- Permitir una buena evolución estatura-ponderal.
- Conseguir un bienestar psíquico y social.
- Desarrollar un nivel de aptitud y condición física que le permita actuar autónomamente en su vida habitual.
- Permitir un rendimiento escolar satisfactorio.
- Forbes (1995) indica unas pautas sobre dicha alimentación infantil:
 - Reducir grasas saturadas y colesterol;
 - Aumentar el consumo de vegetales, frutas, cereales y legumbres;
 - Consumir proteínas con moderación;
 - Que no falte el calcio en la dieta.

Por su parte, el adolescente, tras las múltiples transformaciones orgánicas producidas durante la pubertad, puede rechazar o aceptar su nueva imagen corporal, que repercute a nivel psicológico, con incidencia en nuevas enfermedades del consumo, con graves implicaciones para la salud, como la anorexia nerviosa o la bulimia (Porter y col., 1986; Thompson y Trattner, 1993; Hernández, 1993).

Por ello, es importante educarles para que eviten modas alimentarias inducidas por la publicidad, a veces confusa, así como aceptar su necesidad de identificación y aceptación de conductas, por parte de su pandilla de amigos, que le lleva a determinados comportamientos sociales, propios de su edad y entorno (actualmente la cultura del botellón).

Además, se les ha de informar, de forma objetiva, sobre los efectos de los hábitos alimenticios en su salud, como por ejemplo las relaciones entre: alcohol y accidentes de tráfico; consumo de grasas y enfermedades cardiovasculares; azúcares con caries y obesidad. Así, el joven adoptará de forma libre y voluntaria sus comportamientos alimentarios.

Respecto a la relación con la actividad físico-deportiva es evidente que la subalimentación provoca una disminución en la capacidad de rendimiento, mientras una dieta equilibrada aporta todos los requerimientos del joven ante la práctica deportiva. En estas edades, la alimentación para la salud primará sobre el aporte energético necesario para el rendimiento, teniendo en cuenta que el ser más activo necesita una mayor compensación energética, por lo que puede ingerir más alimentos y, por tanto tiene menos posibilidad de tener déficit alimentarios en cuanto a nutrientes esenciales (Delgado y col., 1997).

Así, la dieta de un joven activo necesita ser rica en carbohidratos complejos y proteínas de alto valor biológico, adecuada en ácidos grasos esenciales, y suficiente en vitaminas, minerales, agua y fibra.

Por otra parte, una sobrealimentación conlleva al sobrepeso y a la obesidad, teniendo presente que el obeso infantil y juvenil tiene algunas limitaciones para la práctica de actividad física: mayor fatigabilidad, menor capacidad aeróbica, repercusiones sobre el aparato locomotor (pies, rodillas, columna vertebral), disminución de la potencia del músculo cardíaco (capacidad de trabajo), entre otras.

2.6.- Higiene.

La higiene personal como hábito de vida saludable debería estar en un lugar prioritario en el estilo de vida de los escolares. Partiendo de la ejecución de actividades físicas, en el que el aumento de la temperatura corporal, el contacto con las instalaciones, la manipulación de diferentes materiales, etc.

Siguiendo las recomendaciones de De la Cruz (1989), Tercedor (1994) y Torres (1998), los aspectos higiénicos personales y su relación con la práctica físico-deportiva los vamos a resumir en cuatro apartados, en los cuales aconsejaremos a los alumnos a:

3.6.1. - Con relación al aspecto corporal.

- Las prendas que tienen contacto directo con la piel (calcetines, camiseta, pantalón, etc.) deben ser ligeras, estar limpias y favorecer la transpiración.
- Cambiar la ropa interior y los calcetines diariamente, teniendo presente que éstos estén siempre secos, sin arrugas y en buen estado.
- Lavar el calzado deportivo con frecuencia y no usarlo todo el día. Según De la Cruz (1989), se deberían usar exclusivamente para realizar ejercicio físico, debiendo disponer de calzado de calle para el resto de las clases. De esta manera, se evitan enfriamientos, desestabilizaciones en los arcos plantares, así como colonizaciones por hongos. La zapatilla se expondrá al sol para su secado, no con radiador. Del mismo modo, debemos fijarnos por dónde se gasta; no utilizarla mojada; tener presente que si se compra por la tarde-noche el pie está más dilatado; tener cuidado con la cuña alta, que aunque parezca que el tobillo está más protegido, no es así por la inhibición de los receptores propioceptivos (órganos tendinosos de Golgi, fundamentalmente); suela adaptada a la actividad (por ejemplo, es recomendable la utilización de cojín de aire o almohadilla en el tacón de la zapatilla para carreras de larga distancia); etc.
- No usar prendas deportivas sudadas, en prevención del mal olor y para evitar enfermedades cutáneas.
- Evitar la utilización de collares, pulseras, relojes, etc., que puedan favorecer las lesiones.

- No utilizar plásticos directamente sobre la piel, con la creencia errónea de obtener efectos adelgazantes cuando realmente lo que se consigue es una deshidratación.
- Adaptar la ropa deportiva a la climatología, usando chándal en invierno y pantalón corto con camiseta en verano. Es importante la utilización de gorro y guantes cuando hace frío por ser las zonas con mayor pérdida de calor.
- Ducharse cuando se realicen actividades físico-deportivas, y vestirse posteriormente con ropa limpia. De esta manera, se debe acostumbrar a los alumnos a que después de cada sesión de E.F. es necesario una ducha. Si en el Centro no hay vestuarios con ducha, debemos aconsejar a los niños, que se laven y cambien de camiseta y calcetines, y que cuando lleguen a casa se duchen.
- Acostumbrar a los niños a que sean responsables de su equipación personal, y que lleven una bolsa exclusiva para sus prendas deportivas y de higiene (toalla, jabón, camiseta limpia de repuesto, peine, etc.), siendo obligatorio la utilización de ropa deportiva durante las clases.

2.6.2.- Con relación a la higiene visual.

Cada día el niño se ve sometido a una serie de tensiones oculares más o menos importantes, con una iluminación que muchas veces es poco adecuada.

Debemos detectar si el alumno hace gestos raros con sus ojos (guiños, se acerca mucho al papel, dificultad para recepcionar objetos), aconsejando la visita a un especialista.

2.6.3.- Con relación a la higiene auditiva.

Los escolares de las grandes ciudades reciben diariamente toda clase de ruidos en la vía pública, lugares de ocio, etc., que perturban su sueño y alteran su sistema nervioso, favoreciendo paulatinamente la sordera.

Para protegerse de los daños causados por el ruido, lo mejor es evitarlo. Para ello se aconseja:

- Bajar el volumen de la radio y la televisión, acostumbrando a los niños a que eviten cualquier escalada inútil de decibelios. El walkman es particularmente peligroso, ya que su uso intensivo provoca zumbidos y pitidos.
- Evitar el acudir con frecuencia a lugares de diversión especialmente ruidosos.
- Consultar al médico si se nota cualquier problema de audición.

2.6.4.- Con relación a la higiene del medio.

- Las pistas, salas o gimnasios, deben estar limpias, sin irregularidades (baches, agujeros), iluminación adecuada, ausencia de objetos peligrosos (piedras o gravilla, cristales...), etc., que puedan originar alguna lesión. Por ello, antes de empezar la sesión, debe de supervisarse el equipamiento y las instalaciones, así como examinar la seguridad del material que se va a utilizar (buen estado, que no presente astillas, partes oxidadas o punzantes) y su estado de sujeción.
- Los vestuarios deben estar limpios, con papeleras, lavabos y/o duchas que posibiliten la higiene personal y el poder cambiarse de ropa con cierta intimidad, que en edades adolescentes es una de sus preocupaciones.
- Conservar y promocionar el medio ecológico en el que vivimos: playa, parques, calles, para así evitar la contaminación y destrucción de nuestro medio ambiente.

3.- INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES Y PRÁCTICA DE ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS SALUDABLES.

La actividad física y el deporte pueden llegar a ser contenidos educativos en tanto conocimiento históricamente construido y socialmente validado.
Rozengardt

La socialización en sentido general, hay que entenderla como un proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, un proceso que resulta de aceptar las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ellas. Este desarrollo se observa no sólo en las distintas etapas evolutivas, sino también en personas que cambian de una cultura a otra, o de un grupo a otro.

Ruiz (1994), enfatiza en el carácter procesual de la socialización y de la intervención de diferentes agentes.

“La socialización es un complejo proceso de aprendizaje que no se refiere estrictamente a adquirir la capacidad de relacionarse con los demás de manera efectiva, sino que concierne al medio social donde las formas de acción y la motricidad están implicadas, utilizadas y condicionadas”.

Según Usátegui Basozabal, E. (2003), en su análisis *“La educación en Durkheim: ¿socialización versus conflicto?”* los hechos sociales son exteriores al individuo. El hecho social en definitiva, es el modo de actuar, pensar y sentir, exteriores al individuo, y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se lo imponen. Por tanto, la educación cumple la función de integrar a los miembros de una sociedad por medio de pautas de comportamiento comunes, a las que no podría haber accedido de forma espontánea.

La socialización es vista por los sociólogos como el proceso mediante el cual se inculca la cultura a los miembros de la sociedad, a través de él, la cultura se va transmitiendo de generación en generación, los individuos aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potencialidades y habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social y se adaptan a las formas de comportamiento organizado característico de su sociedad.

Se puede describir la socialización desde dos puntos de vista: objetivamente; a partir del influjo que la sociedad ejerce en el individuo; en cuanto proceso que moldea al sujeto y lo adapta a las condiciones de una sociedad determinada, y subjetivamente; a partir de la respuesta o reacción del individuo a la sociedad.

Torres (2005) considera que el principal objetivo de la socialización es inculcar las costumbres y creencias morales y desarrollar características de personalidad en el individuo, principalmente las consideradas deseables por una cultura en particular. Y aclara que:

La socialización opera a través de dos procesos interdependientes: refuerzo y modelado. Como ya sabemos por las teorías del aprendizaje, las conductas que son reforzadas se incrementan, mientras que aquellas que son desaprobadas, se castigan, tienden a desaparecer. Además, el modelado proporciona a los deportistas ejemplos concretos en favor de la socialización, mostrando conductas, actitudes y valores deseables en patrones de comportamiento. Por su grado de implicación y la influencia que generan, las actividades físicas en grupo y los deportes son considerados excelentes agentes de socialización.

Desde los modelos de inteligencia emocional, también se hace énfasis en las habilidades interpersonales. El alumnado emocionalmente inteligente no sólo será más hábil para percibir, comprender y manejar sus propias emociones, sino también será más capaz de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo a las emociones de los demás. Extremera Pacheco y Fernández Berrocal. (2004) consideran que,

“esta teoría proporciona un nuevo marco para investigar la adaptación social y emocional puesto que la inteligencia emocional jugaría un papel elemental en el establecimiento, mantenimiento y la calidad de las relaciones interpersonales”.

Un fracaso es un error sólo para aquellos que no saben convertirlo en experiencia. Disculparse consiste en volver al punto inicial dónde se cometió el error, no permitiendo crecer a éste; es dar un paso atrás para elegir después el camino correcto mediante una acción responsable.

En definitiva el proceso de socialización es la manera con que los miembros de una colectividad aprenden los modelos culturales de su sociedad, los asimilan y los convierten en sus propias reglas personales de vida.

El ser humano, como ser social desde el nacimiento, es receptor de los conocimientos, habilidades, creencias y costumbres del medio social en el que se desarrolla. Este proceso mediante el cual el niño toma contacto, asimila y se acomoda a las normas de la sociedad, se denomina proceso de socialización.

Con la aparición y desarrollo de la televisión o el actual bombardeo informático, conlleva una variación significativa del estilo de vida, provocando, por ejemplo, que el niño que antes estaba jugando en la calle, ahora lo hace delante de un videojuego. Estas conductas están más influenciadas por la publicidad de los medios de comunicación que por decisiones libres e individuales.

El niño no vive dentro de una burbuja impermeable, sino que vive inmerso en un medio social, con sus costumbres y normas, con las que interactúa a través del proceso de socialización. Los niños van a aprender determinados comportamientos, valores y actitudes, a través de diferentes factores que influyen en dicho proceso de socialización (Torre, 1998). En edades tempranas, estos factores serán los agentes sociales primarios (familia, escuela y amigos) y las características propias del individuo (autoestima, motivación) (McPherson y col., 1989). Así, fundamentalmente los familiares cercanos y los amigos van a tener una influencia directa en la participación deportiva del joven.

Los agentes socializadores van a tener mayor o menor trascendencia en el comportamiento de la persona dependiendo de la edad de la misma. De este modo, según la teoría de la imitación, los niños no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que les ven hacer. Además, los avances de la tecnología están haciendo que los modelos simbólicos (televisión) tengan gran influencia en las pautas de conducta social (Torre, 1998). Sin embargo, el adolescente reinterpreta determinados comportamientos sociales, a través de la comunicación interpersonal (perspectiva de interacción simbólica).

A pesar que existen diferentes teorías que explican este proceso, nos detendremos en dos de ellas por la importancia que tienen en relación con nuestra investigación:

a) Teoría de la imitación.

Explica que el individuo es, en principio, un ser más o menos pasivo que va aprendiendo a través de la observación de los valores, creencias y normas expresadas por los demás (familiares, profesores, entrenadores y amigos), y de la imitación de los comportamientos que éstos presentan (Bandura y Walters, 1983).

En este proceso de imitación, se pueden distinguir modelos que tienen una significación de relación personal (la familia, los parientes, los amigos, la escuela y las instituciones deportivas), de aquellos que poseen un efecto más impersonal (televisión, medios de comunicación de masas y equipamientos) (Gráfico 1.5).

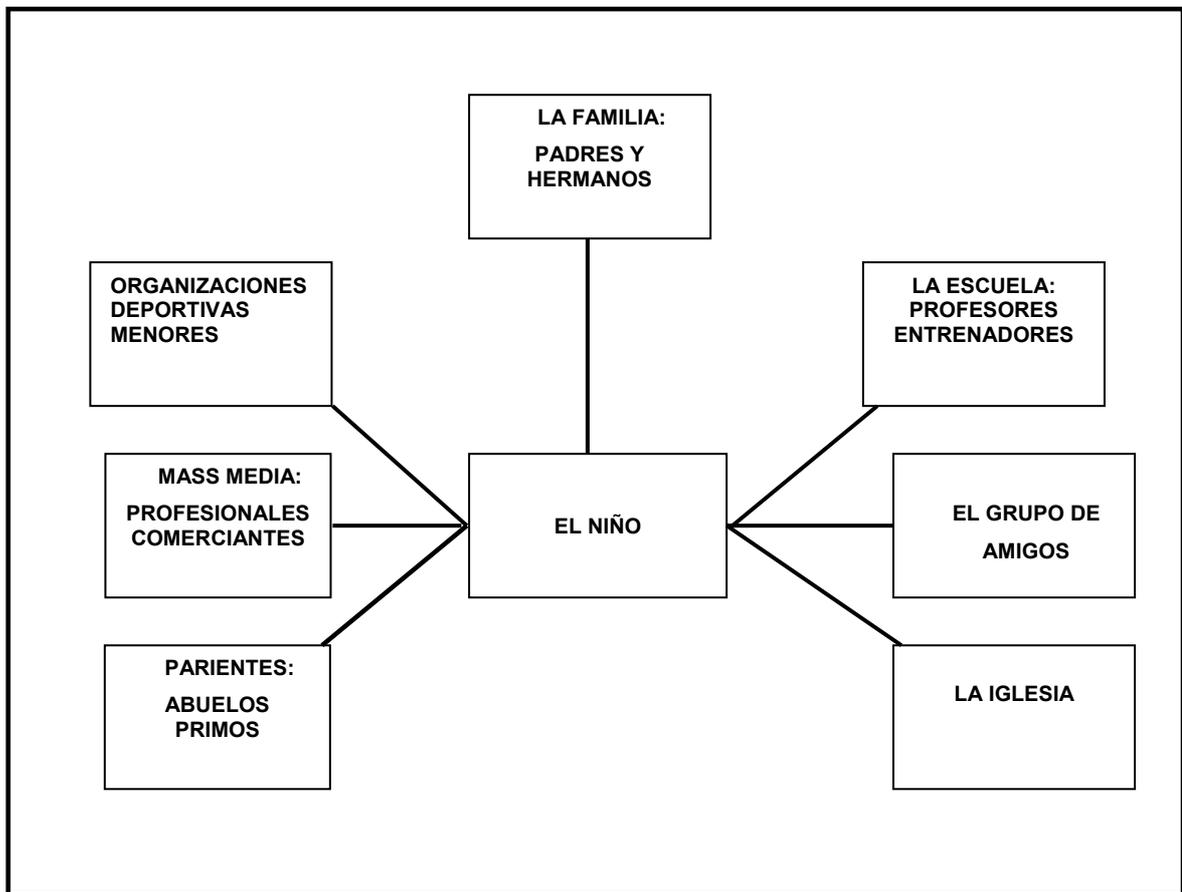


Gráfico 1.5.-Agentes socializadores que influyen en el proceso de socialización. Tomado de Ruiz, L., 1994.

Según Bandura (1983), la imitación juega un papel muy importante en la adquisición de conductas: *"al observar la conducta de los demás, el observador puede imitarlas, variarlas o aprender otras nuevas"*. Como agentes

socializadores primarios, resaltaríamos la familia, los profesores, los entrenadores y los amigos.

b) Teoría de la Perspectiva de interacción simbólica.

Se trata de definir e interpretar el mundo en el que se vive a través de la comunicación interpersonal. A veces, el individuo reinterpreta determinados comportamientos sociales y creencias, lo que ocurre más frecuentemente en la adolescencia que en la infancia, y redefine así el mundo social en el que vive. A través de esta teoría, los sujetos van a ir adquiriendo los conocimientos necesarios para cada situación social (Bandura y Walters, 1983). El individuo participa más activamente en dicho proceso

Este proceso de socialización es continuo y que, si bien es verdad que la mayoría de los aprendizajes ocurren durante la infancia y la adolescencia, éstos se siguen sucediendo durante toda la vida.

3.1.- Agentes socializadores primarios.

Se entiende por agentes socializadores primarios todas aquellas personas cercanas a los niños y adolescentes, como son los padres, los hermanos, las hermanas, los amigos y los profesores, que de alguna manera van a condicionar sus estilos de vida futuros.

Torres (2005) considera que este tipo de socialización es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad. Se da en los primeros años de vida y se remite al núcleo familiar. Se caracteriza por una fuerte carga afectiva. Depende de la capacidad de aprendizaje del niño, que varía a lo largo de su desarrollo psico-evolutivo. El individuo llega a ser lo que los otros significante lo consideran (son los adultos los que disponen las reglas del juego, porque el niño no interviene en la elección de sus otros significantes, se identifica con ellos casi automáticamente) sin provocar problemas de identificación. La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya el miembro es miembro efectivo de la sociedad y esta en posición subjetiva de un yo y un mundo.

Diversos autores han investigado acerca de la relación entre dichos agentes sociales y la frecuencia con la que los niños y adolescentes participan en actividades físico-deportivas en su tiempo libre, y han mostrado especial interés en determinar cuál de estos agentes tiene mayor importancia sobre el resto.

Basándonos en dichas investigaciones, vamos a analizar paso a paso cada uno de los agentes socializadores primarios, estableciendo el grado de relación que ejercen sobre los hábitos deportivos.

Para conocer la influencia de todos estos factores socializadores hacia la práctica de la actividad física y deportiva en el niño y en el joven, vamos a recoger las indicaciones y sugerencias ofrecidas por la citada autora en su tesis doctoral (Torre, 1998). Así, la familia es el primero y más potente agente socializador en las primeras edades, transmisor de valores, comportamientos y normas.

De esta manera, los niños que participan en actividades físico-deportivas reflejan el interés de sus padres para que realicen dichas actividades, fundamentalmente si éstos han practicado de forma placentera. Si son practicantes activos, sirven de modelo para sus hijos. En ambos casos, de acuerdo con García Ferrando (1993), los hijos cuyos padres están en esta situación son más activos. En el mismo sentido, el hermano/a mayor puede servir como modelo positivo o negativo dependiendo cómo sean sus hábitos.

El segundo agente socializador, formado por el grupo de iguales o amigos, que se consolida aún más durante la adolescencia, tiene la capacidad de favorecer o no el proceso iniciado en la familia, ya que si dicho grupo presenta actitudes pasivas, es más factible que el joven tienda hacia ellas. Así, la familia tiene una mayor importancia socializadora en la infancia, pero los amigos tienen mayor trascendencia en la adolescencia.

3.1.1.- La familia.

Es innegable que la familia como núcleo de toda sociedad, es un fuerte agente socializador, fundamentalmente en las primeras edades: el niño aprende a través de la relación que va a tener con sus padres y hermanos. La familia le va a proporcionar el soporte emocional y económico que necesita, transmitiéndole una serie de conocimientos, valores y normas. Posteriormente,

otras instituciones como la escuela y otras instituciones juveniles, van a darle continuidad de manera significativa el proceso de socialización.

Un gran numero de investigaciones sociales en el ámbito deportivo han demostrado que la familia es uno de los primeros y mas persistentes agentes socializadores, especialmente para las niñas (Greendorfer, 1983; Higginson, 1985; Smith 1979).

Investigadores como Snyder & Spreitzer (1976), plantean que los miembros de la familia son los que mayor influencia ejercen en el proceso de socialización deportivo así como en otros aprendizajes, como por ejemplo, el de la música. Estos resultados son debidos, en gran parte, a que desde que el niño es muy pequeño, y durante un gran tramo del transcurso de su vida, existe un refuerzo continuo en función de las experiencias y actitudes que recibe de sus propios familiares: éstos son los que se encargan de aprobar aquellos comportamientos adecuados y desaprobando los inadecuados.

En la actualidad, en las sociedades industriales la familia aparece integrada por dos generaciones, reducida a la pareja fundadora y a los hijos. La institución del matrimonio se concibe como una asociación de iguales y el número de hijos suele ser muy pequeño. También aquí existe cierto consenso en denominar a este tipo de organización primaria como la "*familia nuclear*". (Puelles, G., 1996)

Para que la familia sea eficaz en la formación para la ocupación del ocio con actividades físico-deportivas, es imprescindible, en primer lugar, que el clima de convivencia que impere sea positivo. Difícilmente pueden esperarse buenos resultados educativos a ningún nivel, y por tanto tampoco respecto del ocio, cuando la familia no posee pequeñas cualidades como pequeño colectivo humano. De entre tales cualidades destacaríamos la cohesión de sus miembros y la abundante intercomunicación. (Torres, 2005)

Entonces, dentro de la familia, tendríamos que distinguir entre los miembros que la componen: los padres, los hermanos y los hermanos mayores.

3.1.2.- Los padres.

Si analizamos el papel de los padres, existen estudios que ponen de esto que los niños y adolescentes que participan en actividades

físico-deportivas reflejan, en parte, el interés y el ánimo que sus padres han mostrado para que dichas actividades las lleven a cabo desde edades tempranas (McPherson, Curtis & Loy, 1989).

Las investigaciones realizadas por Greendorfer (1983), Higginson (1985) y Smith (1979) muestran cómo muchos chicos y chicas involucrados en actividades físico-deportivas, lo están debido a que:

- Sus padres manifiestan una valoración positiva hacia dichas actividades animándoles a que participen, debido a que ellos mismo lo hacen o lo han hecho.
- Sus padres asisten regularmente a eventos deportivos o los ven por televisión.

Si analizamos lo expresado por García Ferrando (1995), la participación de los padres y de las madres juega un papel fundamental en el proceso de socialización deportivo. Sería interesante, por tanto, analizar con qué frecuencia dichos agentes socializadores se involucran en actividades físico-deportivas en su tiempo libre. Para ello, nos vamos a centrar en el estudio realizado por Mendoza y col. (1994) , donde se les preguntaba a los escolares españoles, con edades comprendidas entre los once y los dieciséis años, acerca de la frecuencia con que sus padres y madres participaban en actividades físico-deportivas, obteniendo que un 65% afirmaban que éstos nunca las practicaban y existiendo un 8% que desconocía el hecho. Dicho estudio constata también que la práctica del padre y de la madre mantiene una estrecha relación con la de los hijos.

Esta demostrado que los padres pueden jugar diferentes papeles en relación con la participación físico-deportiva de sus hijos en función del sexo al que pertenecen. Sobre esta teoría, Snyder and Spreitzer (1973) afirman que el grado de ánimo e interés que presentan los chicos hacia la actividad físico-deportiva está más condicionado por el comportamiento del padre, mientras que el de las niñas lo está más por el de la madre; McPherson (1978) sugiere que las madres son el modelo deportivo de sus hijas y Greendorfer and Lewko (1978) creen que es el padre el que adquiere mayor relevancia en la práctica deportiva en la que niños y niñas, de entre ocho y trece años de edad, se encuentran envueltos, y afirman, que la madre no tiene una influencia significativa. En contraste, Lewko y Ewing (1980) muestran que los niños con edades comprendidas entre nueve y once años, que presentan altos índices de

participación, están más influenciados por sus padres, mientras que aquellas niñas que presentan las mismas características, lo están por sus madres. La diferencia entre las niñas y niños, según estos autores, es que éstas necesitan mayores niveles de ánimo y estimulación por parte de todos los miembros de la familia. Similares resultados fueron hallados entre las chicas japonesas (Ebra, Ikeda, & Myiashita, 1983, citados por Haywood, 1993).

García Ferrando (1993) expone que los hijos de los padres que hacen deporte en la actualidad lo practican con mucha más probabilidad, sobre todo cuando es la madre la que lo practica: en concreto, un 76% de los jóvenes cuya madre hace deporte, practican uno o varios deportes y sólo un 12% no lo hace, frente al 49% y al 31% que se observa respectivamente, entre los jóvenes cuyas madres no lo practican.

Torres (2005) aporta el siguiente resumen de las acciones que pueden hacer las familias como entorno inmediato que actúa sobre los adolescentes para mejorar los niveles de práctica deportiva:

Enseñar a organizar su tiempo libre.

Posibilitar el primer acercamiento al deporte escolar, por encima de otras actividades extraescolares que ellos creen que sus aprendizajes tienen más funcionalidad presente.

Inculcar a los hijos el espíritu del disfrute por la actividad, por encima de cualquier otro interés.

Facilitar en lo posible experiencias deportivas positivas tempranas.

Hacer ver a los hijos los beneficios psicológicos y sociales de la práctica deportiva, tanto individual como en grupo.

Procurar valorar más la constancia y el esfuerzo puestos en la tarea que los éxitos que se puedan alcanzar.

Tratar que los hijos alcancen un buen nivel de autoestima, que disfruten de la práctica y que encuentren en el deporte un espacio-tiempo que fomenta la amistad, la entrega, la cooperación y la solidaridad con sus compañeros y compañeras de juego.

3.1.3.- Los hermanos y hermanas.

Deteniéndonos en el factor hermanos y hermanas, dentro de lo que son los miembros de la familia, nos encontramos con numerosas investigaciones que afirman que éstos y éstas son unos potentes agentes socializadores, pudiendo facilitar o inhibir el proceso de socialización hacia las actividades

físico-deportivas (Sutton-Smith & Rosenberg, 1970). Debido a que en la mayoría de los casos dicho proceso se lleva a cabo a través de la imitación, el hermano-a mayor puede servir como modelo positivo o negativo dependiendo de cuáles sean sus hábitos.

Por otro lado, y como expresábamos en la introducción del capítulo, existe otro componente que afecta al proceso de socialización y es el de la interacción personal entre los mismos, pudiéndose crear situaciones de cooperación hacia aquellas actividades que desarrollan los hermanos-as mayores, pero también de rechazo y conflicto. Diversos factores van a influir en esta interacción entre hermanos, como son, por ejemplo, el tamaño de la familia, los años de diferencia que presentan los hermanos entre sí y el sexo al que pertenecen. La mayoría de los investigadores han coincidido en prestar mayor atención a estas dos últimas variables, estableciendo diferencias si el sujeto sometido a la investigación es hijo único o tiene hermanos mayores o menores; se trata pues, de establecer el rango que ocupa dicho sujeto en esta ordenación. Sutton-Smith & Rosenberg (1970) sugieren que el hermano/a más mayor, es decir, el que nació primero, sirve como modelo al resto de sus hermanos más jóvenes.

Para Weiss & Knoppers (1982), los hermanos mayores son a menudo considerados como importantes agentes socializadores en la participación deportiva por parte de las chicas, aunque las hermanas también tienen poder de influenciar (Lewko & Ewing, 1980); para otros investigadores, los hermanos y hermanas mayores no presentan relaciones significativas (Greendorfer & Lewko, 1978; Patriksson, 1981).

3.2.- Los agentes de socialización secundarios.

Es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. El individuo descubre que el mundo de sus padres no es el único. La carga afectiva es reemplazada por técnicas pedagógicas que facilitan el aprendizaje. Se caracteriza por la división social del trabajo y por la distribución social del conocimiento. Las relaciones se establecen por jerarquía.

Un fracaso es un error sólo para aquellos que no saben convertirlo en experiencia. Disculparse consiste en volver al punto inicial dónde se cometió el error, no permitiendo crecer a éste; es dar un paso atrás para elegir después el camino correcto mediante una acción responsable.

“Sentirse bien” dice Voli, F. (2004) “es un deber que tienen los profesores y entrenadores para que puedan cumplir con su obligación, que es enseñar”. Pero evidentemente, una gran parte de este «sentirse bien» del profesor o del entrenador la tienen los jóvenes alumnos y alumnas, quien con sus propuestas, atenciones y reconocimiento hacen que el educador aumente sus niveles de autoestima y de motivación para continuar en la tarea.

El trabajo en grupo realizado en la escuela deportiva, en el entrenamiento o en clase de Educación Física, es fuente de dinamización para los participantes, debido a la necesidad que se les presenta de interactuar y colaborar con otros compañeros para lograr la consecución de las tareas asignadas, las cuales no podrían ser resueltas si trabajaran individualmente.

Creemos dice Torres (2005), que el desarrollo pleno del alumnado dentro del proceso educativo, no es posible sin la interacción con los demás. La socialización implica el reconocimiento del otro, de su dignidad y, por lo tanto, lleva a ser responsable, solidario y a compartir. A través de la relación con los demás, de las tareas comunes compartidas, el alumnado aprende a discernir críticamente las conductas, creencias, normas y valores apreciados por el grupo-clase al que pertenece y se compromete con el grupo en una relación de intercambio constructivo.

3.2.1.- El grupo de iguales: los amigos.

Analizaremos el agente socializador relacionado con el grupo de iguales, los cuáles, tienen la capacidad de favorecer o desfavorecer este proceso de socialización deportiva que comenzó en el seno familiar. Si el grupo en el que se encuentra inmerso el niño o adolescente presenta actitudes pasivas, los miembros del mismo tenderán hacia ellas; si, por el contrario, tiende a participar en actividades físico-deportivas, los miembros del mismo también lo harán.

Estudios realizados en diferentes países incluidos Estados Unidos, Japón y Canadá, demuestran que el grupo de amigos va a influir en la participación que presentan los niños en diversas actividades (Greendorfer & Lewko, 1978; Greendorfer & Ewing, 1981; Yamaguchi 1984).

Durante la adolescencia, el grupo de amigos se consolida aún más y sigue existiendo ese poder de socialización hacia la actividad física (Brown, 1985).

Entre las mujeres, Greendorfer (1977) afirma que el grupo de amigos y amigas es el único agente socializador que está estrechamente relacionado con la participación en actividades físico-deportivas, durante todas y cada una de las diversas etapas de la vida: infancia, adolescencia y edad adulta; otros agentes serán importante en determinadas etapas, pero no en todas, como por ejemplo la familia que tiene una influencia crucial en la infancia y bastante menor en la adolescencia.

Por otro lado, los amigos, durante la infancia, tienen una influencia mayor cuando se trata de participar en deportes de equipo que cuando son actividades deportivas individuales (Kenyon & McPherson, 1973).

Por último, es interesante señalar que cuando el individuo finaliza sus estudios y se incorpora al mundo del trabajo, a menudo deja su grupo de amigos para introducirse en otro diferente (grupo de trabajo), el cual condicionará también los hábitos deportivos del mismo: es típico que los adultos presenten menores índices de frecuencia deportiva, llegando incluso a abandonarla por completo, hasta en aquellos que lo practicaron en su juventud.

Llegados a este punto, y como hemos expresado con anterioridad, los padres, hermanos y amigos pueden influir en la práctica deportiva del sujeto a través del grado de participación que presentan ellos mismos, o bien, a través del grado de interés y ánimo con que expresan su agrado hacia dicha práctica. Sería interesante por tanto, determinar cuál de estos agentes socializadores mantiene un mayor grado de asociación con la práctica deportiva, al compararlos entre ellos.

Greendorfer & Lewko (1978) analizaron el grado de interrelación que presentaban los distintos agentes socializadores, atendiendo al ánimo e interés que mostraban los escolares hacia la actividad físico-deportiva, con una muestra de niños y niñas con edades comprendidas entre los ocho y los trece años. Los resultados de tal investigación revelaron lo siguiente:

1.- Los padres y amigos eran factores determinantes en la participación deportiva que presentaban los escolares pertenecientes a ambos sexos.

2.- Los padres mostraban una relación más significativa que los amigos, en ambos sexos.

3.- El padre es la figura más relevante dentro del ámbito familiar puesto que la madre, los hermanos y hermanas no presentaban relaciones significativas, en ningún sexo (este resultado contrasta con el obtenido por Snyder & Spreitzer en 1973).

Greendorfer (1977) realizó un estudio con 586 chicas en el que pretendía comprobar si existía relación entre la participación deportiva femenina y los diferentes agentes socializadores (familiares, amigos, entrenadores y profesores), en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia y adultez). Los resultados obtenidos fueron los siguientes (Tablas 4 y 5):

1.- Durante la infancia, la participación deportiva femenina está más asociada a los modelos masculinos que a los femeninos, presentando en ambos casos, índices de significatividad.

2.- En la adolescencia, el rol masculino adquiere mayor significado que el femenino aunque las diferencias son mínimas. Es en esta etapa, en comparación con las demás, donde la relación con los roles femeninos alcanza las cotas más elevadas.

3.- Durante la edad adulta, el rol femenino adquiere mayor importancia que el masculino aunque las diferencias son mínimas, existiendo en ambos, un grado de significación.

VARIABLES				
Etapas	Coficiente estadístico	Familia	Amigos	Profesores-Entrenadores
Infancia	Valor t	3.363*	10.295*	.693
	Valor beta	.133	.421	.028
Adolescencia	Valor t	-.015	4.470*	4.324*
	Valor beta	-.001	.199	.190
Adulta	Valor t	2.477**	4.467*	1.937
	Valor beta	-.105	.201	.086

*p<.01; **p<.05

Tabla 9.- Influencia de los agentes socializadores en la participación deportiva femenina, en función de la etapa de la vida. (Tomado de Greendorfer, 1977)

VARIABLES			
Etapas	Coficiente estadístico	Modelo masculino	Modelo femenino
Infancia	Valor t	8.674*	1.196**
	Valor beta	.370	.094
Adolescencia	Valor t	4.118*	3.408*
	Valor beta	.177	.146
Adulta	Valor t	2.241**	2.544**
	Valor beta	.097	.110

*p<.01; **P<.05

Tabla 10.- Cuadro comparativo de la influencia que presentan el modelo masculino y femenino en la participación deportiva femenina, en las diferentes etapas de la vida. (Tomado de Greendorfer, 1977)

3.2.2.- Los entrenadores.

Los entrenadores son también agentes socializadores que van a influir en el grado de involucración físico – deportiva que presenta el alumnado (Greendorfer & Lewko, 1978).

En investigaciones realizadas en atletas masculinos, declararon que sus entrenadores habían influido en el nivel de participación y en el tipo de actividades que practicaban cuando eran adolescentes y adultos (Ebihara et al., 1983; Kenyon & McPherson, 1973); atletas femeninas afirmaron que los entrenadores habían influido en esas mismas variables, fundamentalmente en la etapa de la infancia (Greendorfer & Ewing, 1981, Weiss & Knoppers, 1982) y de la adolescencia (Greendorfer, 1977).

En contraste, Yamaguchi (1984) estableció que los entrenadores no tenían poder influenciador: los participantes raramente nombraban a los entrenadores como personas que hubiesen influido en sus hábitos deportivos.

En este sentido, el papel que desarrollan los entrenadores resulta de vital importancia para conducir el proceso de formación deportiva de los niños, de forma que les ayude a obtener suficientes satisfacciones, para aumentar el grado de adhesión a la actividad y reducir el nivel de insatisfacción que provocan los fracasos.

Torres (2005) indica algunas acciones que debería realizar los entrenadores para mejorar los niveles e motivación y su posterior repercusión en los procesos de socialización:

- Evitar las críticas negativas ante los intentos de colaboración de los alumnos.
- Programar trabajos en grupo o sesiones donde cada alumno pueda colaborar según su nivel.
- Programar los contenidos deportivos y enseñarlos de forma que los alumnos puedan comprenderlos y aplicarlos con un nivel medio de dificultad.
- Cuidar de que los alumnos con un bajo nivel de motivación consigan pequeños éxitos para que aspiren en un futuro próximo hacia metas que exigen esfuerzos superiores.
- Fomentar el trabajo cooperativo.

- Presentar tareas asequibles a las posibilidades de los alumnos.
- Programar las tareas de aprendizaje y entrenamiento de forma que los alumnos puedan frecuentemente tomar decisiones.
- Realizar actividades o trabajos fáciles para los alumnos poco motivados, de manera que pueda valorar sus éxitos y su relativa dedicación.
- Sentirse siempre más educadores que técnicos.
- Tener siempre presente que las acciones que uno hace tienen más fuerza que las palabras.
- Trasladar a sus alumnos que lo que da sentido al juego es el respeto a las normas, a los compañeros y a los eventuales adversarios ya que sin ellos no sería posible su propia práctica deportiva.

3.2.3.- La Escuela y el área de Educación Física.

❖ **La Escuela**

Bolívar Botia, A. (2003) indica *“que en estos tiempos de reestructuración y reconversión del sistema escolar heredado de la modernidad, los centros educativos se ven obligados a aprender a responder a las demandas de un entorno incierto, turbulento, inestable, sin esperar ni confiar en reformas estructurales”*. De este modo, se pretende favorecer, en lugar de estrategias burocráticas, verticales o racionales de cambio, la emergencia de dinámicas autónomas de cambio, que puedan devolver el protagonismo a los agentes escolares y, por ello mismo, pudieran tener un mayor grado de permanencia.

No deberíamos olvidar, sin embargo, que los valores básicos y las actitudes fundamentales aparecen en la escuela en torno a sus funciones vertebradoras: en el proceso del enseñar y el aprender, en el acceso a los diversos ámbitos de la cultura, en la sistemática de los conocimientos. El quehacer esencial sigue siendo el mismo, *«educar en valores»* a través de la práctica de actividades físicas, aunque para ello debemos iniciar el camino revisando los fundamentos de toda labor educativa... y debemos acompañar el caminar con un fortalecimiento permanente de lo actitudinal.

Los objetivos de la Educación Física no van encaminados solamente a facilitar experiencias relativas a la misma cuando los alumnos se encuentran dentro del contexto escolar, sino en prepararlos también para crear unos hábitos deportivos cuando estén fuera del mismo; para que esto sea posible,

hemos de conseguir que la asignatura de E.F. les resulte atractiva y útil para la vida.

Según Fox (1988), los adolescentes que han finalizado sus estudios y abandonan el centro escolar, se pueden dividir en **tres categorías**, dependiendo de las experiencias psicológicas recibidas a través de las clases de educación física:

- La primera de ellas hace referencia a todos aquellos que se sienten atraídos por la actividad física ya que perciben algún tipo de recompensa a través de ella. Dentro de **unos programas de educación física** en los que prevalece la adquisición de habilidades deportivas, nos encontramos, en esta categoría, a todo el alumnado que ha sido capaz de desarrollar mayores niveles de habilidad que el resto de sus compañeros.
- La segunda categoría hace referencia a aquellos que evitan la actividad física ya que perciben el deporte y el ejercicio físico como una experiencia negativa, y creen seriamente, que es poco probable que vuelvan a estar envueltos en dichas actividades para el resto de sus días. De nuevo, dentro de un programa basado exclusivamente en la adquisición de las habilidades deportivas, a esta categoría pertenecerán todos los que no se hayan adaptado a dicho programa y se autocalifiquen de torpes, descoordinados e incompetentes; para ellos, la visión de la actividad física es bastante negativa.
- La tercera categoría corresponde a los neutrales, es decir, a aquellos que no tienen fuertes sentimientos hacia el deporte o el ejercicio físico, y sus hábitos deportivos van a depender, en mayor medida, de las circunstancias sociales que les rodean más que de sus propias convicciones.

Estadísticas obtenidas por el Sports Council en 1982, sugieren que la mayoría de los adolescentes pertenecen a las dos últimas categorías. Los datos demuestran que la segunda categoría comprende un mayor número de adolescentes de lo que en principio se pensaba, y que, en ésta, se encuentra incluido un porcentaje muy elevado de chicas que consideran tener falta de competencia deportiva para llevar a cabo con éxito las clases de educación física.

Si admitimos el papel de la escuela en la educación para el tiempo libre, debemos estudiar las diferentes direcciones y niveles que toman su acción en

relación con el ocio constructivo a través de las prácticas de actividades físico-deportivas. En este sentido y al margen de las motivaciones que los maestros y profesores de Educación Física pudiesen plantear a sus alumnos y alumnas en la educación formal, debo de referirme con especial atención a las actividades extraescolares, ya que las mismas tienen una relación directa con la pedagogía del ocio, pues están concebidas para dar contenido al tiempo libre de los alumnos.

Las actividades extraescolares son pues una respuesta de la escuela al tiempo libre del alumnado. Un exceso de planificación que limite las posibilidades de decisión y organización, junto con la tendencia a hacer de la actividad extraescolar una obligación más, son los motivos que más habitualmente pueden alejarlas de uno de los requisitos más importantes de la pedagogía del ocio, la libertad de elección y participación.

La escuela debería tratar de contribuir de manera especial a la participación en actividades deportivas. Siguiendo a Torres (2005) esta contribución podría ser con alguna de las siguientes acciones:

- Transmitir a sus alumnos la idea de que las actividades físicas y deportivas son un hábito recomendable de vida, que es bueno para todos y cada uno de ellos.
- Ofrecer al alumnado de manera prioritaria actividades físico-deportivas a través de su inclusión en el Proyecto de Centro.
- Diversificar la oferta de estas actividades, para que todos los escolares encuentren un espacio-tiempo en el que sentirse satisfechos con su realización.
- Implicarse en la organización y puesta en acción de las actividades deportivas.

❖ **El área de Educación Física y la participación en actividades físico-deportivas.**

Fox, K. (1988) desarrolla un modelo que explica la dimensión psicológica de la educación física y su interrelación con la adquisición de hábitos deportivos.

El profesor de educación física va a jugar un papel fundamental dentro del proceso educativo, debiendo desarrollar dos de los factores que van a

incidir, posteriormente, en las experiencias, que proporciona la educación física; estos factores son el estilo de enseñanza utilizado y el programa de contenidos a desarrollar.

A partir de estas experiencias, el alumnado va a desarrollar unas percepciones en tomo a las mismas, las cuáles pueden o no corresponder con la realidad o con la percepción que tiene el propio profesor. Estas percepciones van a ser uno de los mejores predictores de los comportamientos futuros, así como de la autoestima. Las percepciones que proporcionan las experiencias recibidas en las clases de educación física, pueden estar referidas a si éstas son divertidas o no, si son valiosos, si son aburridas o desagradables e, incluso, si nuestra propia habilidad está a la altura de las circunstancias.

Este modelo expresa que estas orientaciones psicológicas van a ser las responsables, en gran medida, de los futuros hábitos deportivos del alumnado cuando alcancen la edad_adulta. Por último, si el profesor de educación física es capaz de recoger toda la información psicológica que se deriva de este proceso, se producirá una mejora en la calidad de las experiencias que los alumnos reciben a través de las clases de educación física (Gráfico 1.6).

Las percepciones nos van a ofrecer información acerca de cómo los niños y adolescentes viven la educación física y además, van a contribuir a desarrollar el siguiente factor dentro del modelo: las orientaciones psicológicas que el alumnado va a ir desarrollando hacia la actividad física, que tal y como **expresábamos anteriormente, se pueden traducir** en orientaciones atractivas, aversivas o neutrales hacia la actividad físico - deportiva.

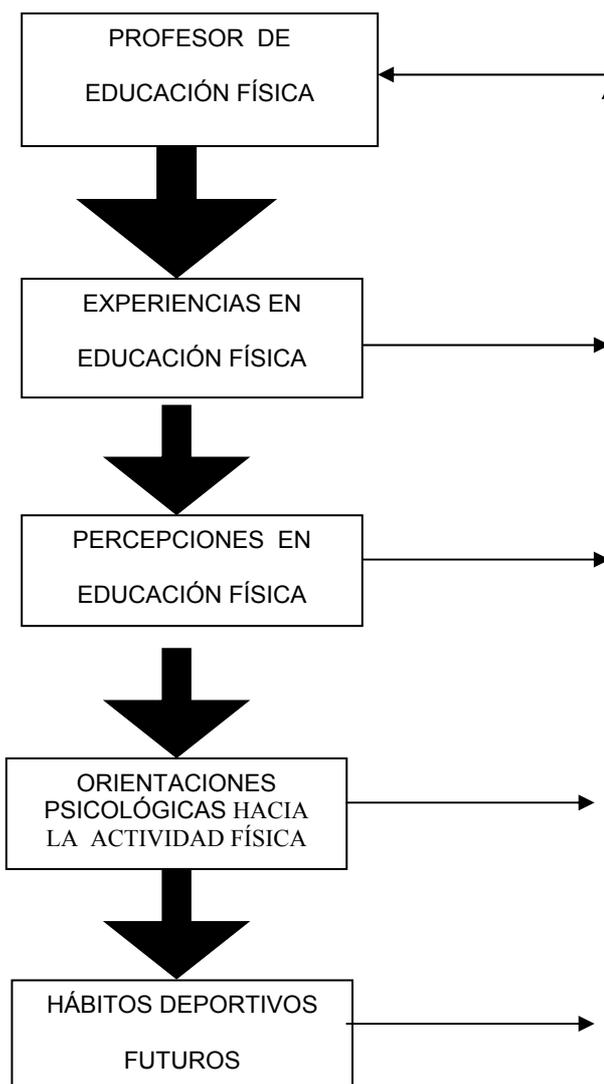


Gráfico1.6- Modelo que relaciona la dimensión psicológica de la Educación Física con los futuros hábitos deportivos. (Tomado de Fox, 1988.)

❖ **Valoración que realiza el alumnado en torno a las clases de Educación Física,**

Mendiara, N (1986), a través de una encuesta realizada a 4.859 alumnos de Enseñanzas Medias y C.O.U., pertenecientes al distrito universitario de Zaragoza, resalta el hecho de que el alumnado es consciente de que el tiempo que se le dedica a las clases de educación física es muy escaso, existiendo un 57,5% de la población que opinan que la duración debería ser mayor, un 38,1% que considera que la duración es la adecuada y un 4,4% que consideran que debía ser menor o que no contestan. Por otro lado, existe un 70% de la

población que considera que el número de clases de educación física a la semana no es el adecuado, siendo partidarios de que se impartan tres o más clases por semana.

Sánchez Bañuelos y col (1986), en el estudio realizado con 316 sujetos pertenecientes a la enseñanza pública de Aragón y Navarra, y 350 sujetos pertenecientes a la enseñanza pública de Madrid, que cursaban todos ellos tercero de B.U.P., establecieron una escala de diecinueve pares de adjetivos contrapuestos. La finalidad de dicho estudio consistía en analizar si existían diferencias en cuanto a la valoración que presentaban los adolescentes acerca de las clases de educación física y la valoración que procedía de la práctica del ejercicio físico libremente asumido en su tiempo libre. Los resultados obtenidos demuestran que para los adolescentes encuestados, las clases de educación física resultaban ser más rutinarias, aburridas, indiferentes, inútiles, deformativas, no saludables, individualistas, no comunicativas, no solidarias y, menos participativas, competitivas y activas, que la práctica de actividades físico-deportivas asumida libremente en su tiempo de ocio.

Según García Ferrando (1993), la población joven española con edades comprendidas entre los quince y los veintinueve años, manifiesta, acerca de la valoración de las clases de educación física recibidas en el contexto escolar, lo siguiente: para la mayoría de los jóvenes, el 67%, las clases fueron poco o nada divertidas y, en la mayoría de los casos, estas clases no sirvieron para introducir al alumnado a la práctica deportiva (un 46% así lo afirma frente al 18% que se muestra indiferente o al 35% que opina todo lo contrario). En relación con la pérdida de tiempo en dichas clases, la mayoría de los jóvenes opinan que se pierde mucho tiempo; en tomo a la influencia que el profesorado de educación física ejerce a la hora de motivar al alumnado para que se interese por el deporte, éste opina que es poco considerable: un 36% afirma que el profesor-a les ayuda mucho o bastante a interesarse por el deporte, un 27% se mantiene indiferente y un 36% expone que le ayuda poco o nada.

3.3.- Factores personales.

Los factores personales junto con los sociales, están estrechamente ligados al proceso de socialización deportiva. Dentro de los personales, vamos a centrarnos en el concepto de sí mismo (dentro del cual se incluye la autoestima), las actitudes y las motivaciones (Gráfico 1.7).

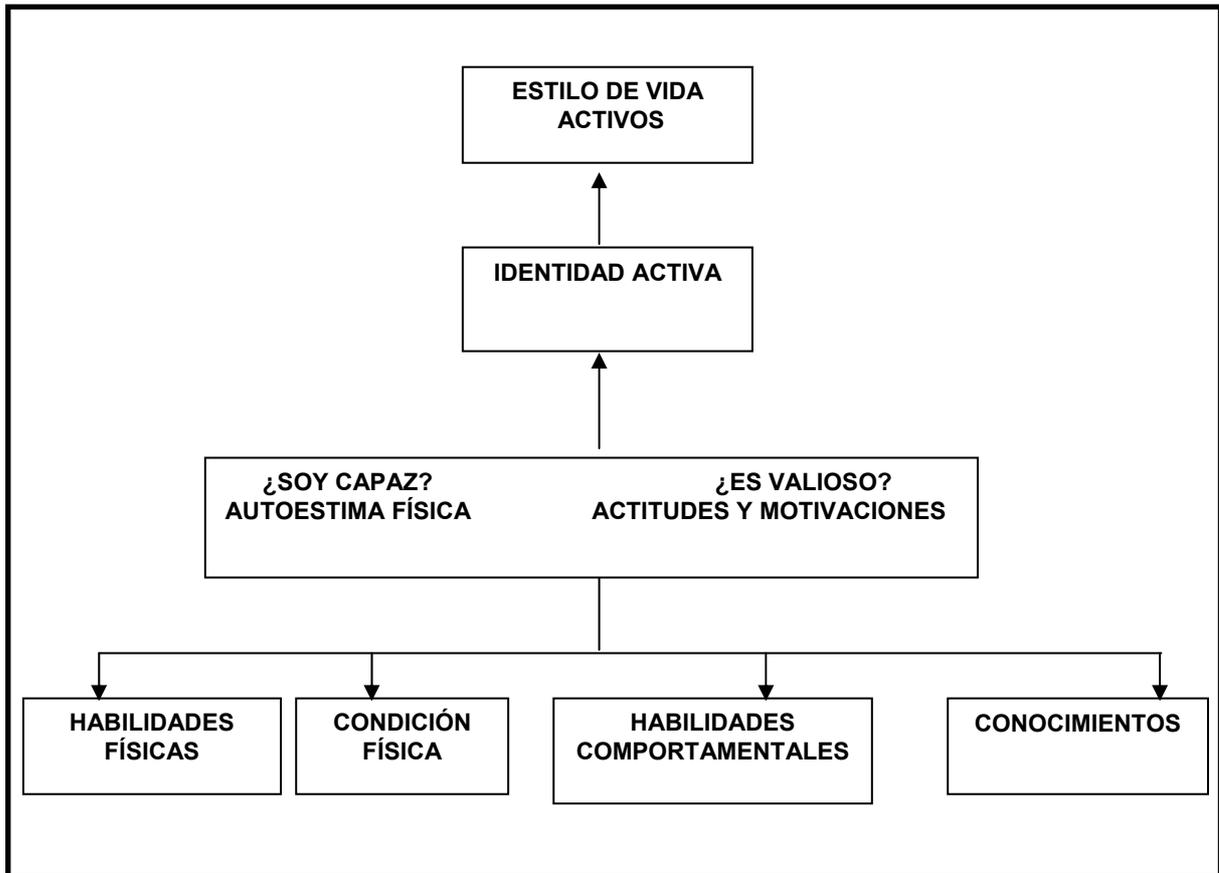


Gráfico 1.7.- Factores personales que van a estar relacionados con los futuros hábitos deportivos. (Tomado de Fox, 1991)

3.3.1.- Concepto de si mismo.

Esta denominación es, en realidad, una abreviatura para un conjunto bastante amplio de representaciones mentales que incluyen imágenes y juicios, y no sólo conceptos, que el individuo tiene acerca de sí mismo, y que engloban sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales (Epstein, 1981).

El autoconcepto comporta juicios descriptivos sobre uno mismo, y también juicios evaluativos de autovaloración; estos últimos componen la autoestima, a menudo confundida con el autoconcepto y, en realidad una parte de él.

Autoconcepto y autoestima pueden referirse a la propia persona como un todo, a la representación global que se tiene de sí mismo, o también a aptitudes y características particulares referidas, por ejemplo, a la propia capacidad intelectual, a la habilidad en ciertos deportes o al éxito con otras personas.

➤ **La autoestima.**

Han existido diferentes teorías que han tratado de explicar el proceso de la autoestima. En un principio, se llevaron a cabo investigaciones en las que se le asignaba a la autoestima un carácter unidimensional; posteriormente, Susan Harter (1985) le confirió un carácter de multidimensionalidad. Actualmente, el modelo más utilizado para explicar el proceso de autoestima es el relacionado con la estructura jerárquica, en la que el concepto de autoestima global que poseemos es el resultado de las evaluaciones perceptivas que realizamos en cada una de las distintas áreas, tales como las académicas, sociales, emocionales y físicas. Cada área está dividida en unas subáreas que, a su vez, presentan diferentes niveles, de manera que conforma vamos descendiendo en esta organización jerárquica, nos encontramos con percepciones más específicas, (Fox y Corbin, 1998)

En la línea anterior Francisco Massó (2001 y ss.), entiende que la autoestima comprende dos elementos psíquicos:

La consciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, de cuales son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características mas significativas de nuestra manera de ser. (Este grado de consciencia es lo que se denomina autoconcepto).

El segundo elemento psíquico que comprende es un sentimiento. Es aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y nodos de pensar.

Resumiendo, diremos que la autoestima se basa en la ingente cantidad y variedad de pensamientos, sentimientos, experiencias, vivencias y

sensaciones que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra existencia, pero especialmente durante las primeras etapas de la vida: infancia Y adolescencia. Ese conglomerado de sentimientos, creencias, experiencias y evaluaciones se canalizan hacia un concepto elevado y firme sobre nuestra pro la valía o, por el contrario, cristalizan en una línea de inutilidad, desconfianza en sí mismo, indefensión v percepción negativa de la propia realidad existencias.

Para profundizar un poco más en estos conceptos, vamos a analizar las diferentes áreas y subáreas que van a influenciar los juicios evaluativos y descriptivos que el sujeto realiza en tomo a sus capacidades.

➤ **Autoestima relacionada con las actividades académicas.**

Duda (citado por Roberts, 1991) evaluó la preferencia que presentaban niños y niñas norteamericanos, con edades comprendidas entre los catorce y los dieciséis años, acerca de dónde preferían obtener éxitos y fracasos. Tanto los chicos como la chicas preferían tener más éxito en el campo deportivo que en el contexto del aula, siendo las niñas las que intentaban evitar , en mayor medida,, la competición individual con otras niñas.

En cuanto al fracaso, los niños indicaron que la derrota en el contexto deportivo era peor que fracasar en el aula, incidiendo directamente en la autoestima y en la aceptación dentro del grupo de iguales; sin embargo, las chicas preferían fracasar en el deporte antes de hacerlo en las actividades académicas, dependiendo de ello su autoestima.

Estos datos demuestran como es diferentes el proceso de socialización en niñas que en niños, en función de sus intereses.

➤ **Autoestima social**

En estudios realizados por Horn Hasbrook (1986 y 1987) Horn Weiss (1991), llegaron a la conclusión que a los niños les gusta compararse y medirse con los demás, y dichos resultados van a obtener relevancia en el nivel de autoestima, aunque este proceso no va a tener la misma influencia durante todas las etapas de la vida. Los niños menores de diez años pueden compararse con los demás, pero su autoestima depende fundamentalmente de la valoración intrínseca y de sus familiares más cercanos, así como de los resultados obtenidos.

Roberts, Kleiber y Duda (1981) exponen que entre los ocho y los once años, la autoestima dependerá fundamentalmente de la *propia mejora y de la aprobación social, es decir, del refuerzo y apoyo social de los padres y entrenadores. Entre los once y trece años, la autoestima se fundamenta principalmente en la competencia, es decir, en el lugar que el sujeto cree que ocupa dentro de su grupo, fruto de su constante comparación con los demás. Entre los trece y los diecisiete años, la autoestima se relaciona con la competencia y vuelve a aparecer, de forma relevante, la propia mejora.

El conocimiento de resultados y la valoración por parte de los profesores y entrenadores, contribuye también al desarrollo de la autoestima social. Diversas investigaciones han demostrado con atletas masculinos, con edades comprendidas entre los diez y los quince años, que aquéllos que mostraban un mayor nivel de autoestima, eran los que habían recibido mayor conocimiento de resultados y refuerzos positivos (Smith, Smoll & Curtis, 1979).

➤ **Autoestima emocional**

El desarrollo de la autoestima está también relacionado con las emociones asociadas a la participación en actividades físico-deportivas: la emoción y el orgullo asociados al éxito, o el desánimo y el stress asociados al fracaso, pueden influenciar la autoestima y la motivación hacia determinadas actividades (Weiss, 1993).

Según Roberts (1991), las emociones van a venir condicionadas, por un lado, por la percepción del niño acerca de su habilidad y, por otro, por las demandas percibidas. Si las demandas percibidas en las experiencias deportivas se consideran mayores que la habilidad que uno posee para soportarlas, se produce el estrés competitivo y, como consecuencia, emociones relacionadas con la ansiedad: estrés y ansiedad provocarán una baja autoestima y un abandono de la actividad deportiva. Si la propia habilidad se corresponde con las demandas de la tarea, entonces las emociones girarán en torno a la alegría y la satisfacción: disfrutar con la actividad física permite alcanzar altos niveles de autoestima y de motivación. Por último, cuando la habilidad que el niño percibe es mayor que lo que el deporte requiere, éste terminará aburriéndose.

Diversos autores han demostrado que cuando se perciben altos niveles de habilidad y maestría, con poca presión por parte de los familiares, y gran

satisfacción expresada por los entrenadores y padres, se dan las condiciones idóneas para que el adolescente disfrute con la actividad físico- deportiva (Brustad, 1988; Seanlan & Lewthwaite, 1986; Scanlan, Stein & Ravizza, 1988).

➤ **Percepción de la habilidad motriz.**

La percepción de la habilidad motriz es uno de los atributos más importantes y decisivos en la autoestima física, y va a condicionar la elección o no, por parte del sujeto, de la práctica de determinadas actividades físico-deportivas.

Si el grado de habilidad que el sujeto percibe en relación con su capacidad para ejecutar determinados movimientos es bajo, probablemente las posibilidades de conseguir éxito serán mínimas, con la consecuente baja autoestima y, quizás, la frecuencia con la que practique las diversas actividades físico-deportivas irá siendo cada vez menor. Sin embargo, si esa percepción es alta, probablemente persistirá en dichas actividades mejorando así sus habilidades motrices, y desarrollando una serie de hábitos deportivos.

Lewko and Ewing (1980) investigaron acerca de la posible relación existente entre el nivel de percepción de la propia habilidad motriz y la frecuencia con que se practican actividades físico-deportivas. Los resultados obtenidos demostraron en el caso de los chicos, que los mayores niveles de percepción de su habilidad motriz eran independientes de la frecuencia con que practicaban dichas actividades; sin embargo, entre las chicas, sólo aquellas que estaban involucradas en actividades deportivas presentaban una alta percepción de su habilidad motriz, frente a las que no lo estaban y que, a su vez, percibían una menor habilidad.

Basándonos en los trabajos de Mendoza y col. (1994) realizados sobre los estilos de vida de los escolares españoles, con edades comprendidas entre los once y los dieciséis años, se observa que la autovaloración que manifiestan los mismos cuando se les pregunta acerca de su aptitud deportiva, al compararse con los demás compañeros de su misma edad, es la siguiente: un 54% de los escolares encuestados se autocalifican de los mejores o de los buenos, frente a un 17% que tienen una opinión desfavorable acerca de su aptitud deportiva, y, el resto, mantiene una posición intermedia; del análisis por sexos se deduce que son los chicos los que tienen una autoestima más positiva acerca de sí mismos, al compararlos con las chicas.

Por otro lado, estos mismos autores junto con otros, realizaron un estudio para analizar las conductas de los escolares europeos, con edades comprendidas entre los once y los quince años, obteniendo los siguientes resultados, en relación con la percepción de su aptitud deportiva (King et al., 1996):

- Austria, Escocia, Noruega e Israel eran los países con el número más elevado de escolares, de ambos sexos, que tenían una opinión más favorable acerca de su aptitud deportiva, al compararse con los demás compañeros de su misma edad. El país que presentaba el porcentaje menor de escolares de ambos sexos con opinión favorable, fue Hungría.

- En relación con el sexo, son los niños europeos los que tienen una percepción más positiva, independientemente del país de procedencia, estableciéndose una proporción de niños que opinan ser buenos en las actividades físico-deportivas de casi el doble, en relación con las niñas que opinan lo mismo.

➤ **Apariencia física.**

La importancia que se le atribuye a la apariencia física, en relación con la autoestima es reconocida por todos los investigadores. Diversas escalas que miden la autoestima incluyen determinadas subescalas relacionadas con la apariencia física y, tanto es así que cuando a los niños y adolescentes se les pide que se describan a ellos mismos, citan con bastante frecuencia sus características físicas y su apariencia.

Snyder and Kivlin (1975) estudiaron la relación existente entre cómo percibían su imagen corporal aquellas jóvenes universitarias que eran deportistas en relación con las que no lo eran, obteniendo percepciones más positivas hacia su cuerpo las primeras de ellas.

Estos autores establecieron también un análisis entre aquellas deportistas que participaban en distintos deportes, eligiendo para ello, jugadoras de baloncesto y gimnastas. En este estudio, las gimnastas mostraron una sensación de bienestar, en términos de felicidad y satisfacción personal, mayor que las jugadoras de baloncesto, pero, éstas últimas, manifestaban actitudes más positivas en relación con la percepción de su apariencia física.

Una vez analizadas las diferentes áreas y subáreas que van a determinar la autoestima global, vamos a pasar a analizar diversas investigaciones relacionadas con las

Marsh, Barnes, Cairns y Tidman (1984) elaboraron un cuestionario que evaluaba la autoestima que presentaban 658 niños y niñas australianas, con edades comprendidas entre los seis y los once años, en torno a las diferentes áreas: académica, social y motriz. Los resultados obtenidos reflejan que existen diferencias significativas entre los sexos, siendo los chicos los que perciben una mayor habilidad motriz, mientras que en el caso de las chicas ocurría lo mismo, pero en relación con la capacidad para leer. Otro dato curioso a destacar en estas edades, es que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de autoestima en las áreas académica y motriz y la edad, de manera que a medida que aumenta la misma, disminuye el nivel de autoestima en ambas; sin embargo, esta relación no se observó en el área social.

Aprovechando los datos que nos ofrece esta investigación y centrándonos en la edad, hemos de resaltar que esta variable ha recibido bastante atención a lo largo de los años, en los diferentes estudios.

En general, los investigadores confirman que conforme avanza la edad va disminuyendo el nivel de autoconfianza física (Lee, Hall y Carter, 1983). Lee y colaboradores afirman que existe un gradual descenso en dichos niveles, en las edades comprendidas entre los seis y los diez años de edad.

Otros estudios más recientes como los de Duncan y Duncan (1991) han establecido el grado de relación existente entre el nivel de percepción de la competencia motriz y la edad, distinguiendo entre la edad biológica y cronológica que presentaban los adolescentes. Para ello, seleccionaron un muestra de 101 adolescentes norteamericanos varones, a los que se les evaluó en diferentes etapas de su vida: a los doce, catorce y quince años de edad. Los resultados muestran que existe una relación significativa entre la percepción de la competencia motriz y la edad biológica (determinada en función de unas pruebas de maduración consistentes en medir los cambios en la talla, la composición corporal y los caracteres sexuales secundarios), aunque no se puede decir lo mismo en relación con la edad cronológica.

Por otro lado, existen investigaciones más específicas que se han centrado en analizar aquellas subáreas relacionadas exclusivamente con la autoestima física, referidas tanto al grado de habilidad física, como a la apariencia física, la fuerza física y la condición física (Fox y Corbin, 1989) (Gráfico 1.8).

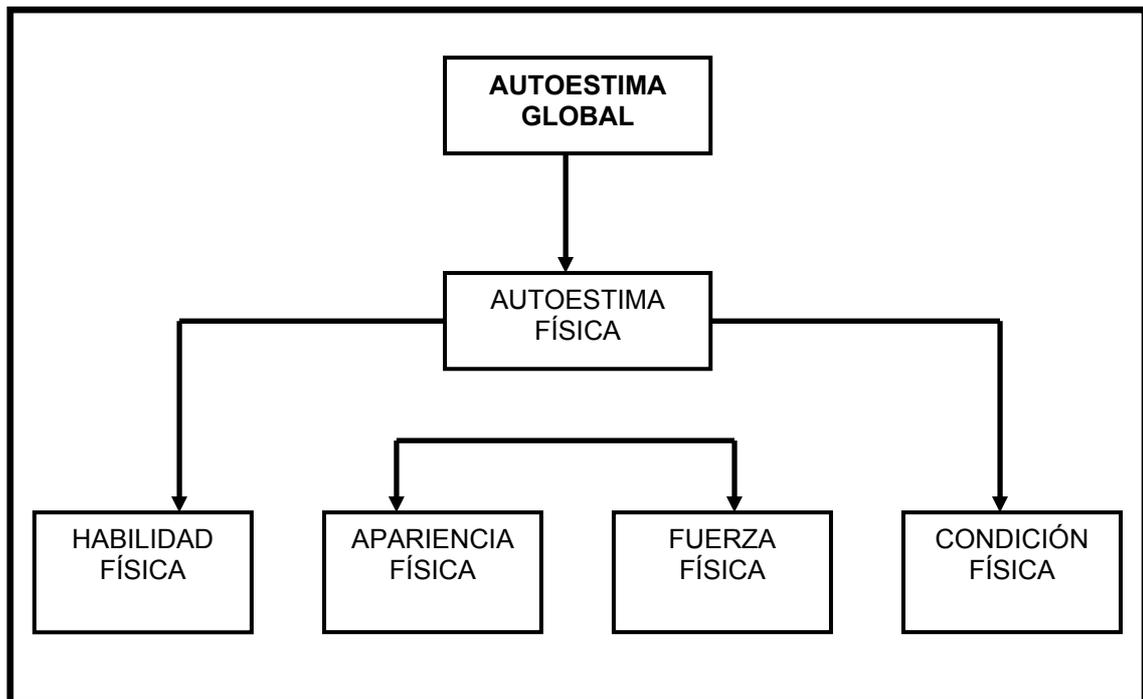


Gráfico 1.8 - Modelo de organización de la autoestima física basado en la estructura jerárquica. (Tornado de Fox & Corbin, 1989)

Basándonos en las investigaciones de Sherrill et al. (1989), que estudiaron la relación que podía existir entre el grado de condición física, que presentaban 393 niños norteamericanos de nueve y diez años de edad, y el nivel de autoestima física y la actitud que tenían hacia la actividad física, los resultados obtenidos demuestran lo siguiente:

Las niñas que tenían un buen nivel de condición física presentaban un nivel de autoestima física mayor que los niños con una condición física mediocre.

Los niños con un buen nivel de condición física presentaban un nivel de autoestima física mayor que los niños con una condición física mediocre.

Ninguna otra relación entre sexos fue significativa, de manera que los niños y niñas con un alto nivel de condición física obtenían niveles de

autoestima física mayores que los chicos con baja condición física, pero no con aquellas chicas que presentaban idéntica condición.

No se encontraron relaciones significativas entre el nivel de condición física y la actitud que presentaban los niños en relación con la actividad física.

Continuando con la autoestima física, varios autores han demostrado que las niñas tienen un nivel de autoestima menor que los niños, no sólo en relación con la autoestima global (Lirgg y Feltz, 1989; Stewart y Corbin, 1988) o con determinadas áreas académicas, como por ejemplo las matemáticas (Fenema y Sheman, 1977), sino también en relación con la competencia motriz.

Lenney (1977) ofrecía una explicación acerca de la falta de autoestima, física, que se manifestaba entre las chicas, argumentando que esta carencia, se presentaba fundamentalmente en tres situaciones: cuando la tarea tenía connotaciones consideradas socialmente como masculinas, cuando la situación era competitiva o comparativa, y cuando el feed-back que recibían era ambiguo.

Algunos estudios realizados posteriormente han confirmado estas hipótesis: Stewart y Corbin (1981) demostraron, con una muestra formada por 50 niños y 61 niñas norteamericanas, con edades comprendidas entre los diez y once años, que un feed-back administrado inmediatamente después de la ejecución, con un carácter claro y conciso, mejoraba los niveles de autoestima física, fundamentalmente en aquellos sujetos que poseían los niveles más bajos, con independencia M sexo al que perteneciesen, en mayor medida que si ese feed-back era omitido.

Petruzzello y Corbin (1988), basándose en la teoría de Lemey, seleccionaron una muestra de 381 universitarios norteamericanos, con una edad media de veinte años, y sometieron a estudio dos tareas que dichos sujetos habían clasificado previamente como neutras. Los resultados obtenidos demostraron que las chicas mostraban menores niveles de autoconfianza que los chicos en lo referente a conseguir cierto éxito en la ejecución de las mismas. Estos autores argumentan que, quizás, existe una cuarta variable que pudiera explicar dichos resultados, y que no contempló Lemey, relativa a la falta de experiencia y familiarización con las tareas a las que las chicas se tienen que enfrentar. Por otro lado, estos autores confirmaron con los grupos

que presentaban bajos niveles de autoestima, física, que el feed-back tiene un influencia muy positiva.

Recientemente, Lirgg (1991) quiso confirmar las hipótesis expresadas por Lemey, utilizando para ello, una muestra de 90 estudiantes norteamericanos, y los resultados fueron los siguientes:

Las chicas mostraban menores niveles de confianza que los chicos cuando se les preguntaba acerca de tareas que tenían connotaciones sociales masculinas.

Cuanto más masculinas se consideraban las tareas, mayores eran las diferencias obtenidas en relación con la autoestima física entre los chicos y las chicas.

Los chicos mostraban menores niveles de autoestima física, en comparación con las chicas, cuando se les presentaban tareas con connotaciones sociales femeninas.

Por último, no se encontraron resultados que apoyaran la hipótesis de Lenney en relación con las situaciones competitivas: las chicas no mostraban menores niveles de autoestima física al enfrentarse a las mismas.

Algunos autores han argumentado que el grado de autoestima física existente entre los chicos y las chicas, está muy relacionado con el nivel de competencia motriz que presentan al practicar las diferentes actividades físico-deportivas.

Sin embargo, existen estudios en los que la competencia motriz de los niños, al realizar un tarea denominada como masculina, era bastante mayor que la de las niñas, y, sin embargo, las diferencias percibidas en relación con la autoestima física eran mínimas (Weinberg, Gould and Jackson, 1979). También se ha dado el caso de usar una tarea neutra, hacia la que los niños experimentaban un mayor nivel de autoestima física, y, sin embargo, los niveles de competencia motriz que presentaban ambos eran muy parecidos (Stewart and Corbin, 1988).

Por lo tanto, afirmar que la mayor autoestima física que presentan los chicos es debido a una mayor competencia motriz no siempre es viable, ni explica porqué las chicas frecuentemente muestran menor autoestima cuando se trata de actividades que son nuevas.

3.3.2.- Las actitudes.

Este apartado lo vamos a dividir en dos subapartados: el primero de ellos trata de aproximarnos al concepto de actitud y su relación con la participación deportiva, y, el segundo, manifiesta algunas de las actitudes más frecuentes que el alumnado presenta hacia la actividad físico-deportiva.

❖ **Aproximación conceptual.**

El concepto de actitud surge del intento de explicar las regularidades observadas en el comportamiento de personas individuales. Unos tienden a adoptar como propias los comportamientos del grupo mientras que la tendencia de otros es hacia su clase social.

Se puede considerar que toda actitud implica una motivación que orienta la acción, un proceso de conocimiento y valoración, y una forma de conducta hacia algo o alguien (Velázquez Buendía, 1996).

Algunas de las principales apreciaciones y definiciones dadas al concepto de actitud que han sido variadas y distintas son recogidas por Hernández Mendo y Morales Sánchez (2000),

Krech y Krutchfield (1948) es un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorables o desfavorables respecto a objetos sociales.

Secord y Backman (1964) son ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones a actuar respecto a algún aspecto del entorno.

Jones y Gerar (1967) es la resultante de la combinación de una creencia y un valor importante.

Rokeach (1968) es una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder.

❖ **Caracterizando a las Actitudes.**

González Lucini (1992), considera que las actitudes en educación se manifiestan con unas determinadas características,

- a) *Las actitudes no son innatas, sino que se adquieren: se aprenden, se modifican y maduran; son educables como los valores.*
- b) *Son predisposiciones estables, es decir, son estados personales adquiridos de forma duradera.*

c) Tienen un carácter dinámico, entran menos en el campo de los ideales y de las creencias, y son contrariamente mucho más funcionales y operativas... esta característica implica que la adquisición de las actitudes tiene que realizarse en la acción, es decir, en estrecha y permanente relación con todas las actividades que el alumno realiza en el ámbito escolar.

d) Las actitudes se fundamentan en los valores, lo que implica que los valores se expresan, se concretan y se alcanzan con el desarrollo de las actitudes.

De las características expresadas anteriormente atribuidas a la actitud, se deduce que las actitudes no son innatas, sino que se adquieren a través del proceso de educación y socialización y que por lo tanto pueden ser modificadas, aunque se trata de disposiciones relativamente estables.

❖ **Funciones de las Actitudes.**

Las funciones que presentan las actitudes justificarían las razones por las que una persona mantiene una determinada actitud. (Marín Sánchez, 1997) propone cuatro bases funcionales de las actitudes.

- a) **Función adaptativa.** Se basa en que las personas tendemos a obtener las máximas gratificaciones en las relaciones con el mundo, haciendo mínimas las situaciones no gratas. Bajo esta función son factores determinantes en la adquisición y mantenimiento de actitudes la claridad, consistencia y proximidad de los premios o castigos.
- b) **Función defensiva del yo.** Presenta un carácter psicoanalítico. Su fundamentación parte del principio de que las actitudes sirven para proteger al individuo de sentimientos negativos hacia él o hacia los demás, buscando la adaptación a la realidad.
- c) **Función expresiva de valores.** Si en la función anterior indicábamos una actitud defensiva con finalidad de adaptarnos al mundo que nos rodea, en el caso de la función expresiva buscamos el abrirnos al exterior, el mostrar la actitud que realmente consideramos como propia esperando así que los individuos que nos rodean aprueben la misma, además de sentirnos satisfechos por mostrar el verdadero concepto de nosotros mismos. Esta función podría justificar la existencia de ciertos grupos sociales que presentan actitudes comunes en el vestir, en el lenguaje, en las actividades realizadas en su tiempo libre, etc.
- d) **Función cognoscitiva o de economía.** Las actitudes ayudan al individuo a conocer la realidad ya que suponen el que se tenga un patrón de referencia para comprender el medio externo.

Por tanto podemos constatar que existe una evidencia manifiesta entre las actitudes de una persona y los comportamientos de la misma, derivados del componente conductual de las primeras. Es un hecho derivado del argumento anterior el que sea más factible medir las actitudes precisamente en base a éste componente que realizarlo en base al componente cognitivo o en base al componente afectivo.

Las actitudes tienden a agruparse unas con otras y a estar mutuamente relacionadas. Así, una persona podrá tener unas actitudes concretas hacia un determinado objeto de forma que cuando éstas se relacionen entre sí para constituir un conjunto organizado de actitudes, influenciadas mutuamente, hablaremos de la existencia de un valor subyacente que supone un concepto generalizado de lo que es bueno o malo en el sistema social.

Las actitudes presentan un carácter dinámico, pudiéndose modificar según las experiencias vividas por una persona. El cambio de actitudes puede ser estimulado y facilitado cuando una persona se ve enfrentada a una discrepancia entre una actitud suya y algún elemento de la realidad, bien una información que contradice sus presupuestos actitudinales, bien una actitud de personas importantes para la persona en cuestión, o bien cuando se siente de forma contradictoria la actitud y la conducta de uno mismo.

❖ **Las actitudes orientadas hacia la práctica de la actividad física y el deporte.**

Una vez aclarado el término, pasaremos a hacer un breve repaso de aquellas disciplinas científicas que se han encargado de estudiar dicho concepto.

Desde el punto de vista de la psicología, Bouet (1968) expuso que los motivos básicos que inducían hacia la actividad física eran la necesidad de movimiento, de obtención de sensaciones kinestésicas y de gastar energía.

Según la teoría secuencial de Maslow, 1943 (citado por Sánchez Bañuelos, 1986), la práctica deportiva tiene un carácter esencialmente lúdico, mientras que Singer, 1984 (citado por Sánchez Bañuelos, 1988), destaca el valor de los reforzamientos de los comportamientos deportivos en niños y adolescentes a partir del binomio satisfacción - consecución de metas.

Desde un punto de vista sociológico, las investigaciones sobre los hábitos deportivos de las grandes masas de población, nos ofrecen una panorámica al respecto. En España García Ferrando (1986) elaboró una encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles en la cuál, un 59% de los encuestados le concedía mucha o bastante importancia al deporte, situándose la tasa de los que practicaban algún deporte en un 34% frente al 50% que, según datos del Consejo Social (1982), ofrecen los países desarrollados de Europa occidental.

Desde un punto de vista pedagógico, la actividad física y el deporte favorecen una serie de aportaciones sobre las que los individuos pueden basar sus actitudes.

Una vez analizados los diversos marcos teóricos, el siguiente paso consiste en determinar de qué modo se han venido evaluando estas actitudes.

En 1968, Kenyon elaboró una escala para la valoración de las actitudes que presentaba la población adulta hacia las actividades físico-deportivas. Para ello, utilizó la metodología del diferencial semántico, desarrollada por Osgood, Lucci y Tannebaum, (citado por Sánchez Bañuelos, 1986), en la que se expresan perfiles bipolares de adjetivos contrapuestos en las siguientes dimensiones:

- 1.- La actividad física como experiencia social.
- 2.- La actividad física como salud y forma física.
- 3.- La actividad física como emoción que implica algún riesgo.
- 4.- La actividad física como belleza del movimiento humano.
- 5.- La actividad física como medio de liberar tensiones.
- 6.- La actividad física como entrenamiento duro y prolongado.

Posteriormente, Simon y Smoll (1974) adaptaron la escala de Kenyon para medir las actitudes de los niños hacia la actividad física, obteniendo resultados favorables.

En España, Sánchez Bañuelos y colaboradores (1986), basándose en dichos estudios, establecieron una escala de diecinueve pares de adjetivos opuestos con la finalidad de analizar si existía diferencia en cuanto al posicionamiento afectivo, que presentaban los adolescentes, y que se derivaba de las clases de educación física, y aquél que procedía de la práctica del

ejercicio físico libremente asumida en su tiempo libre. Por otro lado, si tales diferencias existían, su segundo objetivo sería determinar cuál de ellas predominaba sobre la otra y en qué medida. Los **resultados obtenidos demostraron** que las clases de educación física resultaban ser más rutinarias, insulsas, aburridas, indiferentes, inútiles, deformativas, poco saludables, individualistas, comunicativas, insolidarias y, menos participativas, competitivas y activas que la práctica de actividades físico-deportivas asumidas libremente en su tiempo de ocio.

Mendoza y col. (1994) en un estudio realizado en 1990 con escolares españoles, con edades comprendidas entre los once y los dieciséis años, analizaron las actitudes que presentaban los mismos hacia una futura participación deportiva cuando alcanzaran la edad de aproximadamente veinte años, obteniendo unos resultados bastante halagüeños: un 84% de los escolares afirmaban que seguro que sí o probablemente sí practicarían dichas actividades al alcanzar esa edad; un 12% afirmaba que probablemente no y un 4% que estaba seguro de que no lo haría. Los resultados obtenidos al llevar a cabo un análisis en función del sexo, fueron los siguientes: un 42% de los niños afirmaban que seguro que sí lo practicarían frente al 32% de las niñas que coincidían en dicha afirmación; en ellas, la probabilidad de no practicar actividades físico-deportivas a la edad de veinte años aumentaba a medida que se entrevistaban a escolares con edades más avanzadas (a los once años un 11% mantenía esta postura, a los trece años se iba incrementando, hasta llegar a los quince años con un porcentaje del 28%).

King y col. (1996) realizaron un estudio en 1986, acerca de esta misma variable (actitud ante una posible participación deportiva futura) con escolares europeos, con edades comprendidas entre los once y los quince años, obteniendo los siguientes resultados:

La mayoría de los escolares europeos manifestaban que era bastante probable que practicasen algún tipo de actividad físico-deportiva cuando alcanzaran los veinte años. Los escolares belgas, austriacos y escoceses, eran los que estaban más convencidos de ello, frente a los israelíes, noruegos, suecos y galeses, que muestran al respecto, un futuro más incierto.

Basándose en la variable sexo, en la mayoría de los países europeos, exceptuando Austria y Finlandia, eran los chicos los que se mostraban más convencidos de su futura práctica deportiva.

García Ferrando (1993) estudió el interés que presentaba hacia el deporte la población joven española en 1992, y la comparó con los datos que había obtenido en un estudio símil entre la población adulta española en 1990. Los resultados mostraban que un 24% de los jóvenes manifestaban estar muy interesados por el deporte y otro 42% decía estar bastante interesado; en conjunto, un 66% manifestaban estar muy o bastante interesado en el deporte, porcentaje muy similar al obtenido entre la población adulta, un 65%. A su vez, los hombres manifiestan un porcentaje más alto de interés, en ambas poblaciones, en relación con las mujeres.

Por otro lado, para poder llegar a fomentar unas actitudes positivas, tendríamos que hacer un repaso a diferentes modelos que han tratado de explicar en qué medida determinados conceptos, repercuten o influyen en las actitudes, y viceversa.

Basándonos en el modelo de Sonstroem (1978), desarrollado a partir de una serie de estudios, el sujeto que percibe que tiene un buen nivel de habilidad motriz será el que presente actitudes más positivas hacia el ejercicio físico, lo cuál repercutirá en el grado de involucración en dichas actividades (comportamientos) (Gráfico 1.9).

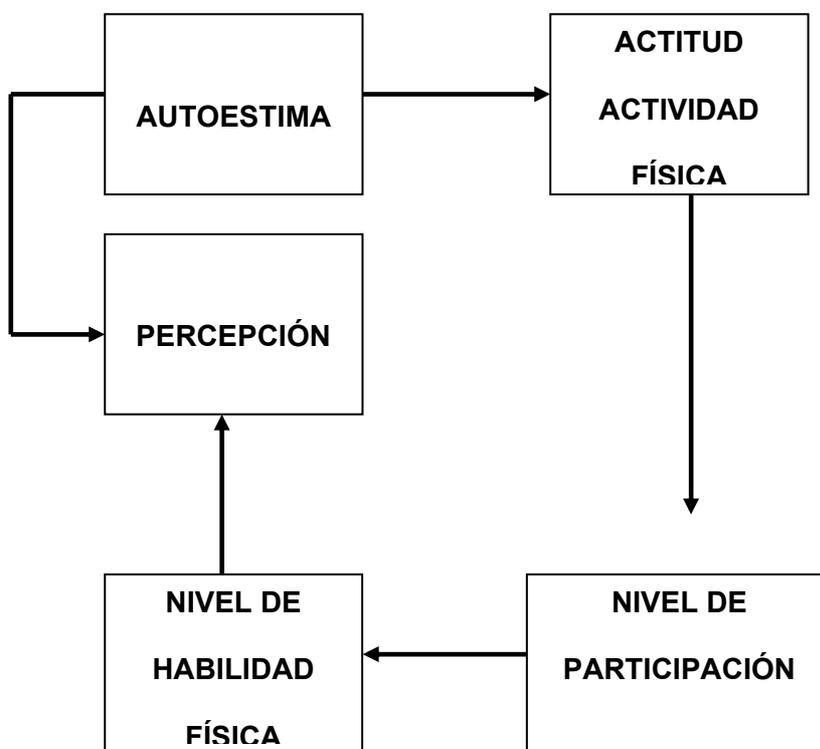


Gráfico 1.9.- Modelo psicológico que explica los diferentes conceptos relacionados con la participación deportiva. (Tomado de Sonstroem, 1978.)

Atendiendo a este modelo, y en relación con el primer vínculo de unión (percepción de la habilidad motriz y actitudes), Fox, Corbin y Couldry (1985) proponen que se utilice el mismo, para establecer la relación existente entre dichos conceptos en las diferentes actividades físicas (deportes competitivos, condición física y actividades recreativas).

En relación con el segundo vínculo de unión (actitudes y comportamientos), Fishbein, 1980 (citado por Fox y Biddle, 1988) propuso un modelo en el que exponía que las actitudes y comportamientos, como parte del proceso de decisión, estaban determinados por las creencias personales y los valores sociales.

Fox y Biddle (1988), basándose en Fishbein, modificaron dicho modelo exponiendo que el intento de ser activo (comportamiento), iba a depender, por un lado, de las actitudes, que a su vez están condicionadas por las creencias y los valores, y, por otro lado, de las normas subjetivas, que a su vez lo están por las presiones sociales y el nivel de complicidad que se tiene hacia las mismas (Gráfico 1.10).

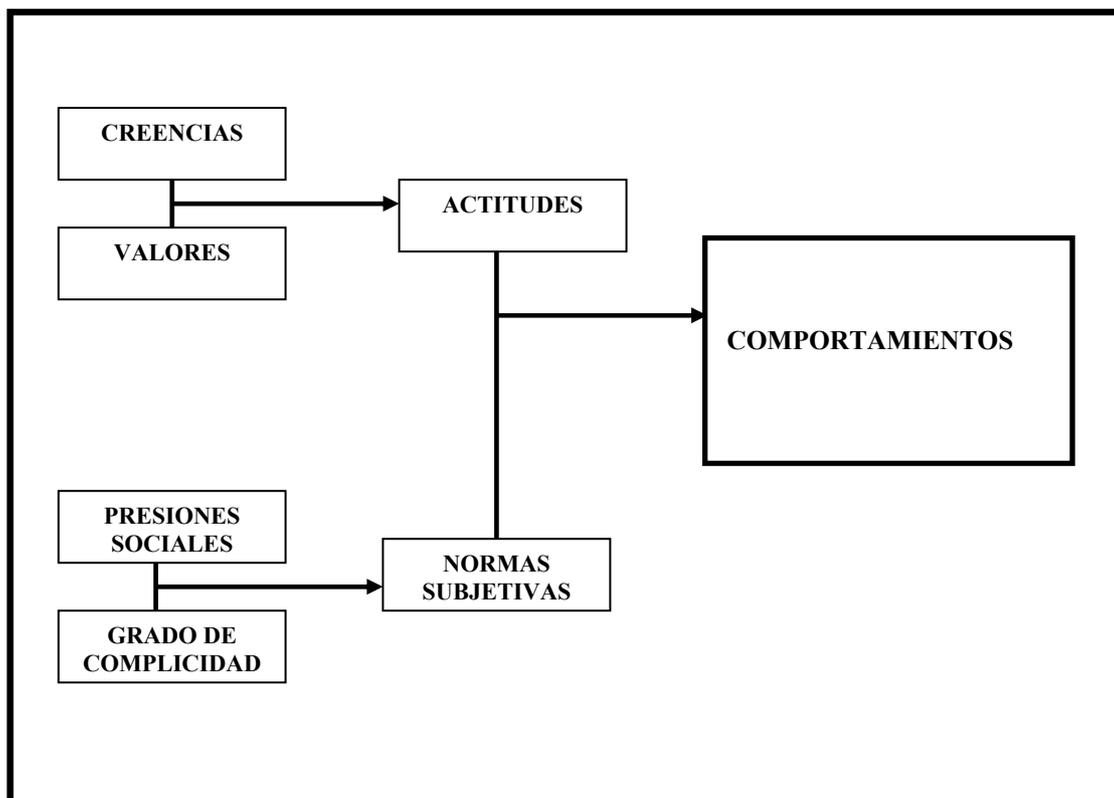


Gráfico 1.10.- Modificación U modelo de Fishbein que trata de explicar el comportamiento activo. (Tomado de Fox y Biddle, 1988)

Smoll, F., Shutz, P, y Keeny , J. (1976) estudiaron la posible relación que podía existir entre las actitudes que manifestaban hacia la actividad física 127 niños y 137 niñas norteamericanos, con edades comprendidas entre los nueve y once años, y el grado de involucración en las mismas, así como el grado de habilidad que presentaban al desplazarse, saltar y lanzar. Los resultados obtenidos demostraron que aquellos que estaban envueltos en actividades deportivas, presentaban actitudes más positivas hacia la actividad física, aunque los resultados en relación con los grados de habilidad no fueron significativos.

Por otro lado, las actitudes que manifiestan los chicos y chicas adolescentes van a condicionar también sus propias conductas y las de los demás. Álvarez y otros (1990) elaboraron un listado de actitudes más frecuentes, en niños y niñas, hacia la práctica físico-deportiva, que a continuación pasamos a detallar:

1.- Dentro de las actitudes femeninas, existe un cierto rechazo al trabajo referido a la condición física y a todo lo que suponga un esfuerzo físico de mediana o alta intensidad; frente a esto, en las actitudes masculinas se refleja el mito del héroe (aceptación con agrado del esfuerzo físico de intensidad media o alta).

2.- Otra de las actitudes femeninas consiste en creer que "el deporte es cosa de niño?", reconociendo una mayor identificación de la actividad deportiva con el varón que con ellas mismas, fruto de la carga cultural. Por otro lado, los varones le atribuyen a la danza, expresión corporal y ritmo, cualidades meramente femeninas alegando que "son cosas de niña?".

3.- En general, las niñas manifiestan que los niños son mejores en las actividades físicas, asumiendo ellos este papel y manifestando, bastante a menudo, que los niños somos mejores?

4.- Por otro lado, las niñas manifiestan que los niños son unos brutos? evitando todas aquellas actividades que supongan contacto físico sobre todo, cuando se trata de equipos mixtos. Los chicos, sin embargo, muestran una mayor agresividad física a través de contactos corporales reglados, lo que a veces les lleva a afirmar que "las niñas son unas patosa?"

5.- Por último, las niñas a menudo se muestran reacias a jugar en equipos mixtos alegando que "prefieren no jugar, a jugar y que no les pasen el balón frente a esto, los niños alegan que "prefieren que ellas no jueguen porque pierden balones o no saben jugar

Toda esta serie de actitudes que manifiesta tanto el profesorado como el alumnado, se van a transmitir a través de los diferentes elementos del currículum de manera explícita e implícita, lo cual va a repercutir en la adquisición de determinados hábitos deportivos por parte de unos y de otras. Tendríamos, por tanto, que intentar modificar dichas actitudes rompiendo con una serie de estereotipos sociales para que el alumnado, sobre todo el femenino, adquiera unas pautas de comportamiento deportivo que conduzcan a unos estilos de vida más saludables.

3.4.- Las motivaciones.

3.4.1.- Conceptualizando la Motivación.

El término motivación tiene sus raíces en el verbo latino *movere* que significa mover, pero en un intento por querer definir el concepto de motivación hacia la práctica físico-deportiva, encontramos que existen diversas opiniones acerca del mismo (Urdaniz, 1994); para unos es un concepto superfluo, confuso y poco práctico, para otros es un elemento clave para la comprensión de la conducta humana (sobre todo para la psicología social o psicología social).

Las motivaciones son factores que debemos tener en cuenta a la hora de analizar la práctica de actividad físico deportiva de cualquier sujeto ya que debemos de determinar a que tipos de motivaciones nos estamos refiriendo, ya que nos encontramos ante dos grupos: las orgánicas, que son aquellas que tienen una localización fisiológica en el organismo y son, por excelencia, la sed, el hambre, el sueño y el sexo, junto con otras que no son tan primarias, pero que son aceptadas como tales, como podría ser el dolor, la temperatura, la conducta maternal y, forzando un poco la situación, el juego (Fernández, J.L., 1988). En segundo lugar, nos encontramos con las motivaciones sociales, que tienen que ver con el componente socio-cultural, intelectual y anímico de las personas y son las que se derivan del proceso de socialización.

Cuando se habla de motivación se hace referencia a sus tres dimensiones; la dirección (orientación), esto es, las razones que llevan al individuo a escoger una determinada actividad (o, igualmente, a evitarla), la

intensidad, el mayor o menor esfuerzo que el individuo emplea en la actividad y la duración, el tiempo que puede mantener el interés y el esfuerzo. Estas dimensiones nos llevarían a una de las definiciones más sencilla y a la vez más utilizada: la motivación es aquello que inicia, mantiene y convierte en más o menos intensa la actividad de los individuos para alcanzar una meta.

Por otro lado, se entiende necesario hablar de las fuentes de la motivación que tradicionalmente se dividen en intrínsecas y extrínsecas, esto es, cuando la implicación en una tarea es debido a refuerzos internos (el propio interés por la actividad) o externos (premio/castigo, mandato de los padres o de otros...).

Vistas así las cosas, la motivación así entendida no es una variable aislada, sino que está asociada a factores personales de tipo afectivo, cognitivo o de personalidad y/o a factores sociales. En opinión de Ausubel (1993) *“la mayoría de las teorías que hay sobre motivación escolar se centran en alguno de estos factores, dado que no hay una teoría global que lo explique todo”*.

Motivar es despertar el interés y la atención de los alumnos por los valores contenidos en la materia, excitando en ellos el interés de aprenderla, el gusto de practicarla y la satisfacción de cumplir las responsabilidades que las tareas le exigen. Ese interés, ese deseo y ese gusto actuarán en el alumno como justificación de todo el esfuerzo y trabajo para aprender.

Como afirma Nuñez. y González-Pumariega (1996) *“la motivación no es un proceso unitario, sino que abarca componentes muy diversos que ninguna de las teorías elaboradas hasta el momento ha conseguido integrar”*. De ahí que uno de los mayores retos de los investigadores sea el tratar de precisar y clarificar qué elementos o constructos se engloban dentro de este amplio y complejo proceso que etiquetamos como motivación.

La primera pregunta que podríamos hacernos es *¿Cómo se manifiesta la motivación hacia la práctica de una actividad y en nuestro caso una actividad físico-deportiva?*

Siguiendo las opiniones autorizadas de Roberts, Kleiber y Duda (1981), citados por Torre.; Cárdenas y García Montes, E. (2001) nosotros nos centraremos en el apartado de la dirección-orientación de la motivación, por ser el elemento clave para potenciar los itinerarios deportivos y evitar en lo posible los abandonos prematuros de la práctica deportiva.

Estos mismos autores destacan que existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de motivaciones y la edad: de 8 a 11 años, predominan las que se refieren a la mejora y la aprobación social, de 11 a 13 años, se desarrollan fundamentalmente las de competencia y, de 13 a 17 años, las orientadas a la competencia y a la mejora.

Fox y Biddle (1988) desarrollan la Teoría de las Recompensas, según la cuál, hablaríamos de:

- Recompensas intrínsecas, como podría ser el gusto por el movimiento o el reconocimiento de la maestría y de la competencia motriz.
- Recompensas extrínsecas, que están representadas por los premios y recompensas que se obtienen. Ganar y ser bueno, puede acercarse a las recompensas intrínsecas, cuando ello conlleva una superación personal, o bien situarse próximo a las recompensas extrínsecas, cuando se utiliza meramente para impresionar a los demás.

Coincidimos con la opinión de Fox y Biddley (1988), recogida por Torre (1998) cuando consideran que si nuestro objetivo es crear unos hábitos deportivos entre los niños y adolescentes, habría que fomentar los factores intrínsecos sobre los extrínsecos, facilitando el que lo pasen bien cuando practican actividades físico-deportivas gracias a la mejora de su habilidad física, su autoestima y su bienestar.

Las motivaciones sociales, según exponen Murphy, McClelland, Festinger y McLintock, citados por Urdaniz, G. (1994), se caracterizan por lo siguiente:

- Motivaciones que tienen que ver, en primer lugar, con la fuerza impulsora de la conducta; el impulso o energía se sitúa en el organismo.
- La motivación dirige la conducta hacia una meta y canaliza esa energía hacia la realización de unas respuestas; en la medida en que esas respuestas son sociales, la conducta será social.
- La conducta o acción social no se da en aislamiento. Por eso la motivación de una persona para ser realmente social, ha de tener en cuenta también, las metas u objetivos de los demás.

3.4.2.- Motivos por los que se practican actividades físico-deportivas.

Diversos estudios han evaluado los diferentes motivos que argumentan los escolares y adolescentes acerca de porqué realizan actividades físico-deportivas en su tiempo libre.

Gould (1984) sugiere que los seis motivos más importantes por los que una población con edades comprendidas entre los seis y los dieciocho años, practican dichas actividades, son los siguientes por orden de importancia:

- 1- Por pasarlo bien y divertirse.
- 2- Para mejorar las habilidades motrices que poseen y aprender otras nuevas.
- 3- Por estar con los amigos y hacer nuevos amigos.
- 4- Por la emoción y la excitación que experimentan.
- 5- Por ganar y obtener éxito.
- 6- Por tener una buena condición física.

Wankel y Kriesel (1985) investigaron acerca de qué era lo que los niños, con edades comprendidas entre siete y catorce años, le encontraban de divertido a participar en actividades físico-deportivas. Tres categorías fueron identificadas: la primera de ellas, y de mayor relevancia, hacía referencia a aquellos factores que tenían un carácter intrínseco (lo que les atraía y divertía de dichas actividades era conseguir el logro personal, mejorar sus habilidades, la emoción que presentaban las mismas y, en general, aquellos factores que estaban ligados a la actividad en sí misma). La segunda de las categorías, hacía referencia a los factores extrínsecos que de alguna manera podían proporcionar diversión (ganar partidos o premios y agradar a los padres y entrenadores), los cuáles fueron considerados los menos importantes. Y, por último, la categoría relacionada con los factores sociales (estar con los amigos o hacer nuevos amigos) que se situaba en un lugar intermedio dentro de la escala de valoración.

Scanlan y Lewthwaite (1986) también categorizaron las recompensas que recibían los jóvenes atletas durante su participación deportiva, en intrínsecas y extrínsecas, considerando dentro de las primeras, todo aquello que suponía experimentar una mejora personal, y, entendiendo por las segundas, las relacionadas con el agradar a otros junto con algunos aspectos sociales.

Según la teoría de las recompensas extrínsecas e intrínsecas (Fox y Biddle, 1988)., en un extremo nos encontramos con las recompensas intrínsecas, como podría ser el gusto por el movimiento o el reconocimiento de la maestría y de la competencia motriz, y, en el otro, con las extrínsecas, que están representadas por los premios y recompensas que se obtienen. Ganar y ser bueno, puede acercarse a las recompensas intrínsecas cuando ello conlleva una superación personal, un mejorarse a sí mismo, y puede situarse próximo a las recompensas extrínsecas, cuando se utiliza meramente para impresionar a los demás (Gráfico 1.11).

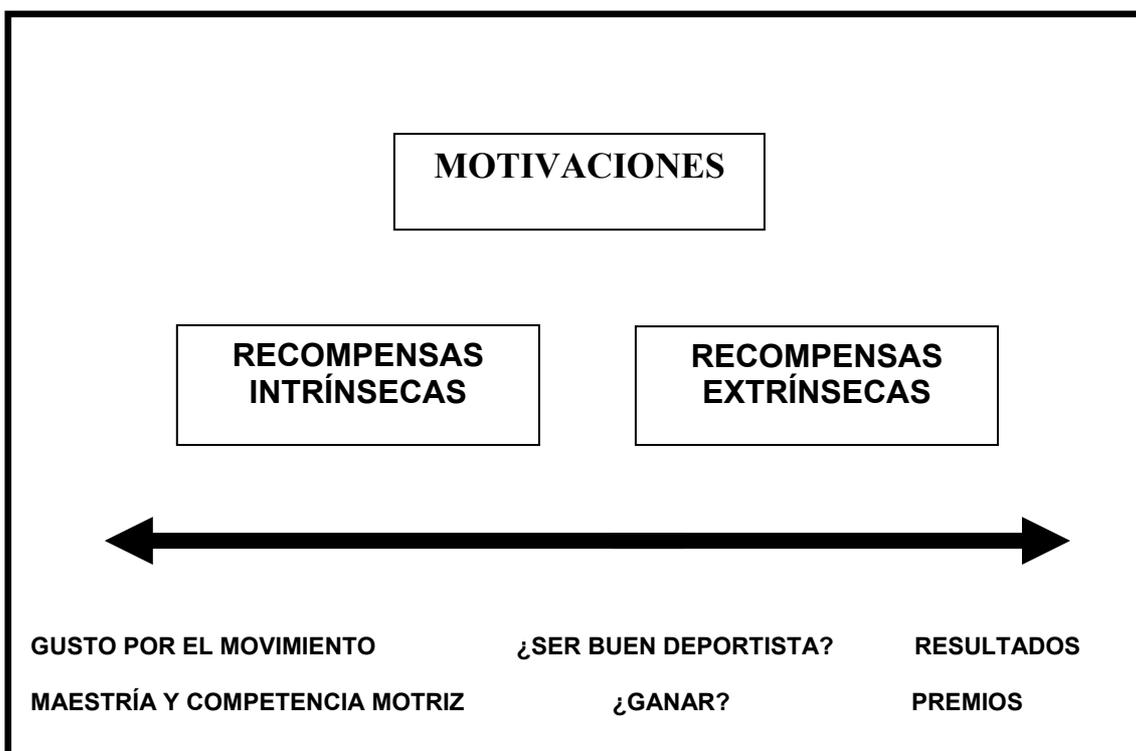


Gráfico 1.11.- Teoría de las recompensas motivacionales. (Tomado de fox y biddle, 1998)

Estos autores coinciden al afirmar que si lo que se pretende es crear unos hábitos deportivos entre los jóvenes, habría que intentar fomentar los factores intrínsecos sobre los extrínsecos, facilitando el que lo pasen bien practicando actividades físico-deportivas, gracias a que han ido mejorando su condición física, su autoestima y su bienestar.

Webb y Harry, 1968 (citados por Kidd y Woodrnan, 1975), desarrollaron un modelo fenomenológico social en el que establecían que los motivos por los

que los individuos se involucraban en actividades deportivas pasaban por tres fases. En la primera de ellas, que es puramente informal y se debe a motivaciones intrínsecas, los individuos que comienzan a participar en las mismas buscan experimentar una sensación de satisfacción aunque no ganen, siendo la relación social y el pasarlo bien los motivos que les inducen a ello. Posteriormente, conforme avanzamos hacia el deporte organizado, el individuo mejora sus habilidades deportivas y su competencia motriz, empezando a encontrarse capaz de competir con otros, y su motivación intrínseca es la de ser capaz de jugar suficientemente bien, influenciado también por algunas otras motivaciones que tienen carácter extrínseco: demostrar a los demás su capacidad. Por último, cuando el jugador ya ha sido capaz de jugar bien, los motivos que le conducen a continuar practicando son puramente extrínsecos: ganar y obtener recompensas.

Estos mismos autores sugieren que aunque la mayoría de los participantes comienzan en la primera fase y no todos ellos llegan hasta el final puesto que han abandonado cuando no han sido todavía ni siquiera buenos jugadores; otros que sí han alcanzado la segunda fase, se conforman con mantener el nivel de buen jugador como principal objetivo. Si hacemos un análisis en función del sexo, dichos autores afirman que las mujeres se involucran, mucho menos que los hombres, tanto en la primera fase como en la segunda, disminuyendo considerablemente el número de mujeres que llegan a la tercera.

3.4.3.- Motivos por los que no se participa o se abandona la práctica físico-deportiva.

Numerosos investigadores han analizado los motivos que han llevado a los niños y adolescentes a no participar o a abandonar la práctica de actividades físico-deportivas.

García Ferrando (1991) analizó cuáles eran los motivos por los que la población española no practicaba actividades físico-deportivas, en su tiempo libre. El primer motivo fue el de la falta de tiempo, y, el segundo, la edad. Sin embargo, entre la población joven española los motivos aducidos variaban: el principal motivo era que no les gustaba practicar dichas actividades, seguido del que hacía referencia a la falta de tiempo y a la pereza y desgana (García Ferrando, 1993).

Respecto la falta de tiempo como motivo que condiciona la no participación en actividades físico-deportivas, un estudio realizado por Izquierdo, J., Del Río, O. y Rodríguez, A. (1988), en la Comunidad Autónoma de Barcelona, a través de una Encuesta Metropolitana, pone de manifiesto que dicho motivo es alegado como principal, por una cuarta parte de la población que no practica deporte, siendo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Señalan además, que la falta de tiempo es una situación en la que se mezclan circunstancias objetivas como podría ser el número de horas reales de las que se dispone de tiempo libre, y subjetivas, como sería el orden de prioridades que cada individuo establece para dedicarse a la práctica deportiva.

En relación con el sexo, las mujeres aducen con mayor frecuencia que los hombres la falta de tiempo, en todos los casos. Por último, en función de la situación laboral, los ocupados remunerados y los estudiantes son los que en mayor medida carecen de tiempo para realizar actividades deportivas.

La edad es otra variable implicada, de manera que el tiempo también se muestra como un bien escaso para los jóvenes, siendo los más mayores los que lo citan con menor frecuencia.

En relación con el abandono de la práctica deportiva, Mata, E. (1990) analizó cuáles eran los motivos que provocaban que la población femenina de Barcelona, con edades comprendidas entre los quince y los cincuenta y nueve años, abandonara la práctica deportiva: un 30% alegaba como principal motivo la falta de tiempo y un 26%, que había empezado a trabajar.

García Ferrando (1993), en un análisis detallado que realizó acerca de los hábitos deportivos de la población joven española en 1992, expone que los motivos que explican dicho abandono se centran fundamentalmente en tres, y así lo manifiesta más de la mitad de la población (un 53%): problemas con el trabajo (salir cansado o demasiado tarde), los estudios exigen demasiado o, sencillamente, por pereza y desgana.

Como hemos expresado anteriormente, en la participación deportiva la obtención de ciertos logros se presenta como una de las motivaciones más deseadas entre los niños; sin embargo, las estadísticas demuestran que el 80% de los niños con edades superiores a los doce años, abandonan el deporte competitivo. Este fenómeno no es sólo peculiar en Norteamérica, sino también en Inglaterra, Australia y Canadá.

Muchos estudios indican que cuando los niños tienen edades inferiores a los doce años, no suelen abandonar la práctica deportiva en gran número, al contrario de lo que sucede entre los adolescentes, y que ello es debido a que tienen una elevada autopercepción de su habilidad motriz, confundiéndola frecuentemente con el esfuerzo físico (Nicholls, 1987, citado por Roberts, 1991):

Gould y colaboradores (1982), plantean algunas de las razones o causas del abandono deportivo que hallaron entre los jóvenes deportistas, listadas por orden de importancia:

- 1.- Por tener otras cosas que hacer.
- 2.- Por no ser tan buenos como pensaban.
- 3.- Por no divertirse suficientemente.
- 4.- Por querer hacer otro deporte.
- 5.- Porque no soportaban la presión.
- 6.- Por aburrimiento.
- 7.- Porque no les gustaba el entrenador.

Para Fox y Biddle, (1988). Los jóvenes abandonan la actividad física porque encuentran otros pasatiempos más divertidos, o porque sus expectativas, tanto dentro como fuera del contexto educativo, se han visto frustradas.

White y Coakley (1986) realizaron un estudio de investigación en Inglaterra con la finalidad de identificar los factores de los que dependían las decisiones de participar o no en actividades físico-deportivas, durante su tiempo libre: los resultados mostraban un cierto interés por ir más allá de las actividades deportivas competitivas, señalando que el deporte es sólo una de los contenidos que engloban las actividades recreativas. Los motivos que fueron sugeridos como determinantes a la hora de decidir si participaban o no en dichas actividades, fueron los siguientes: posibilidad de demostrar la propia competencia motriz, oportunidad de recibir recompensas externas tales como dinero, premios o reconocimiento por parte de los demás, grado de apoyo y ánimo proveniente de los familiares y amigos, y experiencias pasadas relacionadas fundamentalmente con la educación física y el deporte practicado en el colegio.

Analizando este último motivo, estos autores destacan que las experiencias negativas en las clases de educación física, expresadas en términos de aburrimiento, falta de elección, sentimiento de incompetencia y rechazo por parte de los compañeros, influyen a la hora de tomar una decisión en relación con la práctica deportiva extraescolar. Por otra parte, también señalan que las malas experiencias que argumentaban las chicas, están más asociadas a los aspectos de interrelación social que se producen en las clases de educación física, que a la actividad en sí misma.

Una vez desarrollados los motivos que inducen a la práctica deportiva y los que aducen los que no la practican o la han abandonado, vamos a analizar ahora cuáles son las causas o factores que condicionan la motivación y que, por tanto, van a estar relacionadas con un tipo de comportamiento deportivo u otro. Existen varias teorías motivacionales que tratan de explicar dichos comportamientos: la primera de ellas hace referencia a lo que son las metas. Las metas que se pretenden conseguir, lo que tienen de atractivas o aversivas, las posibilidades que se tienen de alcanzarlas o evitarlas, van a determinar la motivación que experimentan los niños y adolescentes.

4.- ESTUDIOS POBLACIONALES RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LOS JÓVENES.

El nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

M. Salleras

El mundo físico-deportivo es hoy un lugar de confluencia de muchos factores sociales. Así, no solamente lo podemos practicar sino también contemplar como un espectáculo estético y festivo; es un ámbito laboral cada vez más potente desde la enseñanza hasta la práctica profesional; es un lugar de experiencias personales profundas pero también es un vasto campo de investigación; a su vez es un sector económico en expansión permanente, desde la fabricación de materiales hasta su distribución y consumo; también es

un ámbito de prestación de servicios múltiples y es un ámbito decisivo para la mejora de la salud (Vázquez Gómez, 2004)

Cada día se convierte en una necesidad la comparación de los estilos de vida de los jóvenes de diferentes países, especialmente en estos momentos gracias al desarrollo de las rápidas vías de comunicación (Telama y col., 1995). Y así poder tomar acciones conjunta en el orden de desarrollar novedosos programas de promoción de Salud.

En este apartado analizamos algunos de los resultados objeto de reflexión, análisis y, sobre todo, preocupación, que surgen a partir de las investigaciones llevadas a cabo en el mundo y muy especialmente en España.

Estos resultados nos sirven como punto de partida y como elemento de comparación con los obtenidos en los escolares avileños, ya que para diseñar posteriormente un programa de EpS, se necesita una información válida sobre la extensión de los hábitos relacionados con la salud, los factores que influyen en los mismos, así como las necesidades e intereses del colectivo escolar.

Sin más, pasamos a resumir algunos de los estudios de la última década del siglo XX y primeros años del siglo XXI:

❖ **Hábitos de salud de los escolares andaluces (Dirección General de Atención Sanitaria del Sistema Andaluz de Salud, 1990).**

El objetivo del presente estudio, en la línea de nuestra investigación, es obtener una mayor información de los estilos de vida y las conductas relacionadas con la salud en jóvenes. Para ello, se encuestó a una muestra de 4235 alumnos, repartidos proporcionalmente en 145 aulas, que representaban a los estudiantes andaluces de 6º y 8º de EGB, 2º de BUP, 2º de FPI, 2º de FPPII y COU.

Entre sus resultados podemos destacar los siguientes:

- Con el acceso a las enseñanzas medias, se aprecia un progresivo abandono y desinterés por el deporte, paralelo a un mayor consumo de tabaco y alcohol, así como a una mayor sensación subjetiva de pérdida de salud.

- Al 75% de los escolares de EGB les gusta mucho la E.F., disminuyendo este porcentaje al 31,9% en EEMM, siendo este descenso mucho más pronunciado en chicas.
- Los fumadores realizan menos práctica físico-deportiva y afirman con mayor rotundidad que no harán deporte en el futuro.
- El 55,2% de los escolares andaluces de EGB y el 76,2% en EEMM, señalan como principales valores para la práctica deportiva el estar sano, sobre todo en chicas, y divertirse y estar en forma, fundamentalmente en chicos.
- El 32,1% en EEMM fuman todos los días y 1 de cada 10 en EGB.
- Hay una altísima relación entre consumo diario de cerveza y fumadores diarios.
- En EGB, el 44,5% consumen a diario dulces y pasteles, por un 19,4% de verduras.
- Sólo el 57,4% de los escolares de EGB se cepillan los dientes a diario.
- A mayor edad menos sanos se sienten.

❖ **Encuesta sobre hábitos de los escolares españoles (11-15 años).
Ministerio de Educación y Ciencia (1990)**

Esta encuesta realizada a nivel de toda España, contó con la participación de las Consejerías de Educación de las diferentes Comunidades Autónomas, ofreciendo entre sus resultados algunos aspectos que merecen ser relacionados por su interés.

Algunos resultados son:

- Dedican de 1 a 4h/día para ver la televisión.
- A los 15 años, el 19% de las chicas no desayunan.
- Su dieta contiene gran cantidad de grasas saturadas y colesterol.
- El 30% se ha embriagado una o más veces (la media de edad de la Primaria borrachera es de 13'4 años).
- A los 11 años han fumado ya el 17% de los chicos y el 12% de las niñas; a los 17 años, el 80% de los niños y el 82% de las niñas.
- El 14% hace actividad física diaria, mientras el 58% sólo hace una vez por semana.

❖ **Los españoles y el deporte (1980-1990). Un análisis sociológico (García Ferrando, 1991).**

Desde 1975 García Ferrando ha tomado como objeto de estudio en sus investigaciones la práctica deportiva de la población española.

Utiliza para este estudio, continuidad de los llevados a efecto en 1980 y 1985, una muestra aleatoria estratificada por cruce de región-hábitat de 4625 entrevistas en las 17 Comunidades Autónomas, representativa de la población española de 15 a 60 años (60% de la población total).

Algunas de las conclusiones más significativas de su estudio son las siguientes:

- No se realiza el suficiente esfuerzo por parte de las Administraciones para proyectar el deporte popular.
- Se crean macroinstalaciones deportivas para unos pocos y que son de difícil acceso para la mayoría.
- El deporte en España, como componente de un ocio activo y diferenciador, tiene mejor imagen que desarrollo real. Se reconocen sus beneficios pero se practica menos de lo que se desea. Entre los principales motivos de esta controversia achaca la escasa preparación educativa y cultural del ciudadano.
- Cabe destacar la amplia penetración del deporte en la juventud española y su masivo, ulterior y prematuro abandono. Se necesitan soluciones para que esto no ocurra, entre ellas ampliar la oferta deportiva, que sea flexible, variada, atractiva y formativa para todos, sin discriminar a los menos dotados en los aspectos psicomotrices.

❖ **Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994).**

Este estudio se lleva a efecto en 1990, a través de cuestionarios autocumplimentados por los alumnos en clase, con 4393 estudiantes españoles de 11, 13 y 15 años, teniendo que estar representados al menos 500 alumnos de cada sexo y de cada una de estas edades. Este estudio, 2º realizado en España (el 1º es de 1986 y el 3º, pendiente de publicación, en 1994) entra dentro del mismo proyecto con 11 países europeos y Canadá,

propuesto por la OMS, con el objetivo de conocer y comprender periódicamente los estilos de vida relacionados con la salud, analizar similitudes, cambios y diferencias entre los distintos países, comprobando la asociación de diferentes variables.

Algunos de los resultados más relevantes son:

Respecto a la alimentación:

- A los 15 años el 20% de las niñas no meriendan nunca y el 19% no desayunan cada día.
- Sólo el 35% no consume carne a diario.
- Alta frecuencia en el consumo de dulces.
- El 30% consume refrescos a diario.
- Las chicas toman menos leche cuantos más años tienen.
- El 44% consume embutidos a diario.
- El 21% bebe café a diario.
- El 30% consume patatas fritas caseras al menos 1 vez al día
- El 62 % considera que comer carne cada día es bueno o muy bueno para la salud.
- Dan una valoración muy alta en algunos alimentos (pan integral, verduras, zumos, pescado,...) respecto a la salud y, sin embargo, su consumo es moderado.
- Los dulces es el alimento peor considerado y, sin embargo, el 3º más consumido.
- La mayoría considera que refrescos y bolsas de patatas fritas no afecta a la salud.
- Respecto al tiempo libre, la televisión es la forma más extendida de ocupar dicho tiempo (media 2 horas al día). El 18% de los chicos y el 12% de las chicas la ven más de 4 horas diarias.

Respecto a la actividad física:

- El 28% no practica nunca deporte organizado, siendo 3 veces menos en las chicas (a los 11 años no realiza nunca el 30%, que asciende hasta el 52% a los 15 años).
- A mayor edad les gusta menos la Educación Física (a los 11 años les gusta mucho al 40%, frente al 15% a los 15 años).
- El 22% no realiza prácticamente nunca ningún ejercicio con cierto grado de intensidad (las chicas duplican a los chicos).

- Se pueden apreciar, respecto a la frecuencia de práctica, actividades típicamente femeninas, caracterizadas por ser poco agresivas y escasamente competitivas, como la gimnasia, los juegos o el baile, y actividades masculinas como el fútbol, baloncesto o balonmano.
- Las expectativas de futuro deportivas guardan una estrecha relación con la práctica actual de algún deporte o de ejercicio físico, con la autovaloración deportiva que hacen de sí mismos los alumnos y con el gusto que manifiestan por las clases de E.F. impartidas en el colegio.
- La actividad deportiva de los padres guarda una estrecha relación con la actividad físico-deportiva de sus hijos.

Ante dichos resultados, estos autores comentan:

"...se deduce la necesidad de fomentar las actividades físicas y el deporte organizado extraescolar en general, sobre todo entre las chicas y entre los alumnos de menor nivel socioeconómico.... Es necesario desarrollar una infraestructura adecuada, es decir, posibilitar el acceso a instalaciones ya existentes (generalmente las escolares, infrautilizadas fuera del horario escolar) o crearlas si no las hubiera y dotarlas de personal docente o monitores adecuados".

Continúan exponiendo:

"...Es necesario fomentar el deporte no únicamente competitivo, que disuade al perdedor o al que tiene menor aptitud deportiva. Así como se ha podido romper el molde según el cual la actividad intelectual era propia de los varones, es conveniente también intentar modificar el modelo de comportamiento físico femenino que impone a la mujer un rol pasivo y que le lleva a considerar que su capacidad deportiva y aptitud física son inferiores a la del varón. Para los colectivos sociales implicados en promover la igualdad entre sexos, la actividad física y deportiva debería ser un elemento importante a tener en cuenta". (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994:106).

❖ **La actividad física orientada hacia la salud (Sánchez Bañuelos, 1996).**

El estudio se centra en escolares de 3º de BUP de la Comunidad Autónoma de Madrid, utilizando 2 grupos muestrales: uno formado por 1360 estudiantes de 38 centros y otro, a los que además se evalúa su condición física, formado por 180 escolares pertenecientes a 6 centros de EEMM. Utiliza también un tercer grupo muestral, formado por 326 estudiantes de 5º curso de la licenciatura en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, pertenecientes a cinco Facultades o INEFs.

Los resumidos datos que vamos a mencionar se refieren a estudiantes de 3º de BUP, por una mayor semejanza con nuestro objeto de estudio.

- El 34% de las chicas y el 19% de los chicos fuman a diario.
- El 77% de los que practican habitualmente ejercicio no fuman, lo que induce a pensar que la práctica regular de ejercicio puede constituir un elemento disuasorio respecto al consumo de tabaco. Con respecto al alcohol no se aprecian diferencias significativas.
- El 69% ni fuma ni bebe alcohol.
- Sólo el 7,2% son bebedores habituales. El problema es la cantidad de bebedores ocasionales, constituyendo un nefasto hábito social más que una conducta de consumo.
- Los sujetos que más practican actividad física tienen una valoración más positiva hacia la E.F. y el deporte.
- Las mujeres consideran al deporte como más cansado y duro (más relacionado con el esfuerzo físico), mientras los chicos lo consideran más bueno, divertido y agradable (valoración más afectiva y lúdica).
- Los fumadores tienen una visión más negativa del deporte (más cansado), mientras que para el no bebedor ni fumador resulta ser más agradable.
- La apreciación del estado general de salud es más positiva en chicos no bebedores ni fumadores.
- Los no fumadores tienen mejores registros en la prueba de capacidad aeróbica.
- La E.F. es considerada, en general, como muy buena, activa, sana y útil, aunque dicha consideración no es suficiente para generar práctica. Sin embargo, los estudiantes de INEF (futuros profesores de E.F.) la consideran más agradable y divertida. Como menciona este

autor "varía el concepto según estemos sentados en el pupitre o encima del estrado".

- Las adolescentes, que son más fumadoras y sedentarias, tienen una peor percepción de su estado de salud.

❖ **Encuesta sobre consumo de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco a la población escolar (1997).**

Se han realizado 2 encuestas (1994 y 1996) dentro del Proyecto español de encuestas escolares sobre drogas, coordinadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Los jóvenes encuestados son de 14 a 18 años, edad en la que suele iniciarse el consumo de algunas drogas y cambios en las tendencias.

El estudio, llevado a cabo con 19191 estudiantes, en 826 aulas de 389 centros de toda España, utilizando un cuestionario anónimo estandarizado, tiene entre sus objetivos más destacados, conocer la extensión de consumo de sustancias psicoactivas y la evolución en la proporción de consumidores, así como determinar los perfiles de consumo y percepciones de los estudiantes.

Algunas de las conclusiones obtenidas son las siguientes:

Entre los jóvenes se ha consolidado un patrón de consumo de alcohol, que se caracteriza por:

- Centrarse principalmente en el consumo de cerveza (45,5%) y combinados -cubatas- (47,6%).
- Producirse durante el fin de semana, fuera del ámbito doméstico, y en un contexto social o de diversión.
- Experimentan con cierta frecuencia conflictos sociales (riñas, discusiones,...) y viajan en vehículos de motor conducidos por personas bajo los efectos del alcohol.
- Alto porcentaje de embriaguez (el 40% al menos se ha emborrachado una vez).
- Sólo un 7,5% tienen la percepción de beber mucho.

- No hay diferencias entre la proporción de bebidas alcohólicas según el sexo, pero los chicos beben de forma más intensa que las chicas.
- La proporción de bebedores en el mes anterior a la encuesta es del 39,9% a los 14 años y del 84,4% a los 18 años.
- La edad media en el inicio del consumo de alcohol es de 13,7 años

Respecto al tabaco:

- Ha ascendido la proporción de fumadores diarios de 20,6% a 22,3%, entre 1994 y 1996.
- La edad media del inicio en el consumo de tabaco pasó de 13,8 a 13,3 años, entre ambas encuestas.
- La proporción de fumadores y consumo de tranquilizantes es bastante más alta entre las chicas.
- El 86% consideran muy útil o bastante útil la información recibida en clase sobre consumo de drogas y problemas asociados. Así, por ejemplo el 49,2% de los no bebedores lo son por sus efectos negativos para la salud.

❖ **Lifestyle of young europeans: comparative study (estilo de vida de jóvenes europeos: un estudio comparativo). Piéron, Telama, Almond y Carreiro da Costa (1997).**

Este estudio se ha realizado en 9 países europeos (Bélgica, República Checa, Estonia, Finlandia, Alemania, Inglaterra, Hungría, Portugal y España), a través de una encuesta en 1996, a más de 8000 escolares de 12 y 15 años. Las preguntas abordaban los siguientes temas:

- a) Actividades de ocio.
- b) Práctica de actividad físico-deportiva.
- c) Auto percepción.
- d) Motivación para la práctica.
- e) Socialización hacia la participación.
- f) Actitud del joven ante la E.F.

En cuanto a resultados destacables:

- ✓ Las muchachas tienen actitudes más positivas hacia la escuela que los chicos, habiendo un gran rango de variación entre los diferentes países en lo referente a la práctica.
- ✓ Las actitudes hacia la E.F. son más favorables que hacia la escuela (a un 60-70% les gusta la E.F.), especialmente en los más jóvenes, manifestándose una tendencia hacia el desinterés conforme avanzan los años (excepto en Portugal y Gran Bretaña).
- ✓ El alumno piensa que el primer objetivo de la E.F. es el de mantener o mejorar la salud, seguido por la diversión.
- ✓ Hay una disminución del índice de actividad física entre los 12 y 15 años, especialmente en las féminas. Sin embargo, y sorprendentemente, en España en las chicas sucede todo lo contrario, participando éstas más frecuentemente en actividades físico-deportivas extraescolares a los 15 años que a los 12 años.
- ✓ El motivo estar en buena forma y mantener la salud es el más importante para la participación deportiva, en la mayoría de los países, seguido del placer y las relaciones sociales.
- ✓ La mayoría de los jóvenes entienden que la aptitud y la salud se benefician de una participación regular en actividades físicas. La salud la entienden como salud física. Sólo un pequeño porcentaje de adolescentes no se siente saludable.
- ✓ Los chicos tienen mejor percepción de su estado de salud que las chicas, disminuyendo, en ambos sexos, dicha autopercepción positiva con la edad.
- ✓ La aptitud de la propia competencia percibida es mayor en chicos y disminuye con la edad. Hay una relación positiva entre la percepción de la competencia y la motivación intrínseca hacia la participación deportiva.
- ✓ La satisfacción con la propia apariencia es bastante importante en relación con el bienestar de las personas jóvenes, siendo mayor dicha satisfacción en los escolares jóvenes que en los mayores.
- ✓ Se involucran más frecuentemente en actividades de cierta intensidad los chicos que las chicas.
- ✓ Una orientación más hacia la tarea que hacia el ego, se relaciona con una persistencia más alta y, por tanto, menos abandono.

❖ **Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares entre final de Educación Primaria (12 años) y final de Educación Secundaria Obligatoria (16 años). (Casimiro, 1999)**

Este trabajo cuyo principal objetivo fue el realizar una valoración de los hábitos y de la condición física de los escolares almerienses, al finalizar cada uno de los niveles educativos de la enseñanza obligatoria (Primaria y Secundaria), en función de la edad, del género y del tipo de centro dónde se cursi van los estudios.

La muestra estuvo compuesta por 407 alumnos de Educación Primaria y por 370 de Educación Secundaria. El estudio constaba de la aplicación de un cuestionario de hábitos de salud y la realización de pruebas físicas de la Batería Eurofit. Este trabajo es considerado como uno de los mejores en lengua castellana, por la profundidad de sus reflexiones conceptuales, por la metodología empleada y por las conclusiones que aporta a la comunidad científica, en el ámbito de los hábitos de salud.

Entre sus conclusiones destacamos:

- Se produce una involución evidente en la práctica físico-deportiva conforme avanzan los años, contrastando dicho sedentarismo con las expectativas futuras de práctica.
- No existen diferencias apreciables en los hábitos físico-deportivos, en función del centro escolar al que pertenecen, excepto en las chicas de Secundaria, dónde las estudiantes de centros de la ESO son menos activas.
- Aunque los varones practican mucha más actividad física que las chicas, tanto en Primaria como en Secundaria, la mayoría del alumnado no participa en las actividades extraescolares ofertadas en los Centros.
- Las principales motivaciones, en general, para practicar actividad física en los escolares son: porque les gusta, se divierte y es bueno para su salud. Del mismo modo, los principales argumentos para no practicar son: la falta de tiempo y pereza o desgana. Teniendo en cuenta el género, los chicos se decantan más por otros motivos como

el competir o estar con los amigos, mientras las chicas están más motivadas por aspectos estéticos, como mantener la línea.

- Tienen mejor percepción de su estado de salud los escolares de Primaria, que se va deteriorando con la edad, especialmente en las chicas. Así, las chicas adolescentes tienen peor percepción de su estado de salud, coincidiendo con ser más fumadoras y sedentarias.
- El escolar es consciente de los efectos negativos que determinados hábitos, teniendo peor imagen de sí mismos aquel joven sedentario, que fuma, bebe alcohol, se alimenta de forma menos saludable y tiene una mala actitud postural e higiene deportiva.
- Los escolares activos en su tiempo libre, son los que manifiestan una mejor higiene deportiva.
- Un gran número de escolares de Secundaria en ambos sexos, son consumidores habituales de alcohol durante los fines de semana, del mismo modo que una importante proporción de ellos se emborrachan con cierta frecuencia, por lo que urge tomar medidas para reducir dicha situación.
- Aunque los varones se inician antes en los hábitos de fumar y beber alcohol, en Secundaria no existen diferencias en su consumo en función del género, lo que indica que dichas costumbres que han pertenecido siempre al género masculino, en la actualidad se encuentran arraigadas de forma similar en la juventud de ambos géneros.
- El consumo de alcohol y tabaco de los escolares está estrechamente relacionado con las costumbres paternas, especialmente de la madre, de forma que padres y madres que fuman y beben frecuentemente, proyectan hacia sus hijos dichos comportamientos nocivos.

❖ **Motivaciones, hábitos y usos del Parque Periurbano “Dehesas del Generalife” de Granada. (Palomares, 2003).**

Este estudio realizado con 748 encuestas a usuarios de las instalaciones del Parque Periurbano “Dehesas del Generalife” de Granada, trata de describir las motivaciones y los hábitos de los diferentes grupos de población que lo utilizan.

Referido a las motivaciones y a los hábitos de actividad física de los jóvenes, las conclusiones más significativas son las siguientes:

- En opinión de un 38,9%, las actividades que realizaron en la clase de Educación Física han sido practicadas posteriormente; de estos el 67,1% son hombres frente a 32,9% de mujeres.
- El 62,2% lleva practicando actividad física más de 5 años, el 60,6 % son hombres. El mayor número de mujeres afirman llevar realizando ejercicio físico con continuidad de uno a tres años.
- La práctica habitual se centra en dos días a la semana 27,2 % y tres días con un 25 %. De estos más del 54% son chicas, teniendo los hombres una irregularidad en los días semanales practicados.
- Mejorar la salud es la motivación más importante en ambos géneros para realizar actividad física; si bien son los jóvenes los que en mayor medida se caracterizan por esta elección, todo el conjunto de la población encuestada muestra esta tendencia.
- La diversión es considerada buena-muy buena-excelente por todos los grupos de género y de edad, participamos de la opinión que la diversión es uno de los principales motivos por los que los encuestados hacen actividad físico-deportiva en general.
- La actividad física es considerada por más del 75% como bueno, muy bueno y excelente; el gusto por la actividad física y deportiva por sí misma, es valorado Bueno-excelente por 37,2% de las mujeres encuestadas y 46,1% de los varones encuestados, los dos grupos femeninos de mayor edad lo valoran alto.
- La competición está bien considerada para las chicas y chicos menores de 20 años; sin embargo, la tendencia en los mayores de 20 años, respecto de la competición es considerada mala.
- La eliminación de estrés es considerada como bueno-muy bueno-excelente por todos los grupos de chicos y chicas, encontrando diferencias significativas de género, siendo más valorada en los hombres.

❖ **Transmisión y adquisición de valores a través de la aplicación de un programa de Educación Física basado en el juego motor en un grupo de Primero de la ESO. (Collado Fernández, 2005).**

Este trabajo de investigación realizado con alumnos de Educación Secundaria durante un año, cuyo objetivo fundamental era comprobar el

cambio de actitudes y de hábitos con respecto al valor de la salud a través de la aplicación de un programa de Educación Física basado en el juego motor. De las múltiples conclusiones que este trabajo aporta a la comunidad educativa, exponemos aquellas que consideramos más significativas y que tienen relación directa con nuestro trabajo.

- ✓ Sobre sus hábitos de higiene personal, los datos y observaciones del profesor son contundentes, tanto en septiembre como en junio, en chicos y en chicas, la opción mayoritaria es la respuesta *sí, siempre*, que llega a obtener porcentajes por encima del 80%.
- ✓ Referido a la alimentación, ha habido un cambio significativo entre los datos de septiembre y junio en las evidencias cuantitativas. Por las opiniones del alumnado, parece que ha ido calado la necesidad de una alimentación sana, como un hábito de vida que repetimos a diario en varias ocasiones.
- ✓ a través de la evaluación de su condición física salud, van disminuyendo a medida que el alumnado comprende, realiza y valora sus propias actuaciones como beneficiosas para su salud.
- ✓ Se verifica un cambio de actitud al cumplir las normas de seguridad cuando realizan actividad física, comprobándose como en las actividades finales han estado pendientes de evitar peligros innecesarios que puedan poner en peligro su integridad y la de sus compañeros.
- ✓ En su interacción diaria con los otros miembros del grupo, el alumnado, comprende el papel tan importante que juega al participar activamente con su opinión, con su acción, con su observación, con su intervención desinteresada en procesos de carácter social en los que está involucrado.
- ✓ Los alumnos se han responsabilizado de aspectos relacionados con la seguridad de los compañeros, evitando gestos que puedan provocar lesiones a sí mismos a otros/as. El grupo a nivel global pasa de un 51,8% en las opciones positivas en las respuestas del mes de septiembre a un espectacular 85,1%, del mes de junio, diferencia significativa, que nos da una idea del cambio de conducta producida a lo largo del curso.
- ✓ El alumnado ha aprendido a realizar ejercicios para mejorar su condición física. Cuando hemos comparado las respuestas de septiembre y de junio los datos mostraban significatividad estadística. Esta mejora también se ve reflejada en las opiniones emitidas en las Entrevistas grupales. En el Diario del profesor, también se

comprueba un cambio de actitudes respecto, los contenidos de salud, apreciando la relación que existe entre la práctica de la actividad física y el buen estado de salud.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

CAPÍTULO II.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es incuestionable la creciente preocupación del estado cubano por el deporte y la práctica de actividad física en nuestra sociedad, así lo demuestran los grandes esfuerzos para que este llegue a todos, o sea, lo más participativo posible y de aquí lograr buenos resultados en competencias internacionales como campeonatos mundiales, juegos olímpicos y también posibilitar una mejor salud a nuestra población.

A pesar que muchas ciencias han irrumpido en el ámbito del deporte y la actividad física con el objetivo de humanizar y consolidar esta actividad, cada vez se hacen más necesarios estudios sobre hábitos físico deportivos de las poblaciones, que sirvan como punto de partida para instaurar las políticas adecuadas en el orden de llevar una correcta promoción, sin alejarse de los valores educativos y sociales que en ella van implícito.

La utilidad de estudios relacionados con el estilo de vida de los jóvenes está fundamentada en la propuesta de Rosenshine y Furst (1973), citados por Pieron y col. (1997), la cual se basa en: **describir, correlacionar y experimentar**. Así, los estudios epistemológicos sirven para conocer la situación en que se encuentra la población en uno o varios aspectos relacionados con la salud (Cantera, 1997).

Existen bastantes estudios sobre las conductas y los hábitos de diferentes poblaciones, en relación con la salud o con la práctica deportiva. Hemos de destacar los estudios de García Ferrando (1986, 1990, 1991, 1993 y 1997) sobre hábitos deportivos de los españoles, así como los de Mendoza y col., realizados en 1986, 1990 y 1994, sobre hábitos de salud de los escolares españoles, dentro del estudio a nivel europeo de conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC). En Europa se ha realizado otros estudios sobre el estilo de vida de los jóvenes durante el periodo 1994-1996, coordinado por Almond, Naul, Piéron y Telama.

Nuestro trabajo versa sobre el estudio de la práctica de actividad físico deportiva y la relación que tiene con componentes fundamentales del estilo de vida de los mismos durante la escolarización obligatoria y pretende aportar

una mayor base teórica en las relaciones entre la actividad física y la salud, tan en auge en estos momentos.

En este sentido, luego de haber descrito y establecido la relación existente entre dichos hábitos, la línea futura de trabajo consistirá en el cambio comportamental de la población objeto de estudio, siendo la propuesta abierta que queda tras la presente investigación.

Es importante señalar que el hacerlo con escolares del último curso de la Educación Secundaria Obligatoria, es porque consideramos que a esta edad, el adolescente ha debido aceptarse tal como es, habiendo consolidado unos hábitos de vida, en función del criterio que tenga de sí mismo, lo que incide directamente en su autoestima. Así, consideramos que es un período clave en la vida de la persona para adquirir y consolidar hábitos saludables que tengan continuidad en la edad adulta.

Como ocurre en todas las etapas de la vida humana, durante la infancia se desarrollan las primeras tendencias a determinados comportamientos, concentrándose luego en intereses que durante la adolescencia se pueden convertir en categorías de valor decisivas para la vida futura. A éstas también pertenece el deporte" (Hahn, 1988).

De acuerdo con D'Amours (1988), la infancia y la adolescencia constituyen los periodos más importantes de la vida en cuanto a la adquisición de comportamientos y hábitos de vida. Aunque hay que tener presente los aspectos psicológicos de esta edad (11-15 años), el joven se encuentra en la fase de pensamiento lógico (mayor capacidad de procesar, analizar y retener la información).

Además, según Tyler (1973), citado por Añó (1997), el período de 10-15 años es fundamental para el desarrollo de la personalidad del niño, porque esta muy influenciado por el entorno y se produce un gran número de relaciones sociales y ha pasado ya el equilibrio emocional infantil y su dependencia familiar, encontrándose de lleno en una fase de la vida (la adolescencia) con profundos conflictos internos que lógicamente inciden en su relación con los demás. Dichos conflictos conllevan al adolescente a pasar por una fase negativa (aislamiento, rebeldía, búsqueda de su personalidad, etc.) influenciada, de forma considerable, por su grupo de iguales.

Posteriormente, el joven pasa a otra fase más positiva, de equilibrio con su entorno y con necesidad de integrarse en la sociedad como ser adulto; ésta es la fase idónea para favorecer la participación en actividades deportivas.

El adolescente, sobre todo las niñas (Torre, 1998), se plantean si los posibles beneficios que le reporta la actividad que realiza en clase le compensa los sentimientos de disconformidad, fracaso y vergüenza, que a veces acompaña a las mismas, y que, por otro lado, podrían ser evitados utilizando estrategias adecuadas. Las adolescentes que se encuentran en tal circunstancia seguro que no incorporarán la actividad física y el deporte a su estilo de vida.

García Ferrando (1993), expone 24 predictores -o variables independientes- que tienen una asociación más significativa con la práctica deportiva -variable dependiente-, los cuales son: sexo, edad, ocupación, ideología, hábitat, estado civil, tipo de colegio, evaluación de las clases de Educación Física, valoración del profesor de E.F., estado de forma física, estado de salud, consumo de tabaco y alcohol, tiempo libre disponible, grado de acceso a instalaciones deportivas, aspectos que más gustan del deporte, práctica deportiva con padres y hábitos deportivos del padre y de la madre. Este autor, en su análisis de resultados, confirma que los planteamientos de la E.F. y el deporte escolar no son frecuentemente los más acertados.

En un planteamiento coherente de Educación Física orientada hacia la salud, el propósito final va a ser favorecer la práctica de actividad física y deporte en el joven, para que sea mantenido en la edad adulta.

A nuestro juicio, el primer paso para desarrollar políticas y programas coherentes de intervención que promocionen la actividad física y otros hábitos saludables, es conocer previamente la situación inicial de partida (nivel de actividad física, costumbres, actitudes, etc.) de la población de destino.

2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1.- Objetivo principal.

Establecer las relaciones que existen entre la práctica de actividad físico- deportivas y componentes fundamentales del estilo de vida en escolares avileños durante la escolarización obligatoria que permitan aplicar programas más objetivos de educación para la salud (Eps)

2.2.- Objetivos específicos.

a) Conocer y describir los hábitos físico-deportivos de los escolares avileños.

- Conocer la práctica físico-deportiva escolar y extraescolar de los jóvenes avileños.
- Determinar la relación entre la práctica deportiva y diferentes factores relacionados con los hábitos y estilo de vida.

b) Conocer los hábitos de higiene y salud de los escolares avileños

- Conocer los hábitos dietéticos y consumo de alimentos.
- Conocer los hábitos de consumo de drogas *institucionalizadas* (tabaco y alcohol), comprobando su relación con el consumo paterno, como agentes socializadores primarios.
- Conocer la extensión del *consumo* de televisión y videojuegos, como ocupación del tiempo libre.
- Estudiar la percepción que tiene el escolar de su actitud postural, tanto estática como dinámica.
- Conocer las costumbres en cuanto a su aseo e higiene diaria.

- c) **Conocer la valoración de la asignatura de Educación Física (E.F).**
- d) **Analizar los factores cognitivos y socio-afectivos del alumnado respecto a la actividad física y el deporte.**
 - Conocer las motivaciones de los alumnos para la práctica o no de la actividad física.
 - Conocer la relaciones entre nivel de práctica de actividad física del alumno y el de los padres

Este estudio tendría su continuación en investigaciones futuras de carácter longitudinal, donde se valoraría el resultado de un programa de intervención destinado a la adquisición de hábitos saludables, fundamentalmente el incremento del nivel de práctica de actividad física.

3.-INSTRUMENTOS DE RECOGIDAS DE DATOS

Según la naturaleza de la investigación y el tipo de información que se pretendía obtener, hemos considerado como herramienta más adecuada el Cuestionario.

3.1.- El cuestionario

Según Mc Millan y Shumacher (2005) *“El cuestionario abarca una variedad de documento en la que el sujeto responde a cuestiones escrita que sondan reacciones, opiniones y actitudes. El investigador elige o construye un conjunto de preguntas adecuadas y le pide al sujeto que las conteste, normalmente en forma de pregunta en las que debe elegir las respuestas”*

El cuestionario es la técnica más ampliamente utilizada para obtener información de los sujetos y ello al menos por tres buenas razones:

1.- Es relativamente económico, tanto en recursos materiales y humanos, como en tiempo.

2.- Incluye las mismas preguntas para todos los sujetos, lo que sin duda facilita la posterior tarea de análisis y comparación de los datos.

3.- Puede asegurar el anonimato, lo que ayuda a obtener una mayor veracidad en la respuesta.

Aunque la elaboración de un nuevo cuestionario puede resultar compleja, en muchos casos se puede recurrir a instrumentos ya existentes, adaptándolos a las nuevas necesidades o lugares a donde vayan a ser utilizados. En opinión de Mc Millan y Shumacher (2005) *"Localizar un cuestionario ya existente cuya validez y fiabilidad estén convenientemente contrastadas puede ahorrar al investigador mucho tiempo y esfuerzo"*

En nuestro caso hemos utilizado como primera referencia el elaborado por Casimiro (1999), procurando adaptarlo al contexto socio educativo cubano.

Para la readaptación del cuestionario se contó con la opinión de distintos especialistas del ámbito de la educación física y de la salud. Estas adaptaciones afectan fundamentalmente a la reducción del número de ítem por considerarse redundante algunos de los planteados o no tener vigencia en el contexto cubano, así como a la fusión de los bloques referentes al tabaco y alcohol en uno sólo que denominamos consumo de sustancias adictivas por considerarse de mayor interés la valoración global del consumo de estas sustancias y su relación con la práctica de la actividad física.

Las preguntas utilizadas en nuestro cuestionario son de formato cerrado -de elección doble o múltiple- lo que reporta en nuestra opinión y según lo expresado por Gracia Muñoz (2003) las siguientes ventajas:

- Da lugar a respuestas precisas y por tanto fácilmente comparables.
- Los cuestionarios cerrados se contestan sin esfuerzo (subrayando, marcando, rodeando, poniendo un cruz...).
- La rapidez y la ausencia de fatiga evita al máximo las incertidumbres y que se dejen respuestas sin contestar.
- Son de fácil codificación, con vistas al tratamiento informático de los datos.

La versión final del cuestionario que utilizamos (Anexo-I) consta de 69 ítem, organizados en 10 bloques o dimensiones coincidentes con los distintos objetivos específicos.

Las variables analizadas se corresponden con cada uno de estos objetivos específicos o dimensiones del estudio: práctica de actividad física y deporte alimentación, tiempo libre, consumo de sustancias adictivas, actitud postural, higiene diaria y deportiva, valoración de la asignatura E.F., factores cognitivos y socio-afectivos respecto a la actividad física y el deporte, percepción del estado de la salud y la valoración del cuestionario, estructuradas según el siguiente esquema:

- Variables relacionadas con la práctica de actividad física y deporte (ítem 1-8).
- Variables referidas a los hábitos de alimentación (ítem 9-15).
- Variables referidas al tiempo libre (ítem 16-21).
- Variables referidas al consumo de sustancias adictivas (ítem 22-37).
- Variables referidas a la actitud postural (ítem 38-42).
- Variables relacionadas con la higiene diaria y deportiva (ítem 43-52).
- Variables relacionadas con la valoración de la asignatura de educación física (ítem 53-56).
- Variables relacionadas con los factores cognitivos y socio-afectivos respecto a la actividad física y el deporte (ítem 57-65).
- Variables relacionadas con la percepción del estado de la salud (ítem 66-68).
- Variables relacionadas con la valoración del cuestionario (ítem 69).

3.1.- Adaptaciones realizadas al cuestionario aplicado

Las adaptaciones que incorporamos a nuestro cuestionario fueron las que a continuación expresamos explícitamente en cada una de ellas, centradas en la eliminación de posibles contestaciones, o en la utilización de términos conceptuales más apropiados en el contexto cubano y que ahora pasamos a exponer.

- Variables relacionadas con la práctica de actividad física y deporte.

En el ítem 5 incluimos el deporte de béisbol por la trascendencia que tiene en el país, de hecho es nuestro deporte nacional y fueron eliminado los deportes de Piragüismo, Vela o Remo, y Montañismo por tener escasa y/o ninguna práctica sistemática en nuestro contexto.

4.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.

En el municipio Ciego de Ávila, capital de la provincia de igual nombre en su entorno urbano existen cuatro secundarias básicas (ESBU), el resto de las secundarias están enclavadas en áreas rurales y con una reglamentación que dirige todo un proceso de convivencia y por tal razón no estimamos conveniente integrarla a la investigación.

Una vez determinado el número de centros donde realizaríamos la investigación pasamos a seleccionar el número total de alumnos que cursaban tercero de secundaria básica y pertenecían a dichos centros, según los datos facilitados por la dirección provincial de educación, en cuanto al número de grupos y de alumnos matriculados en cada centro docente. Partiendo de estos datos, la determinación definitiva de la muestra (225 sujetos) se hizo tomando aleatoriamente los grupos naturales de clases y de manera proporcional al tamaño del centro.

5.- DISEÑO TEMPORIZADO.

En primer lugar se llevó a efecto la correspondiente **documentación**, donde se realizó: revisión de bibliografía, discusión con los directores de tesis y expertos en el tema de estudio sobre planteamiento general, objetivos, hipótesis, variables de estudio (cuestionario), etc.

Posteriormente, esta investigación ha seguido cronológicamente las siguientes fases:

Preparación general	-Informe y visto bueno de los estamentos. -Fundamentación teórica.	Septiembre 2003
Preparación específica	-Reuniones con directores y profesores de E.F -Seminario de formación de sujetos colaboradores. - Estudio piloto y readaptación del cuestionario.	Octubre 2003
Trabajo de Campo	-Toma de datos -Grabación en soporte informático -Depuración de datos	Nov-Dic. 2003
Análisis de los datos	-Estadísticas descriptivas y correlacionales.	Enero- Febrero 2004
Elaboración del Documento	-Discusión de los resultados; conclusiones y perspectivas futuras de investigación.	Marzo- Diciembre 2004

Tabla 2.1.- Diseño temporizado

- 1) **Preparación general:** Fundamentación teórica específica de la investigación, determinación de población y muestra; permisos de los Centros docentes.
- 2) **Preparación específica:** reuniones con directores y profesores de E.F de los centros “seleccionados”; seminario de formación de sujetos colaboradores; realización del primer estudio piloto y readaptación de los primeros cuestionarios; construcción del cuestionario definitivo; recogida de la información específica para la investigación.

- 3) **Ejecución o trabajo de campo:** toma de datos (cuestionarios); grabación de los mismos en soporte informático, codificación y depuración.
- 4) **Análisis de los datos y obtención de resultados:** estadística descriptiva e inferencial, obtenida a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 12.0
- 5) **Elaboración del presente documento:** comentar resultados; sintetizar conclusiones; discusión y comparación con otros estudios; expectativas futuras de investigación, etc.

La figura del encuestador es imprescindible para un correcto trabajo de campo. Así, esta persona que hace de eslabón entre el investigador principal y la realidad social, debe reunir una serie de premisas (Rojas y col., 1998):

- Buena formación: éste ha sido uno de los objetivos fundamentales del seminario de formación.
- Actuar siempre con conciencia de profesional.
- Identificarse con los objetivos del trabajo y estar convencidos de la tarea.
- Llevar una indumentaria discreta: en nuestro caso, no llevarán *traje* -por ser demasiado formal y no favorecer un clima relajado y natural en la clase-, ni tampoco monos deportivos -porque puede producir un sesgo, condicionando sus respuestas, si los alumnos perciben nuestra relación con la E.F.-.
- Utilizar modales correctos, volumen medio de voz, mirar a los alumnos cuando se les hable, y emplear una sonrisa amable -no forzada-, sirviendo de estímulo para provocar un clima agradable.
- Mantener una actitud neutral, evitando comentarios sobre las respuestas, y no dirigir las respuestas hacia nuestros intereses.
- Utilizar un manual de instrucciones, elaborado específicamente, para que en todos los centros concuerden las mismas condiciones.
- Intentar que no se dejen preguntas en blanco, por lo que se les dejará unos minutos al final por si se han dejado alguna sin contestar, y despedirse agradeciendo su colaboración.

5.1.- Análisis de los datos previstos.

Los pasos propuestos en la fase son los siguientes:

Primero: Lectura y prueba de consistencia lógica para detectar aquellos cuestionarios de diversos sujetos que no cumplan los requisitos exigidos o presentan incoherencias o inconsistencia en la respuesta o mediciones.

Segundo: Codificación de los cuestionarios.

Tercero: Verificación en la codificación mediante la elección al azar de los instrumentos.

Cuarto: Grabación de los datos.

Quinto: Regrabación de los datos para detectar posibles errores o inconsistencia informática.

Sexto: procesamiento de los datos. Cálculos de tablas y análisis estadístico de tablas.

5.2.- Seminario de formación de sujetos colaboradores.

Para poder realizar la investigación con una alta fiabilidad, fue necesaria la colaboración de personas cualificadas para testear a la población escolar. Por ello, organizamos un seminario de formación en la Universidad de Ciego de Ávila con estudiantes de grado Terminal (5to diurno y 6to año del curso para trabajadores) de la licenciatura en cultura física y profesores especialistas de Educación Física.

Los objetivos del Seminario fueron:

- Conocer las conductas relacionadas con los hábitos saludables de los escolares de Secundaria de nuestro entorno.
- Conocimientos básicos de metodología de la investigación. Formación en la investigación cuantitativa.
- Conocer y aplicar correctamente el cuestionario seleccionado.
- Aprender la aplicación básica de medios informáticos para el registro y análisis de datos.

El Seminario tuvo una duración de 40 horas, siendo las primeras 30 h. teórico-prácticas, dándole cumplimiento a los objetivos anteriormente planteados, mientras que las 10 h. últimas consistieron en el trabajo de campo por grupos, donde cada miembro tenía una función específica.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO III .- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1.- CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

Creemos oportuno aclarar que estamos en presencia de una muestra que su distribución obedece a los grupos naturales en las escuelas que se realizó la investigación, es muy homogénea en cuanto a edad (14 años) y tipo de colegio (en este caso público), por tal razón estimamos tener en cuenta solamente el sexo a la hora del análisis de las respuestas por cada alumno encuestado. (Tabla 3.1 y Gráfico 3.1)

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Varones	116	51,6
Mujeres	109	48,4
Total	225	100,0

Tabla 3.1- Frecuencia y porcentaje de la distribución de sexo en la muestra empleada

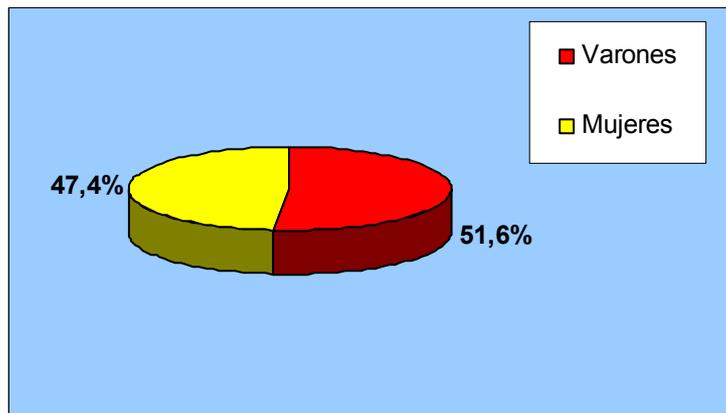


Gráfico 3.1.- porcentaje de la distribución del sexo en la muestra empleada

2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.

En este apartado para una mejor lectura de los resultados hemos agrupado las variables a analizar en 10 bloques, los cuales se dividirán en subapartados.

El primer bloque se refiere a las variables de Práctica de actividad física y deportiva (ítem 1-8) y le siguen alimentación (ítem 9-15), Tiempo libre (ítem 16-21), Tabaco (ítem 22-27), Alcohol (ítem 28-37), Actitud postural (ítem 39-42), Higiene diaria y deportiva (ítem 43-52), Valoración de la asignatura de E.F (ítem 53-56), Factores cognitivos y socio-afectivos respecto a la actividad física y el deporte (ítem 57-65), Percepción de tu estado de salud (ítem 66-68) y valoración del cuestionario (ítem 69).

Luego de haber explicado la forma de presentar los resultados pasamos a cada Bloque de variables objeto del estudio:

2.1.- Práctica de actividad física y deporte

Los resultados referidos al ítem 1 sobre la práctica de actividad físico deportiva fuera de las horas de clases de los escolares encuestados, presentan valores que debemos tener en cuenta: el 17,8% responden que la realizan “frecuentemente”, el 10,2% que “sí, todos los fines de semanas” y el 4,4% que de “vez en cuando”; por tanto, tenemos que deducir que un 67,6% de los estudiantes analizados presenta una conducta bastante sedentaria puesto que declaran no practicar regularmente ningún tipo de actividad física sistemática fuera del horario escolar. El análisis de esta variable en función del sexo, pone de manifiesto comportamientos claramente distintos (chi-cuadrado= 10,864; $p < 0,05$), entre los varones que realizan regularmente más actividad físico deportiva fuera del horario de clases (42.2%) y las mujeres que solo lo hacen en un 22% (Tabla 3.2 y Gráficos 3.2a, 3.2b)

			Practicas alguna actividad física fuera de las horas de clases?					Total
			Sí, frecuent.	Sí, todos los fines de semana	Sí de vez en cuando	Sólo durante las vacac.	Rara ves o nunca	
S e x o	Var.	Recuento	28	15	6	17	50	116
		% de Sexo	24,1%	12,9%	5,2%	14,7%	43,1%	100%
	Muj.	Recuento	12	8	4	21	64	109
		% de Sexo	11,0%	7,3%	3,7%	19,3%	58,7%	100%
Total		Recuento	40	23	10	38	114	225
		% de Sexo	17,8%	10,2%	4,4%	16,9%	50,7%	100%

Tabla 3.2.- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 1, en función del sexo

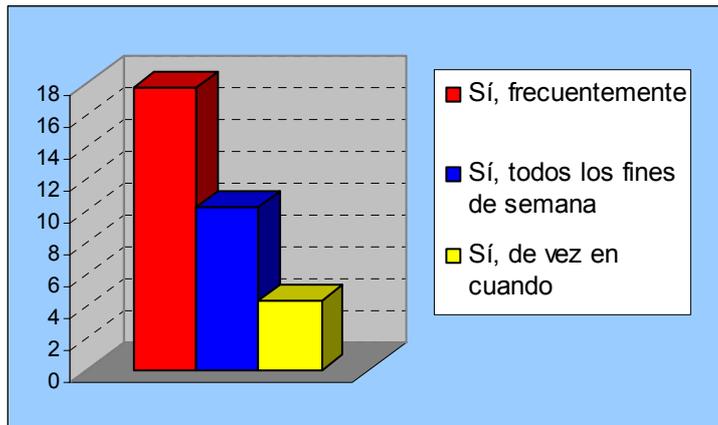


Gráfico 3.2a Porcentaje de la respuesta del ítem 1, “Prácticas de actividad físico-deportiva extraescolar”

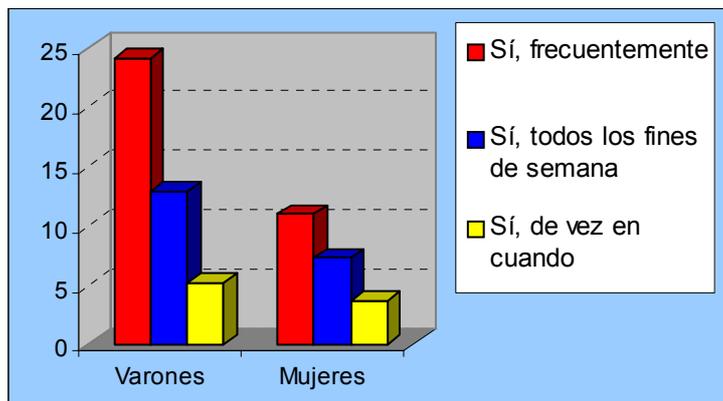


Gráfico 3.2b Porcentaje de la respuesta del ítem 1, en función del sexo.

Si tenemos en cuenta que los estudios, entre otros de García Ferrando (1993) y Mendoza y col. (1994) demuestran que la actividad de los adultos es bastante inferior a la de los adolescentes, podemos prever las consecuencias que puede tener dicho sedentarismo juvenil a corto y medio plazo, más aún teniendo presente que no estamos preguntando por la intensidad de la actividad, ya que la actividad física debe tener un mínimo para poder producir efectos saludables.

Nuestros resultados no coinciden con los de Casimiro (1998) donde los estudiantes de Secundaria - 47,5% en el sexo masculino y 23,7% de las adolescentes practican frecuentemente y casi un 30% de las chicas de Secundaria no realizan prácticamente nunca actividad física.

Sánchez Ortiz (1990), en su tesis doctoral con jóvenes de la Comunidad de Aragón, indica que casi un tercio del estrato 15-19 años no realiza ninguna actividad, y más de la mitad practica algún tipo de deporte.

En otro estudio llevado a cabo en la misma ciudad, con jóvenes de 15 a 19 años, por Sánchez y col. (1992), se aprecia un porcentaje superior -53,5%- de participación deportiva, siendo mucho mayor la práctica masculina (67%) que la femenina (28%). Por el contrario, el 28,2% no practica ninguna actividad física (44% en las chicas y 21% en los chicos).

Torre (1998), en su tesis doctoral sobre hábitos de actividad física en escolares de 3º de BUP de Granada, con una muestra de 1153 sujetos, destaca que el 14,8% no practica ninguna actividad físico-deportiva, mientras un 31,8% manifiesta practicar varios deportes. También afirma que las menos deportivas son las chicas de los centros públicos.

En el estudio de Mendoza y col. (1994), con escolares de 11 a 15 años, se demuestra igualmente que la frecuencia de práctica es inversamente proporcional a la edad, siendo 3 veces menos en las chicas que en los chicos. El 26% practica ejercicio físico intenso al menos 4 días por semana, mientras que el 22% no lo hace nunca. Por otra parte, el 28% no realiza ninguna actividad extraescolar.

Al referirnos a la motivación que tienen los escolares para hacer o no práctica de actividad físico deportiva extraescolar (Tablas 3.3, 3.4 y Gráficos 3.3, 3.4), podemos decir que los principales motivos que tuvieron los que contestaron afirmativamente fueron:

Porque es mejor para la salud (26,0%)

Porque me gusta y me divierte (24,2%)

Porque me gustaría competir (14,6%)

	Principales motivos de la práctica de A-F		
	Porque es mejor para la salud	Porque me gusta y me divierto	Por competir
Recuento respuesta	57	53	32
% referido a la respuesta	26,0%	24,2%	14,6%

Tabla 3.3.- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 2, “Motivos para practicar de Actividad Física”

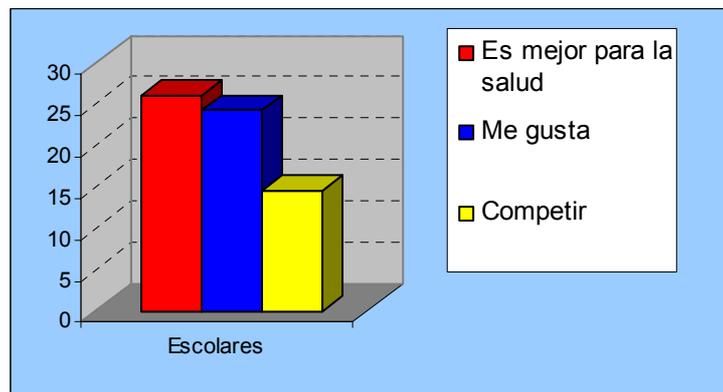


Gráfico 3.3- Porcentaje de la respuesta del ítem 2, “Motivos para practicar Actividad Física”

Los principales motivos para no practicar sistemáticamente actividad físico deportiva fueron:

- No hay instalaciones deportivas (27,7%)
- No me gusta (23,4%)
- No tengo compañero(a) con quien realizarla (20,8%)

	Principales motivos de la no práctica de A-F		
	No hay instalac.	No me gusta	No tengo compañero para realizarla
Recuento respuesta	128	108	96
% referido a la respuesta	27,7	23,38	20,78

Tabla 3.4.- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 3, “Motivos para no realizar Actividad Física”

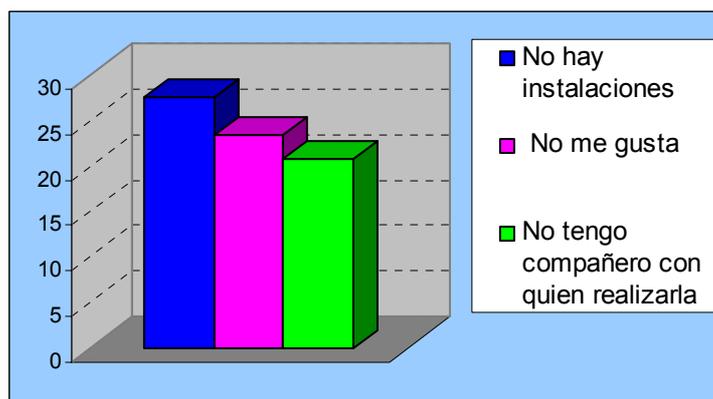


Gráfico 3.4 Porcentaje de la respuesta del ítem 3, “motivos para no realizar actividad físico-deportiva”

Al preguntarle que cuantos días realizaban actividad física de cierta intensidad el 78,2% respondió que ninguno, el 18,7% que entre 1-2 días y sólo el 2,2% que más de 5 días. Los varones se comportaron diferentes (chi-cuadrado= 10,277; $p < 0,05$) respecto a las mujeres, el 24,1% de ellos alega practicar con cierta intensidad de 1-2 días en la semana y el 4,3% más de 5 días. (Tabla 3.5 y Gráficos 3.5a y 3.4b)

			Cuántos días realizas AF de cierta intensidad?				Total
			Más de 5 días	3-5 días	1-2 días	Ninguno	
Sexo	Varones	Recuento	5	1	28	82	116
		% de Sexo	4,3%	,9%	24,1%	70,7%	100%
Sexo	Mujeres	Recuento	0	1	14	94	109
		% de Sexo	,0%	,9%	12,8%	86,2%	100,%
Total		Recuento	5	2	42	176	225
Total		% de Sexo	2,2%	,9%	18,7%	78,2%	100%

Tabla 3.5 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 4, en función del Sexo.

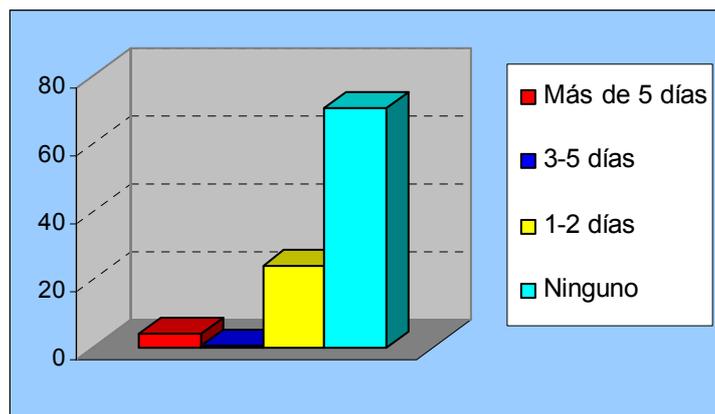


Gráfico 3.5a Porcentaje de la respuesta del ítem 4 “Práctica de actividad físico-deportiva con cierta intensidad”

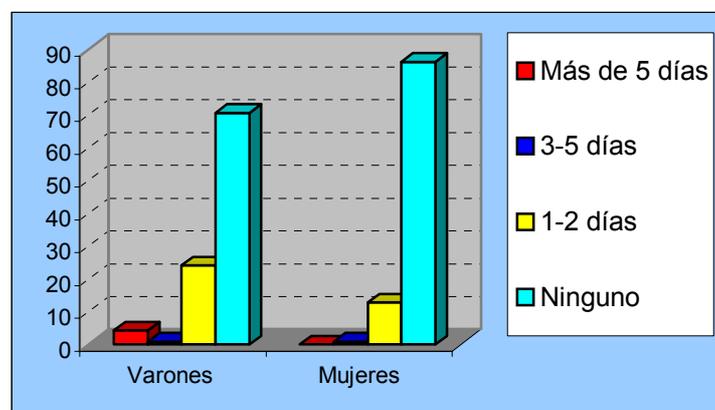


Gráfico 3.5b Porcentaje de la respuesta del ítem 4, en función del sexo.

La actividad física o deportes que más practican los escolares en estudio atendiendo a la frecuencia de “al menos una vez semanal” son: Las carreras, Béisbol, Juegos diversos, Voleibol, Baloncesto y dentro de los que menos se practican están el Jockey, Balonmano, Tenis, Judo y Natación. (Gráficos 3.6a y 3.6b)

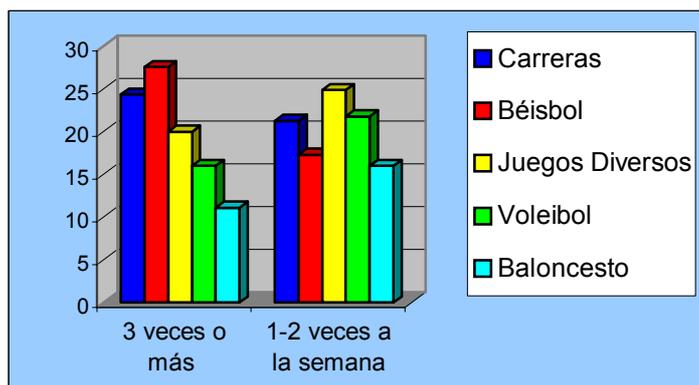


Gráfico 3.6a Porcentaje de la respuesta del ítem 5, “Actividad física o deportes que más practican”.

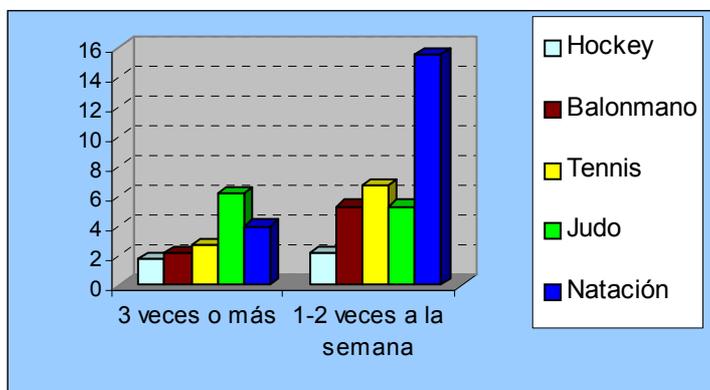


Gráfico 3.6b Porcentaje de la respuesta del ítem 5, “Actividad física o deportes que menos practican”.

A continuación queremos hacer algunas reflexiones en cuanto a este apartado:

- Resulta alarmante que el principal motivo para la no práctica de actividad física sea una escasa o nula atracción por la misma, lo que nos vendría a ratificar la necesidad de replantear los actuales procedimientos de la Educación Física escolar como promotora de hábitos saludables.

- Aunque la práctica de carreras es una de las preferidas por los estudiantes que realizan actividad física, es bueno señalar que en ocasiones la falta de instalaciones y una mejor orientación acerca de los beneficios de la carrera para la salud, no permite que se generalice este tipo de práctica.
- La masiva práctica del béisbol en los varones fácilmente se deduce por sencilla razón que es el deporte nacional y su promoción a través de los medios masivos de difusión es muy alta si la comparamos con las de otro deporte.
- Otras de las opciones preferida por el alumnado fueron los juegos diversos, pero es evidente que la sana costumbre de los juegos populares y tradicionales en los espacios urbanos se esta perdiendo, por lo que se hace imprescindible rescatar, desde las clases de Educación Física, dichos juegos.
- La poca práctica del tenis en nuestra opinión se debe a la poca importancia que le damos a los deportes de raqueta en la asignatura de Educación Física., y también a la escasez de instalaciones que reúnan los requisitos para esta práctica.
- La práctica de la natación es pobre, debido a la escasez de instalaciones en nuestra ciudad (existe una piscina al aire libre en la ciudad donde en determinados momentos pudieran practicar en horario extraescolar pero casi todo el tiempo la utilizan los atletas de este deporte),
- En nuestra opinión no cabe duda que cada día se hace más importante la influencia que tiene el profesor de educación física y la tradición deportiva de la escuela, en la práctica físico- deportiva del alumnado de dicho Centro.

Respecto a las actividades físico-deportivas más practicadas en sus estudios, algunos autores obtienen los siguientes resultados:

Marcos (1989), citado por García Montes (1997), dice que no hay deporte femenino ni masculino, pero sí existen modalidades deportivas y formas de practicarlas en las que la mujer encuentra mayor satisfacción

personal, respondiendo más a sus necesidades. De esta forma, practica más actividad física (caminar, gimnasia, etc.) que deporte.

García Ferrando (1993), indica que el 59% de los jóvenes practica deporte por su cuenta, siendo los más practicados: baloncesto, fútbol, natación, atletismo, tenis y ciclismo. El 53% de los encuestados (1.200 sujetos de 15 a 29 años) practica uno o más deportes, disminuyendo la práctica con la edad y siendo menor en mujeres.

Ross y col, citados por Torre (1998), indican que los jóvenes americanos de ambos sexos coinciden en cuanto a la frecuencia de práctica en los siguientes deportes: béisbol, baloncesto, ciclismo, jogging y natación.

Respondiendo al ítem 6, referido a “Cómo vas normalmente al colegio”, los escolares contestan en un 48% que lo hacen andando o en bicicleta, el 39,6% en transporte público y el 12,4% combina esta dos formas, el comportamiento en cuanto al sexo no fue significativo. No se hallaron diferencias estadísticas en cuanto al sexo (Gráfico 3.7)

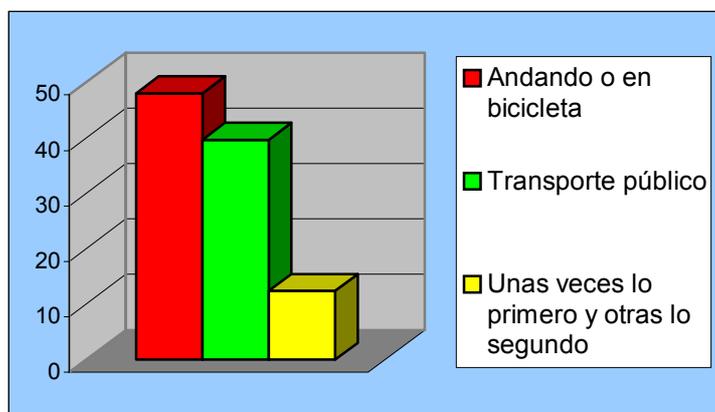


Gráfico 3.7 Porcentaje de la respuesta del ítem 6, “Como vas normalmente al colegio”

Andar es la forma natural de locomoción del ser humano y además es una práctica muy saludable para el organismo, en nuestra opinión lo que escogen esta forma de ir al colegio están favoreciendo la realización de una actividad física saludable.

Nuestros datos coinciden con los de Mendoza y col. (1994), según los cuales el 69% de los escolares acuden andando al colegio, y con los de

Tercedor (1998), donde el 65,5% de los escolares granadinos de 10 años también acuden al colegio por sus propios pies.

En la respuesta del ítem 7 referido a la participación en las actividades deportivas (escolares y extraescolares) de tu centro, un 19,1% de los escolares respondieron que siempre, el 12,9% frecuentemente y el 41,8% a veces. Existieron diferencia estadísticas en función del sexo, siendo los varones los que participan con mayor frecuencia en estos tipos de actividades. (Tabla 3.6 y Gráficos 3.8a y 3.8b)

			Participas en las actividades deportivas (escolares y extraescolares) de tu centro?				Total
			Siempre	Frecuent.	A veces	Nunca	
Sex.	Var.	Recuento	27	24	40	25	116
		% de Sexo	23,3%	20,7%	34,5%	21,6%	100%
	Muj.	Recuento	16	5	54	34	109
		% de Sexo	14,7%	4,6%	49,5%	31,2%	100%
Total		Recuento	43	29	94	59	225
		% de Sexo	19,1%	12,9%	41,8%	26,2%	100%

Tabla 3.6 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 7, en función del Sexo.

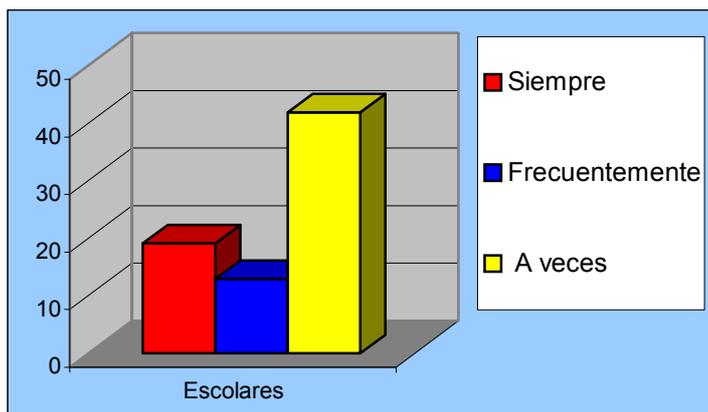


Gráfico 3.8a Porcentaje de la respuesta del ítem 7, “Participación de los escolares en actividades deportivas escolares y extraescolares de tu centro”

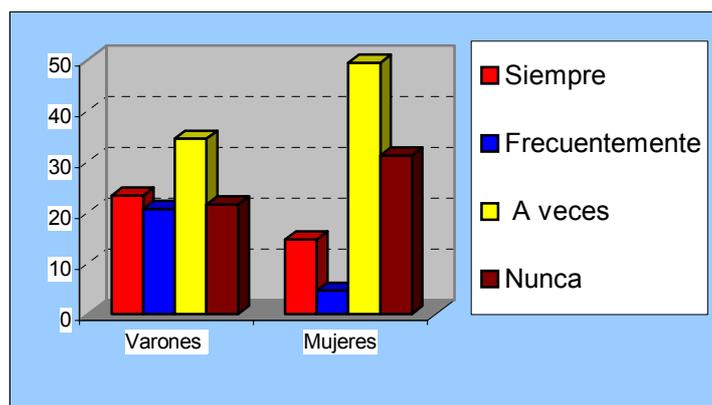


Gráfico 3.8b Porcentaje de la respuesta del ítem 7, en función del sexo.

Según Torre (1998), la participación extraescolar es menor que la que realizan fuera del Centro. Así, en el estudio de dicha autora, el 57,7% de los escolares de 3º de BUP nunca participan (71,6% de las chicas frente al 45,2% de los chicos)

Según Álvarez y col (1990), citado por Torre (1998), las actitudes hacia la práctica físico-deportiva son diferentes según el sexo. Así, las chicas, a diferencia de los jóvenes, rechazan más los esfuerzos de cierta intensidad, identifican al deporte como una cosa de chicos, rehuyen de aquellas actividades de contacto físico en equipos mixtos, ya que piensan que los chicos

son más *brutos y egoístas* (no les pasan el balón,...). Evidentemente, todas estas actitudes, condicionadas por los estereotipos sociales, hay que intentar olvidarlas y cambiarlas por otras más de igualdad y coeducación en nuestras prácticas, con el objetivo de conseguir dinamizar la práctica físico-deportiva del alumnado femenino.

Al tener en cuenta la frecuencia de participación en las actividades deportivas de la ciudad de estos escolares, apreciamos que es muy baja, sólo el 8,4% contestó que siempre y los mayores porcentajes se obtuvieron en la respuesta de "A veces" con el 62,7% lo que indica que no es lo suficientemente participativa la actitud que asumen los mismos en los principales eventos deportivos de la ciudad, nuevamente los varones son los que más acuden a estos actos respecto a las mujeres.(Tabla 3.7 y Gráficos 3.9a,3.9b)

			Participas en las actividades deportivas de tu ciudad?				Total
			Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	
Sexo	Var.	Recuento	16	11	65	24	116
		% de Sexo	13,8%	9,5%	56,0%	20,7%	100,0%
	Muj.	Recuento	3	4	76	26	109
		% de Sexo	2,8%	3,7%	69,7%	23,9%	100,0%
Total		Recuento	19	15	141	50	225
		% de Sexo	8,4%	6,7%	62,7%	22,2%	100,0%

Tabla 3.7 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 8, en función del sexo

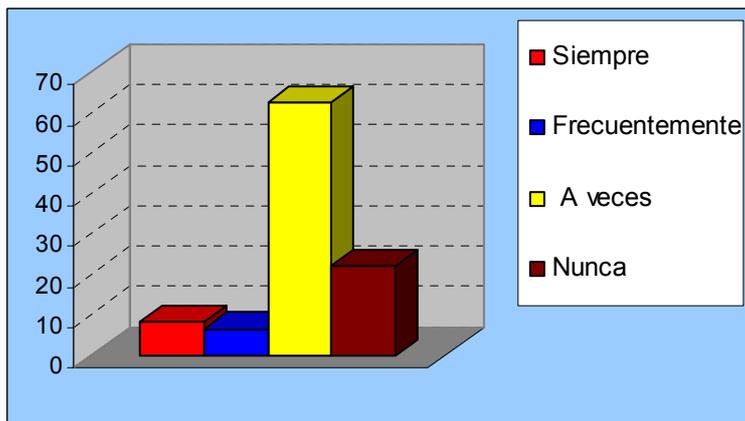


Gráfico 3.9a Porcentaje de la respuesta del ítem 8, “Participas en las actividades deportivas de tu ciudad”.

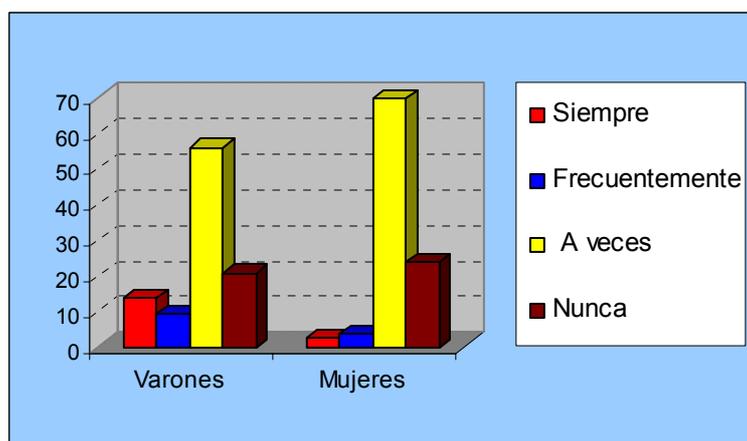


Gráfico 3.9b Porcentaje de la respuesta del ítem 8, en función del sexo

2.2.- Alimentación

En nuestro estudio los resultados obtenidos nos indican como 50.7 % del alumnado realizan cuatro o más comidas diarias y el resto hacen de dos a tres.

Sin embargo cuando, cuando analizamos los datos en función del sexo, podemos plantear que el comportamiento es distinto (chi-cuadrado= 21,132; $p < 0,05$) entre varones y mujeres ya que en los varones son claramente mayoritarios (65,5%) aquellos que realizan cuatro comidas o más, mientras que

entre las mujeres los porcentajes se distribuyen más homogéneamente. (Tabla 3.8 y Gráfico 3.10)

			Cuántas veces ingieres alimentos al día?			Total
			Dos	Tres	Cuatro o más	
Sexo	Varones	Recuento	20	20	76	116
		% de Sexo	17,2%	17,2%	65,5%	100%
	Mujeres	Recuento	35	36	38	109
		% de Sexo	32,1%	33,0%	34,9%	100%
Total		Recuento	55	56	114	225
		% de Sexo	24,4%	24,9%	50,7%	100%

Tabla 3.8 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 9, en función del Sexo.

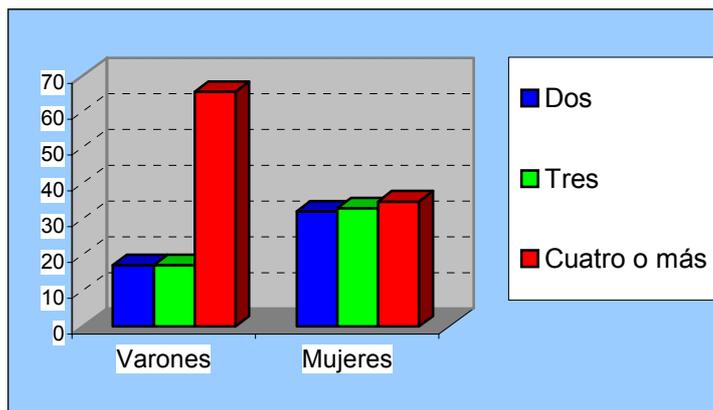


Gráfico 3.10.- Porcentajes de respuesta al ítem 9, en función del sexo

Estos datos coinciden con los obtenidos por Mendoza y col (1994) y Casimiro (1999), donde alrededor del 50 % de los escolares en esta etapa de su vida realizan al menos 4 comidas diarias, siendo las hembras las que menor número de ingesta realizan.

Esto pudiera estar relacionado con el hecho de que en esta edad muchos alumnos, especialmente entre las mujeres, comiencen a preocuparse por la estética a partir de un modelo estereotipado de belleza y disminuyan la ingestión de alimentos.

En el ítem 10 referido a si sueles tomar más cantidad de alimentos en la comida que en el almuerzo de mediodía, es oportuno destacar que más del 50% de los escolares consumen más alimento en la comida que en el almuerzo, aspecto que es muy preocupante ya que las comidas nocturnas han de ser más ligera que el resto de las ingesta. No habiéndose encontrado diferencia significativa en cuanto al sexo. (Gráfico 3.11)

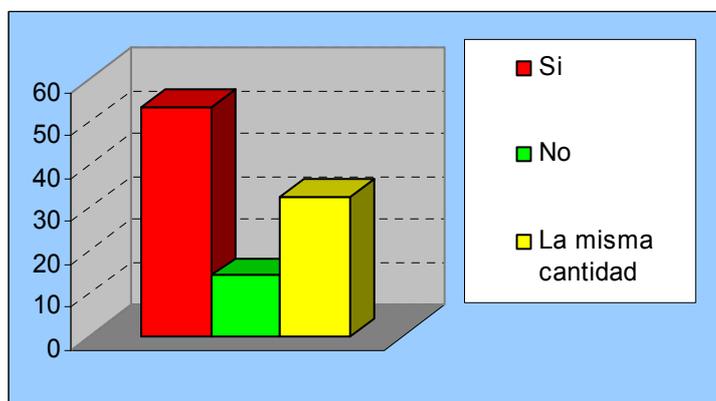


Gráfico 3.11.- Porcentajes de respuesta al ítem 10, “Sueles tomar más cantidad de alimentos en la comida que en el almuerzo”

En general en los ítem 13 y 14, referidos a la cantidad de agua que suelen beber y a la frecuencia en que beben o toman algunos tipos de alimentos determinados, no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, pero es necesario destacar el importante número de sujetos que declaran consumir diariamente verduras (60,9%), frutas (69,8%), leguminosas (66,2%) y/o productos lácteos (74,5%), mientras que el consumo de alimentos más ricos en grasas (mantequilla y embutidos), en la mayor parte de los casos,

se hace solo dos o tres veces en semana o de manera muy ocasional. A su vez los alimentos esencialmente proteicos (carne, pescado y huevos) también son consumidos a diario por un 67,6% de los sujetos. Finalmente, merece la pena destacar la elevada frecuencia con la que los jóvenes avileños consumen productos azucarados o de calorías vacías (golosinas, dulces, caramelos, refrescos, etc) ya que 95,5% dice tomarlos al menos varias veces a la semana, y de ellos un 72,4 % lo hacen diariamente. (Gráficos 3.12a y 3.12b)

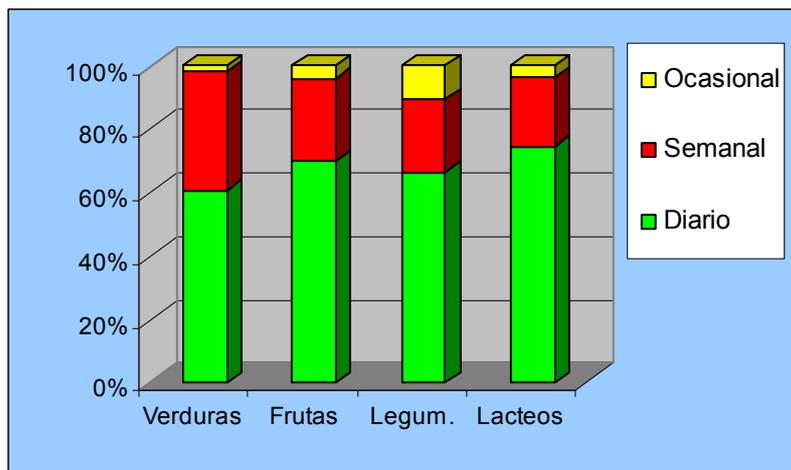


Gráfico 3.12a Porcentaje de respuesta al ítem 14, “frecuencia con que bebes o tomas algunos de los siguientes alimentos”

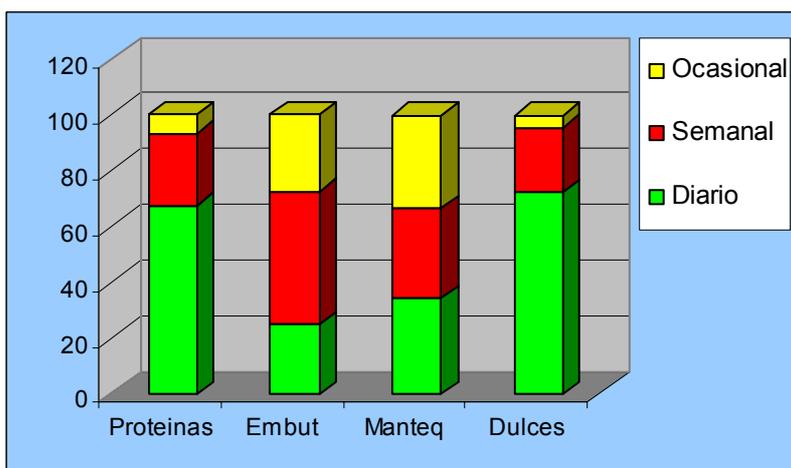


Gráfico 3.12b Porcentaje de respuesta al ítem 14, “frecuencia con que bebes o tomas algunos de los siguientes alimentos”

En nuestro estudio apreciamos que el consumo de café en los escolares es considerable, el 36,4% de ellos mencionan consumirlo al menos una vez al día o más, si tenemos en cuenta el consumo semanal, entonces el porcentaje ascendería hasta el 55,1%, siendo los varones los que más lo consumen. (tabla 3.9)

			Con qué frecuencia beben o toman café?					Total
			Más de una vez al día	Una vez al día	Algunas veces a la semana	Algunas veces al mes	Nunca	
S e x o	Var.	Recuento	15	35	19	11	6	116
		% de Sexo	12,9%	30,2%	16,4%	9,5%	31,0%	100%
	Muj.	Recuento	15	17	23	11	43	109
		% de Sexo	13,8%	15,6%	21,1%	10,1%	39,4%	100%
Total		Recuento	30	52	42	22	79	225
		% de Sexo	13,3%	23,1%	18,7%	9,8%	35,1%	100%

Tabla 3.9 - Frecuencia y porcentajes de respuesta referida a la pregunta “Con que frecuencia bebes café”

Al respecto recordemos que, Según Mur de Frenne y col. (1994), el consumo de más de 3 miligramos de cafeína¹ por kilogramo de peso corporal al día (mg/Kg/día) tiene efectos negativos en el Sistema Nervioso Central y otros órganos. Dosis superiores a 300 mg/día producen dependencia física y más de 600 mg/día conllevan insomnio y ansiedad.

¹ Una taza de café puede contener entre 60 y 110 mg de cafeína, una taza de té entre 10 y 90 mg, una de chocolate entre 5 y 40 mg y las bebidas de cola 35 mg. Una barra de chocolate de 50 gramos tiene entre 10 y 60 mg de cafeína. Las píldoras de uso terapéutico contienen entre 30 y 65 mg. La dosis letal de cafeína es de 5,000 mg, el equivalente a 40 tazas cargadas de café consumidas en un periodo excesivamente corto de tiempo.

Si a este consumo de cafeína, que en el estudio de Mendoza y col. (1994) asciende al 27% de las adolescentes cada día, añadimos el de los refrescos de cola (cada cola contiene 38-46 mg de cafeína), el porcentaje ingerido de este psicoestimulante es bastante elevado.

En resumen, podemos considerar en base a los datos anteriormente expuestos que los hábitos alimentarios de los escolares objetos de estudio, aunque en general se podían entender como adecuados, sin embargo presentan aspectos como el exceso de la ingesta de café o de dulces que resultan poco saludables, por lo que deberían intentar controlarse.

2.3.- Tiempo libre

Respecto a este bloque planteamos que no se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo en los ítem 16,17,18,19, Referidos al tiempo que sueles viendo televisor o videos juegos en un día normal de clases, a si tienes en casa computadora o videojuego, frecuencia con que juegas con la computadora o videojuego y cuanto tiempo sueles jugar con estos.

Es muy importante destacar que el 100% de los escolares plantearon pasarse más de tres horas diarias delante el televisor o video en un día normal de clases, si se tiene en cuenta que después de su horario docente cada alumno dispone aproximadamente de 9 horas de tiempo libre, es de considerar que mas de un tercio de su tiempo libre lo pasan en situaciones de escasa o nula actividad física.

Coincidiendo con la opinión de Torre (1998), dicho electrodoméstico se ha convertido en uno más de la familia, como un importante agente socializador, convirtiéndose los niños en los “*reyes del mando a distancia*” (Morón y col, 1995).

En el estudio de Mendoza y col (1994) se aprecia una media de 2 horas diarias de televisión, siendo los varones más televidentes que las chicas (el 18% de ellos la ven más de 4 horas al día frente a un 12% de las chicas).

Consideramos que un exceso de horas frente al televisor pudiera conllevar a tener menos tiempo para practicar actividades físico-deportivas, por consiguiente una escasa promoción de la actividad física recreativa y saludable, y sin embargo, un gran fomento del deporte espectáculo, fundamentalmente el Béisbol en nuestro contexto.

El 82,7% de los escolares no poseen computadoras, ni videos juegos en sus casas, esta tecnología (PC) aún no es domestica en nuestro país, aunque en cada escuela esta garantizado el acceso a ellas como complemento educacional. (Gráfico 3.13)

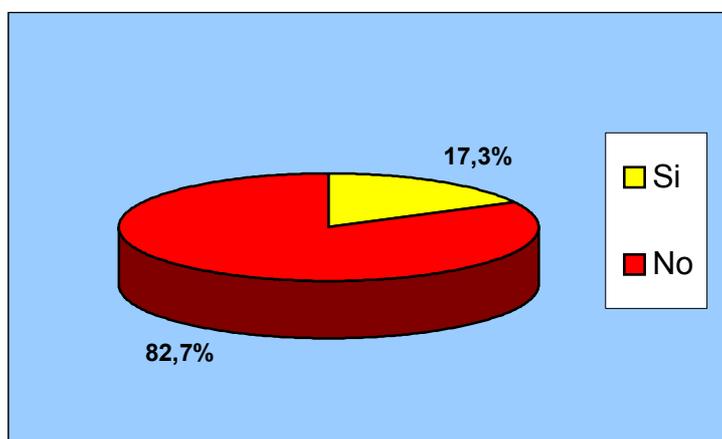


Gráfico 3.13 Porcentaje de respuesta al ítem, 17 “Tienes en tu casa computadora o videojuego”

Por tanto, respecto a la frecuencia y el tiempo de juego con computadoras o videos juegos podemos decir que los porcentajes más elevados se presentan en la respuesta “de rara vez o nunca”, “menos de una hora” y “nada”, por estar muy asociado al planteamiento anterior.

En el ítem 20, referido a “sueles ir como espectador a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad”, el 37% de los escolares plantean asistir a ellos, en función del sexo ya existe comportamientos distintos (chi-cuadrado= 33,116; $p < 0,05$), siendo los varones con el 55,2 % los que asisten a estos tipos de acontecimientos por un 19,3% las mujeres, no obstante, el 70,6% de ellas afirman que a “veces asisten” (Tabla 3.10 y Gráfico 3.14)

			Sueles ir a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad?				Total
			Mucho	Bastante	algo	Nada	
Sex	Varones	Recuento	29	35	45	7	116
		% de Sexo	25,0%	30,2%	38,8%	6,0%	100%
	Mujeres	Recuento	5	16	77	11	109
		% de Sexo	4,6%	14,7%	70,6%	10,1%	100%
Total		Recuento	34	51	122	18	225
		% de Sexo	15,1%	22,7%	54,2%	8,0%	100%

Tabla 3.10- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 20, en función del sexo

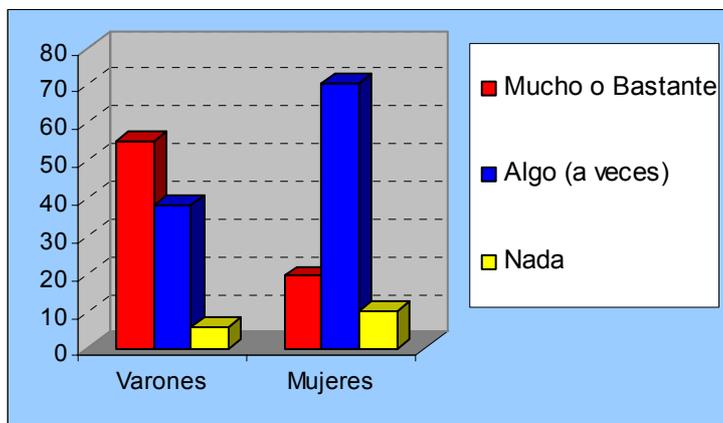


Gráfico 3.14 Porcentaje de respuesta al ítem, 20, "Sueles ir como espectador a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad en función del sexo"

Esta situación es similar a la que describe García Ferrando en su estudio de 1991 para la población española, en el que se indica que de los espectadores deportivos el 78% son varones y el 22% son mujeres.

En relación con el ítem 21, que trata sobre si "Sueles ver los programas deportivos que se emiten por la televisión", más de la mitad de los escolares

(53,8%) plantean ver estos programas y el 44,9% en la categoría de “solo algunos”. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, a los varones les gusta mucho más ver los programas deportivos que se emiten por televisión, siendo menor, en el caso de las mujeres, donde aproximadamente el 67% suelen ver sólo algunos. (Tabla 3.11 y Gráfico 3.15)

			Sueles ver los programas deportivos en la Tv?				Total
			Si, casi todos	Si, el béisbol	Sólo a algunos	Nunca	
Sex.	Varones	Recuento	43	44	28	1	116
		% de Sexo	37,1%	37,9%	24,1%	,9%	100%
	Mujeres	Recuento	17	17	73	2	109
		% de Sexo	15,6%	15,6%	67,0%	1,8%	100%
Total		Recuento	60	61	101	3	225
		% de Sexo	26,7%	27,1%	44,9%	1,3%	100%

Tabla 3.11 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 21 en función del Sexo.

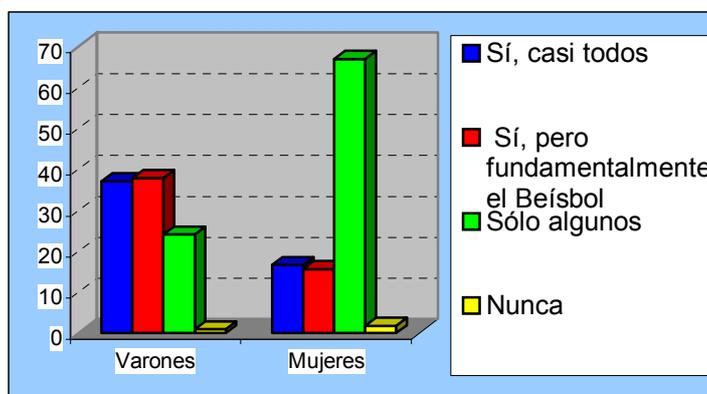


Gráfico 3.15 Porcentaje de respuesta al ítem, 21, en función del sexo

Nuestros datos coinciden con los de García Ferrando (1991) al señalar que los varones ven los programas deportivos 3 veces más que las féminas y los de Casimiro (1999).

2.4.- Sustancias adictivas.

2.4.1.-Tabaco

El consumo de tabaco entre los escolares encuestados (ítem 22) es bajo, el 88,9% de ellos plantearon no haberlo probado nunca, sólo el 11% respondió afirmativamente. En relación al sexo no se encontró diferencia significativa (Gráfico 3.16)

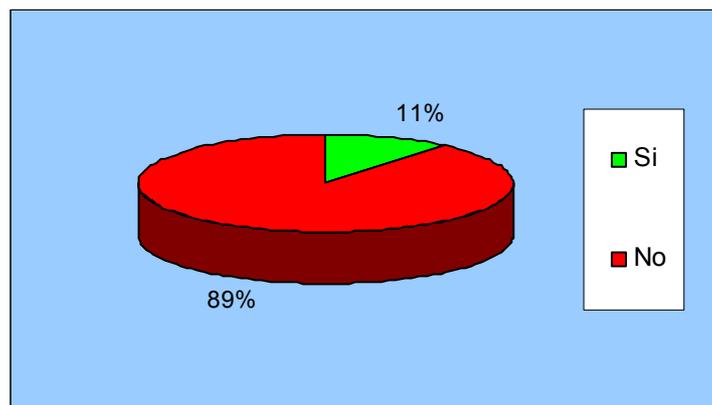


Gráfico 3.16.- Porcentaje de escolares que han probado el tabaco.

En el reducido grupo de fumadores la edad de inicio en este mal hábito osciló entre los 11-14 años, en la actualidad todos continúan fumando con diferentes frecuencias y el 56% de estos fumadores plantean consumir menos de 5 cigarrillos al día y el 44% entre 5-10. (Gráficos 3.17a; 3.17b, 3.18; 3.19)

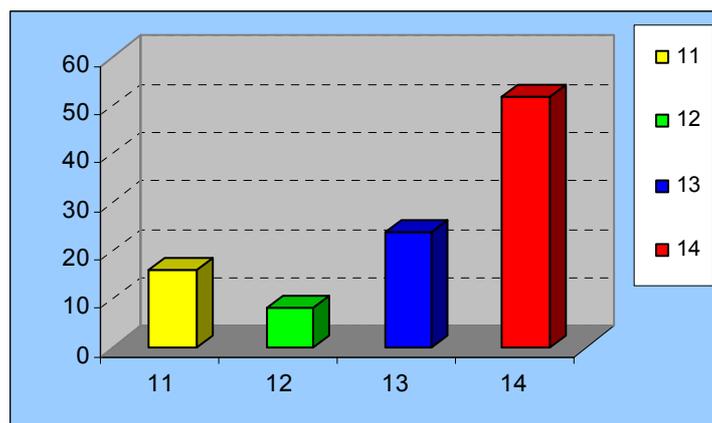


Gráfico 3.17a- Porcentaje de la edad en que los escolares declarados fumadores han probado el tabaco

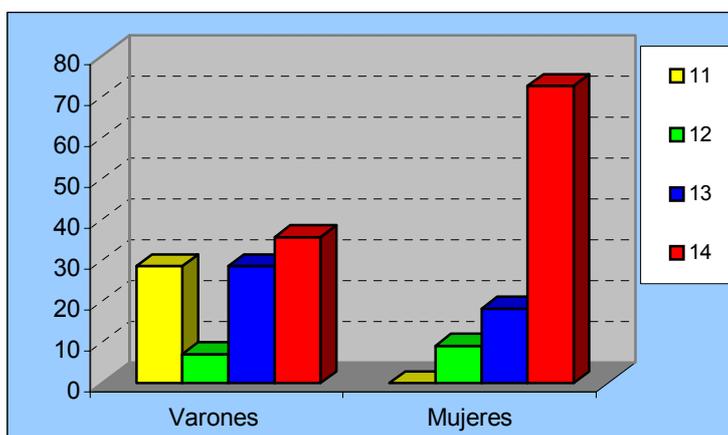


Gráfico 3.17b- Porcentaje de de la respuesta del ítem 23, en función del sexo.

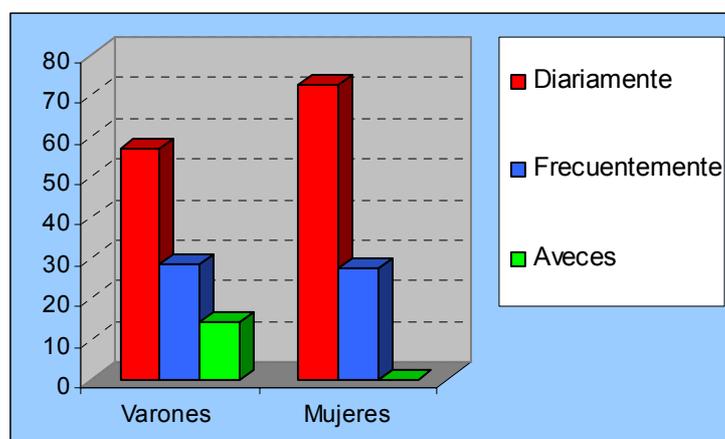


Gráfico 3.18- Porcentaje del consumo actual de tabaco en los escolares declarados fumadores , en función del sexo.

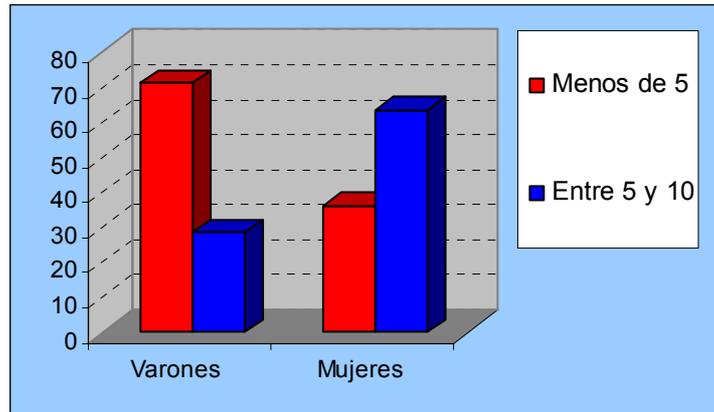


Gráfico 3.19- Porcentaje del consumo diario de tabaco en los escolares declarados fumadores, en función del sexo.

Al preguntarles a los escolares sobre el hábito de fumar de su padre el 34,2% contestó que no, nunca han fumado, el 11,1% que habían dejado de fumar y el 39,6% manifestó que lo hacen diariamente. (Gráfico 3.20)

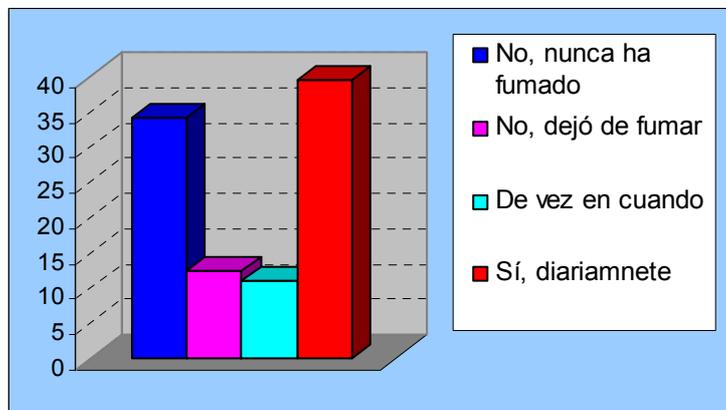


Gráfico 3.20.- Porcentaje de la respuesta del ítem 26, fuma tu padre?

En el caso del ítem 17 referido a "si fuma tu madre", el 54,2% de los escolares respondieron que no y el 29,3% reconocieron que sí fumaban diariamente. (Gráfico 3.21)

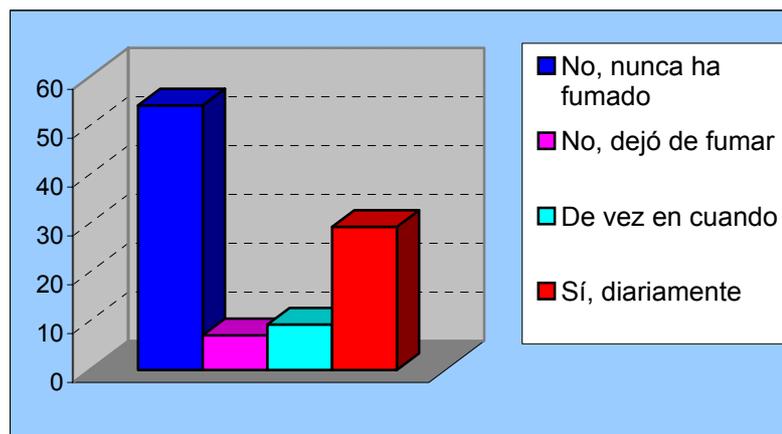


Gráfico 3.21.- Porcentaje de la respuesta del ítem 27, fuma tu madre

A pesar de tener muy cerca dentro de su entorno de vida a agentes socializadores primarios como sus padres que en un por ciento considerable han tenido la experiencia de consumir tabaco, sólo el 11,1% de la muestra lo consume.

Cuando comparamos las relación entre el carácter fumador o no fumador de los padres y el haber o no probado alguna vez el tabaco, no aparecen diferencias estadísticamente significativas o dicho de otra manera, no aparece una clara relación entre haber probado el tabaco y a que los padres sean fumadores.

En nuestra opinión parece ser que la explosión en la iniciación en este hábito insaludable de fumar en el contexto donde se produjo nuestra investigación ocurre a una mayor edad.

En estudios hechos al respecto, en Cuba la edad de inicio de la adicción a fumar se acerca cada vez más a los 12 o 13 años. Según datos de la II encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles del año 2001, realizada por especialistas del instituto de higiene, epidemiología y microbiología (INHEM), el 32 % de la población adulta mayor de 18 años fuma, y las muchachas tienden después de los 20 años de edad a iniciarse más en esta adicción que los muchachos. La prevalencia de fumadores hoy en nuestro país es de 32% y de ese total el 76% se inició antes los 20 años. En el año 2000 el consumo per cápita de la población cubana de 15 años y más, fue de 1328 cigarrillos en el año. En la provincia de Ciego de

Ávila la prevalencia de tabaquismo fue de 19% y el 42.9% de los fumadores se encontraban entre 15 y 19 años.

No hay una asociación clara entre el hábito de fumar y la práctica de actividad físico deportiva, aunque se puede apreciar un ligero predominio de los no fumadores entre aquellos que practican regularmente actividad física en relación aquellos que no la practican, sin que esta diferencia se pueda considerar estadísticamente significativa.

Nuestros resultados no coinciden con los obtenidos por Mendoza (1994), según los cuales el 46% del alumnado manifiesta haber consumido tabaco alguna vez en su vida.

Según Mendoza y col (1994), hemos de tener en cuenta la siguiente apreciación: “fomentar que los escolares no experimenten con el tabaco resulta preventivo de un posterior consumo del mismo, ya que el mero hecho de retrasar la edad de inicio disminuye la probabilidad de que la persona se convierta en fumadora”.

2.4.2.- Alcohol

Alrededor del 75% de los escolares manifestaron haber probado el alcohol, algo muy preocupante en el futuro de los mismos por el daño que causa esta adición desde edades tempranas. (Tabla 3.12 y Gráficos 3.22a, 3.22b)

		Has tomado alguna bebida alcohólica?		Total	
		Si	No		
Sexo	Varones	Recuento	102	14	116
		% de Sexo	87,9%	12,1%	100,0%
	Mujeres	Recuento	66	43	109
		% de Sexo	60,6%	39,4%	100,0%
Total		Recuento	168	57	225
		% de Sexo	74,7%	25,3%	100,0%

Tabla 3.12 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 28, en función del sexo.

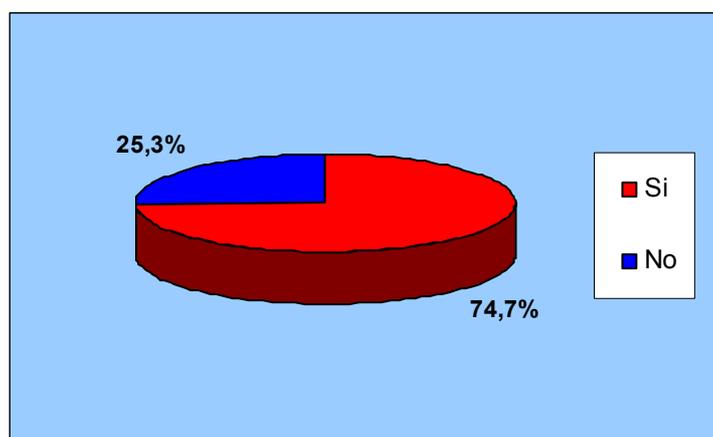


Gráfico 3.22a.- Porcentaje de la respuesta del ítem 28, "Has tomado alguna bebida alcohólica"

El comportamiento en relación al sexo es estadísticamente significativo (chi-cuadrado= 22,272; $p < 0,05$). El 87,9% de los varones plantean haber tomado alguna bebida alcohólica, mientras que el 60,6% de las mujeres mantiene igual afirmación. (Gráfico 3.28 a)

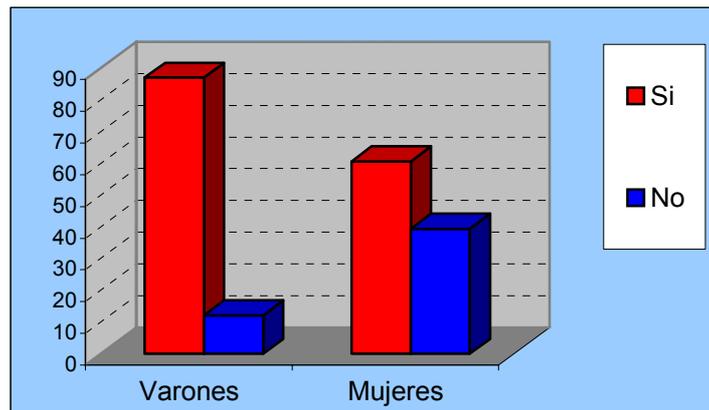


Gráfico 3.22b- Porcentaje de la respuesta del ítem 28, en función del sexo

La edad en la que declararon haber bebido por primera vez oscila entre los 7 y 14 años, cuestión que también ha de tenerse muy en cuenta por la incidencia que tienen en muchos casos los familiares en esta iniciación temprana (Gráfico 3.23)

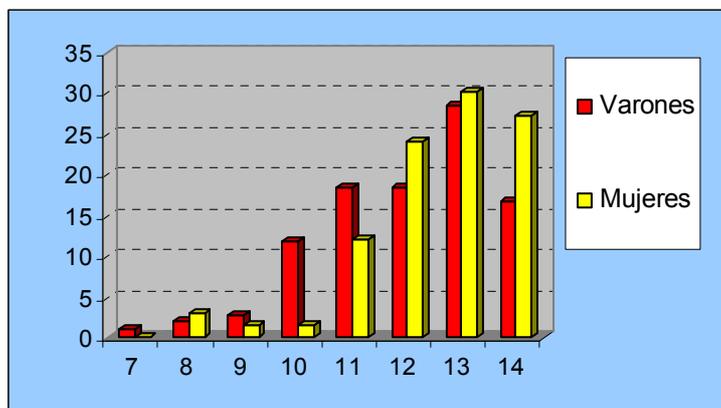


Gráfico 3.23- Porcentaje de la respuesta del ítem 29, "Edad cuando bebiste por primera vez", en función del sexo

En general podemos decir que no suelen beber los días durante la semana ya que el 79,8% plantean que nunca lo hacen y sólo el 2,4% indica que una o dos veces (Gráfico 3.24)

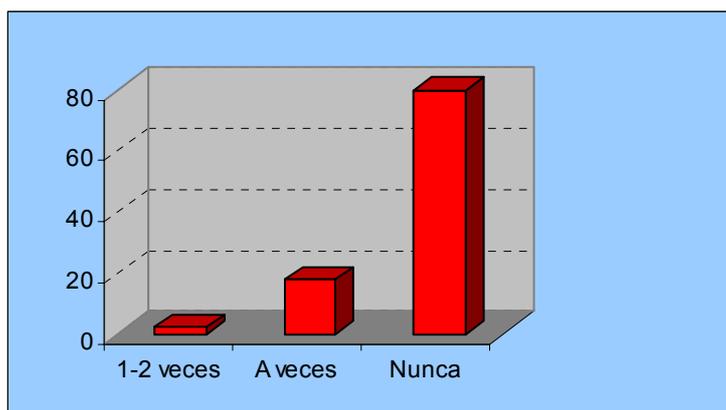


Gráfico 3.24- Porcentaje de la respuesta del ítem 30, “Consumo de bebidas alcohólicas durante los días de la semana”

Y sin embargo esta situación se modifica durante los días del fin de semana en el que más de un 60% declaran tomar alcohol; siendo los varones con el 89,3% los que lo hacen con mayor asiduidad mientras que las mujeres sólo 21,2% (Gráfico 3.25)

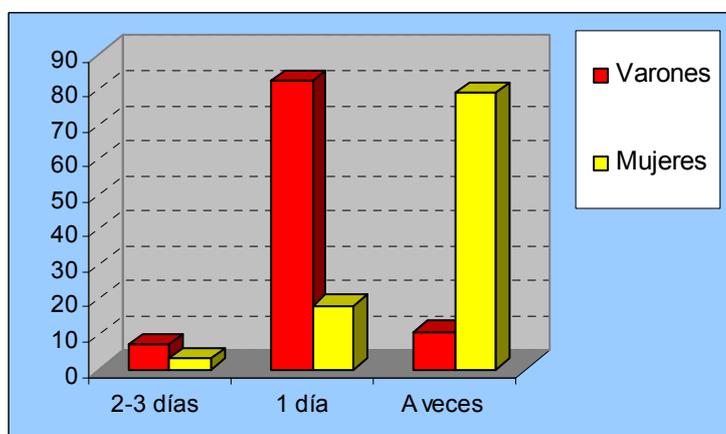


Gráfico 3.25- Porcentaje de la respuesta del ítem 31, “Consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana”

Desde el punto de vista del consumo de alcohol durante el fin de semana y con independencia de cual sea la causa del mismo, los datos sugieren que son quienes hacen actividad física regularmente quienes consumen en mayor proporción.

Por su parte, Sánchez Bañuelos (1996) indica que el 7,2% de los adolescentes son bebedores habituales, pero que el porcentaje de bebedores ocasionales es muy alto (en los que coinciden también nuestros datos), lo que se traduce en un nefasto hábito social más que en una conducta de consumo.

Nuestros datos no coinciden en este aspecto con los de Mendoza (1995), donde indica que a los 15 años apenas hay diferencias por sexo en cuanto al consumo, y sólo un 14% de ellos y un 13% de ellas no consumen en la actualidad bebidas alcohólicas.

A nuestra consideración es excesivo el consumo de alcohol en los escolares objeto de estudio, quizás se deba a un deseo de ser *mayores* (conducta de imitación de éstos) o intentar huir de los problemas cotidianos de la edad, pretendiendo así reducir la ansiedad.

Es evidente que cuanto más temprano y cotidiano sea el contacto del niño con el alcohol más trágicas van a ser las consecuencias físicas y psíquicas que van a provocar (Mur de Frenne y col., 1994).

Respecto al ítem 33 "Te has emborrachado alguna vez"; nos preocupa que el 38,9% de los escolares indican que sí, y al hacer este análisis en función del sexo también nos dio diferencias significativas ($\chi^2=6,230$; $p<0,05$), presentando los varones los mayores porcentajes. (Gráficos 3.26a y 3.26b)

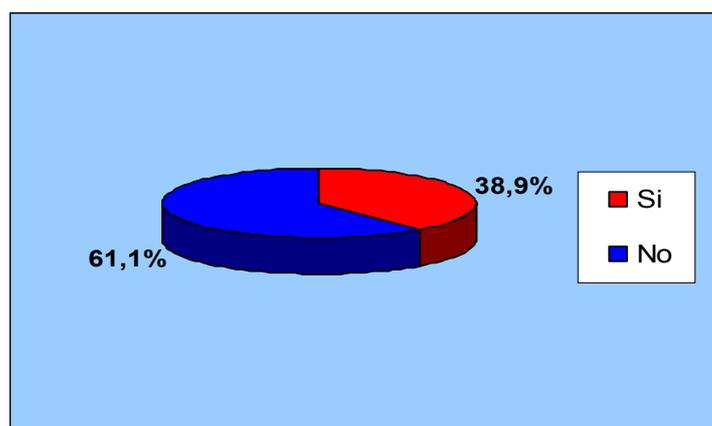


Gráfico 3.26a - Porcentaje de la respuesta del ítem 33, "Te has emborrachado alguna vez"

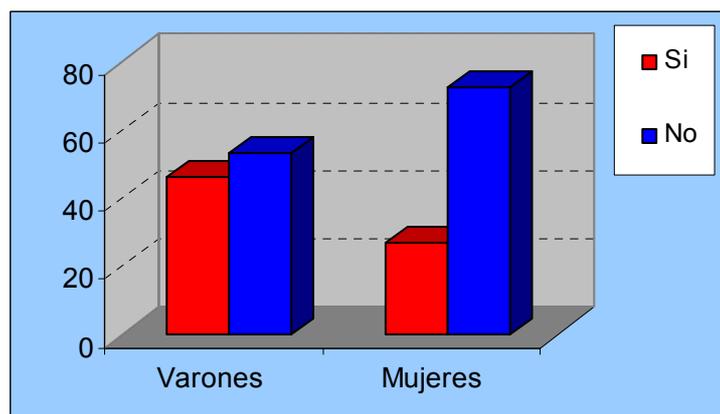


Gráfico 3.26b - Porcentaje de la respuesta del ítem 33, en función del sexo.

Otro aspecto a destacar es que la edad donde se emborrachó por primera vez osciló entre los 8 -14 años, siendo los rangos entre 12-14 donde existieron los valores más elevados. (Gráfico 3.27)

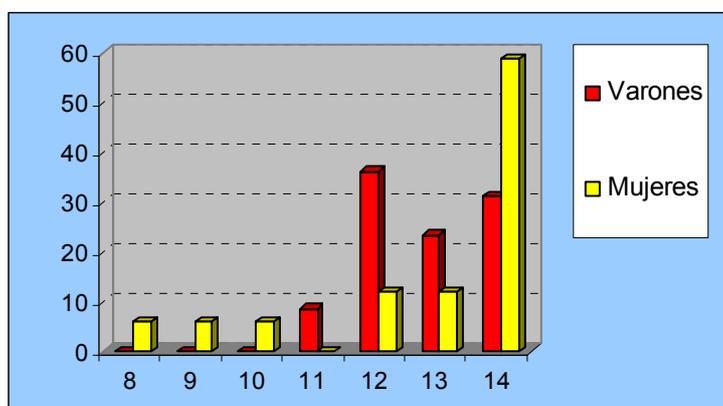


Gráfico 3.27 - Porcentaje de la respuesta del ítem 34, “Edad en la que te emborrachaste por primera vez.”

Mendoza (1995) indica que los escolares españoles también se han emborrachado la primera vez a la edad de 14 años.

Referido a los ítem 36 y 37, “Toman alcohol tus padres”, el 72,4% de los escolares plantean que su padre lo hace de vez en cuando y el 9,3%

diariamente, referido a su madre responden que el 56,9 de vez e cuando y 2,2% diariamente (Gráficos 3.28 y 3.29)

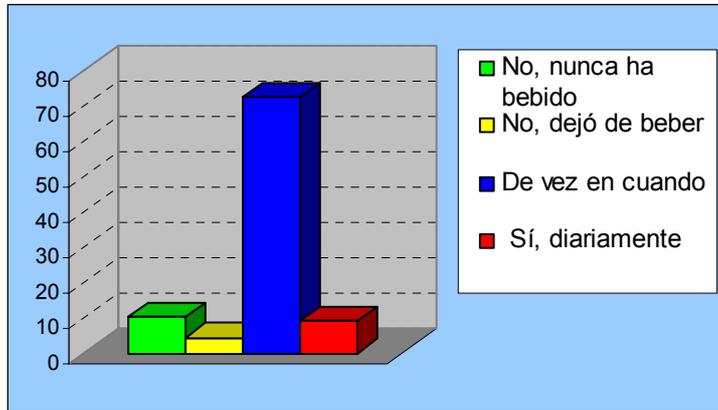


Gráfico 3.28- Porcentaje de la respuesta del ítem 36, "Toma alcohol tu padre"

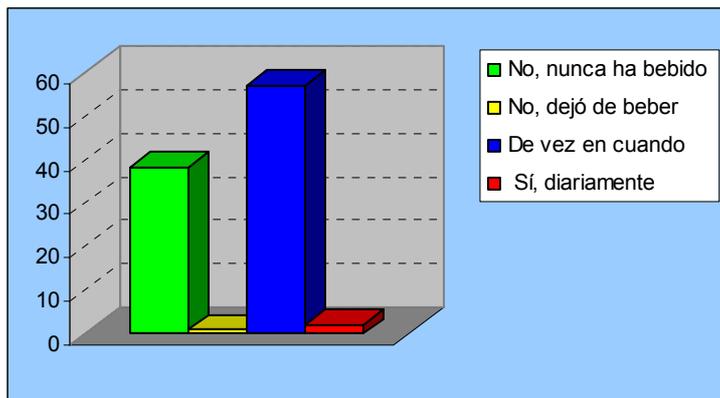


Gráfico 3.29- Porcentaje de la respuesta del ítem 37, "Toma alcohol tu Madre"

Atendiendo a los datos antes expuestos, observamos que la costumbre de beber alcohol ocasionalmente en los adultos es apreciable, especialmente en el hombre, el cual consume bastante más que la mujer, lo que se traduce en un nefasto hábito social más que en una conducta de consumo.

No obstante no se puede establecer una clara relación entre el consumo de alcohol de los padres y el hecho de haberse iniciado en el consumo de alcohol de los escolares.

2.5.- Actitud postural

Es sorprendente ver que más de la mitad de los escolares, el 59,1% lleva el material escolar a clases colgado de un hombro y un 9,8% en la mano, estas son dos posturas incorrectas debido a que favorece a la deformidad de la columna vertebral o, sea, aparece la escoliosis, provocando desajustes posturales. Sólo el 31,1% lleva la mochila en posición correcta, cruzada por la espalda. (Gráfico 3.30)

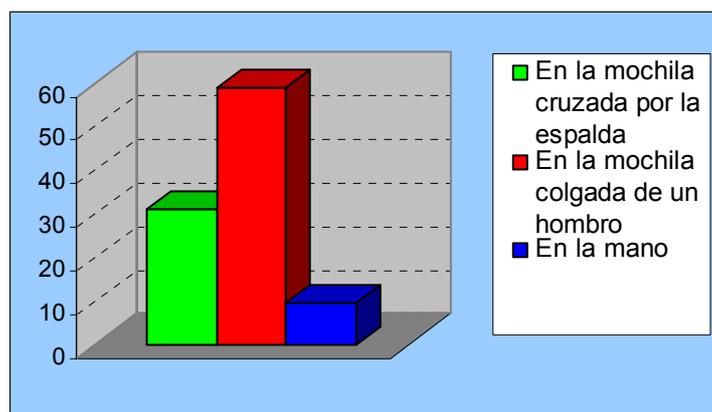


Gráfico 3.30- Porcentaje de la respuesta del ítem 38, "Formas de llevar el material a clases"

Según Tercedor, (1995), La forma más incorrecta de transportar el material, que es colgada sobre 1 hombro, ya que favorece una actitud escoliótica dinámica.

La posición que más inconvenientes plantea al raquis y a los movimientos respiratorios es dormir boca abajo, el 14,7 % de los escolares manifestó que es la que suelen adoptar, mientras que el 32,9% indicó dormir boca arriba y el 52,4 % hacerlo de lado que es la posición más saludable al dormir. (Gráfico 3.31)

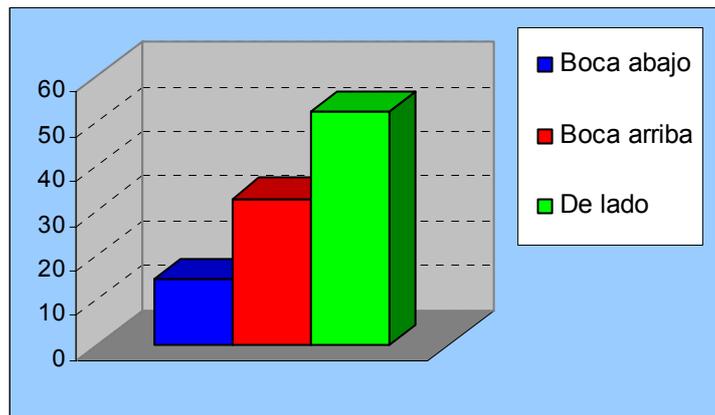


Gráfico 3.31- Porcentaje de la respuesta del ítem 39, “Posición que sueles adoptar al dormir”

La posición de sentado que asumen los estudiantes no es la correcta debido a lo poco saludable que resulta, un 66,7 % adoptan una aposición cifótica estática durante todas las horas que duran sus clases, y un 33,3% plantean mantener la espalda recta. No hubo diferencia respecto al sexo. (Gráfico 3.32)

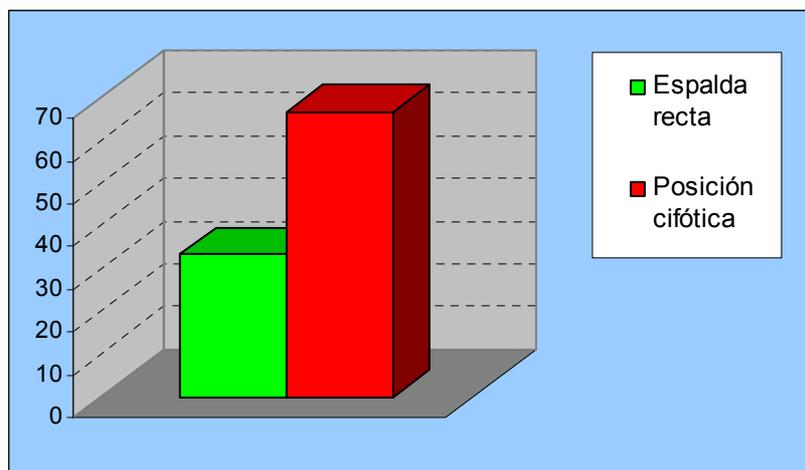


Gráfico 3.32- Porcentaje de la respuesta del ítem 40, “Posición que sueles estar más tiempo sentado en clases”

Esta posición cifótica en sedestación puede ser debida a la alta prevalencia de cortedad isquiosural en escolares (28% en niños y 8,9% en

niñas de 6 a 14 años, según Santonja y col, 1995, citados por Rodríguez, 1998), lo que hace imprescindible desarrollar programas de estiramientos.

La postura que utilizan la mayoría de los escolares al recoger algo que pese mucho del suelo no es para nada saludable, el 68,4% plantean hacerlo con las piernas extendidas y recoger objetos pesados desde esta posición, tiene el riesgo de lesión lumbar, o de micro traumatismos continuos, a la hora de realizar el esfuerzo. (Gráfico 3.33)

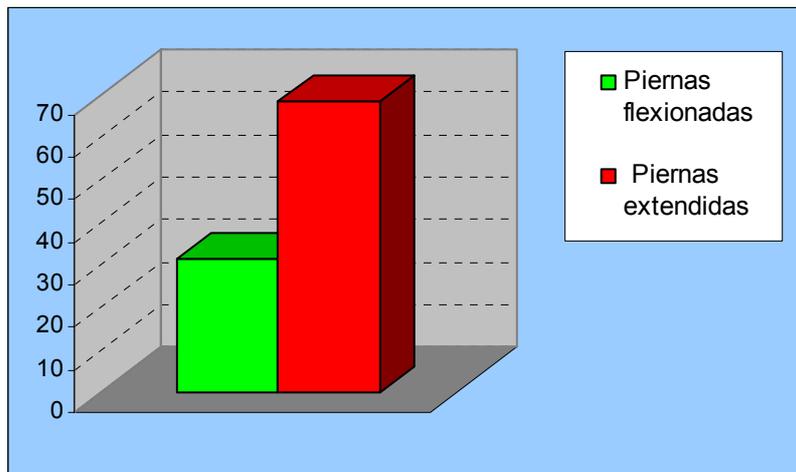


Gráfico 3.33- Porcentaje de la respuesta del ítem 41, “Postura que utilizas para recoger algo que pese mucho del suelo”

2.6.- Higiene diaria y deportiva.

En el ítem 43 podemos observar que la situación es favorable ya que un 96,9% de los escolares manifiestan cepillarse los dientes dos veces al día o más, no coincidiendo nuestra investigación con los resultados obtenido por Pozuelos y Travé (1995) según el cual el 38% de los escolares no se lavan los dientes a diario, No obstante es necesario seguir insistiendo en que los alumnos lleven y utilicen sus cepillos en el Centro. (Gráfico 3.34)

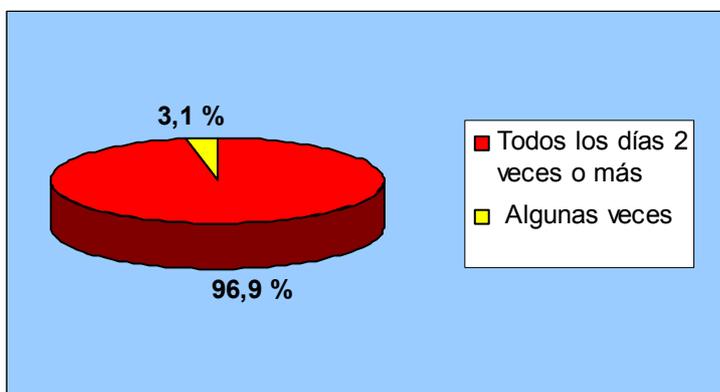


Gráfico 3.34- Porcentaje de la respuesta del ítem 43, "Veces que te cepillas los dientes a la semana"

Es preocupante observar como el 25,8% de los escolares plantean que a veces se lavan las manos antes de comer y un 28% que nunca lo hace, el 23,1% frecuentemente y el resto 23,1% indica que siempre lo hace. (Gráficos 3.35a y 3.35b)

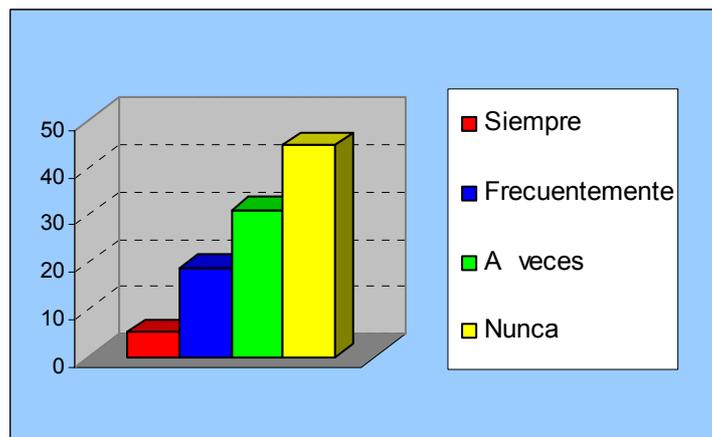


Gráfico 3.35a- Porcentaje de la respuesta del ítem 44, “Te lavas las manos antes de comer”

En relación al sexo las mujeres son más higiénicas que los varones, el 42,2% lo hace antes de comer y frecuentemente un 27,5% por lo que existe diferencias significativas (chi-cuadrado= 61,904; $p < 0,05$). (Gráfico 3.44a)

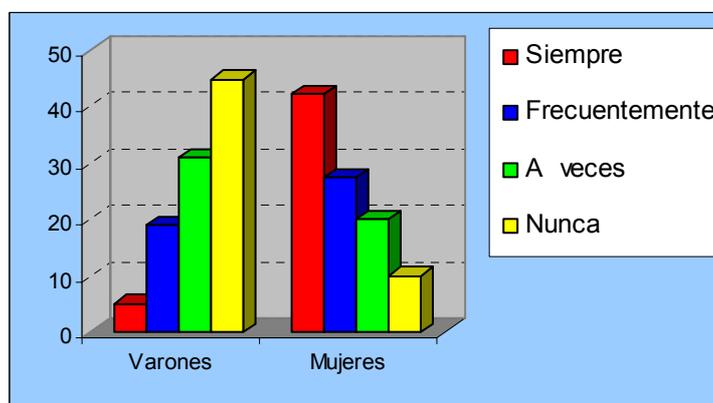


Gráfico 3.35b- Porcentaje de la respuesta del ítem 44, en función del sexo.

Estos malos hábitos de no lavarse las manos antes de comer que predominan en los escolares avileños y fundamentalmente en los varones, pudiera asociarse con condiciones propicias para el padecimiento de indigestiones debido a los microorganismos que se incorporan a través de las manos y uñas.

Atendiendo a las respuesta del ítem 45, todos los escolares se duchan 4 veces o más a la semana, aspecto comprensible por el clima tropical en que vivimos

El 56,9% de los escolares encuestados plantean que siempre se cambian la camiseta después de la clase de educación física, el 35,1% solo a veces, y sólo un 8% declara no hacerlo nunca. Debemos insistir y sobre todo el profesorado de educación física a que este saludable hábito se incorpore en el 100% de los escolares (Gráfico 3.36)

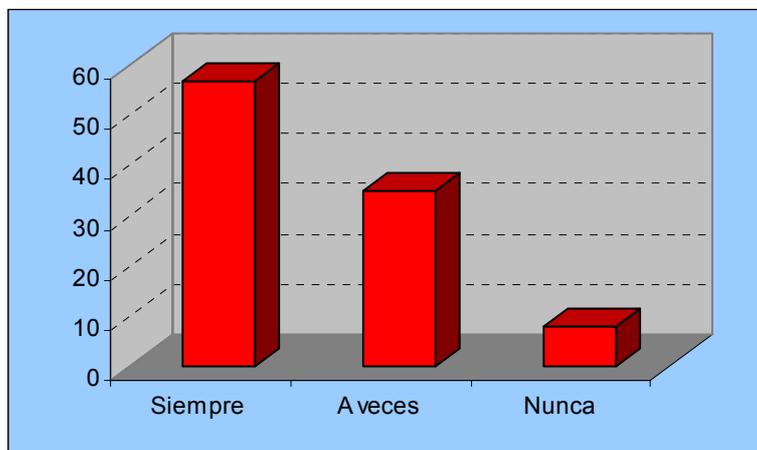


Gráfico 3.36- Porcentaje de la respuesta del ítem 46, "Te cambias la camiseta"

Un porcentaje elevado (73,8%) plantea usar siempre calzado y ropa deportiva para hacer actividad física. (Gráfico 3.37)

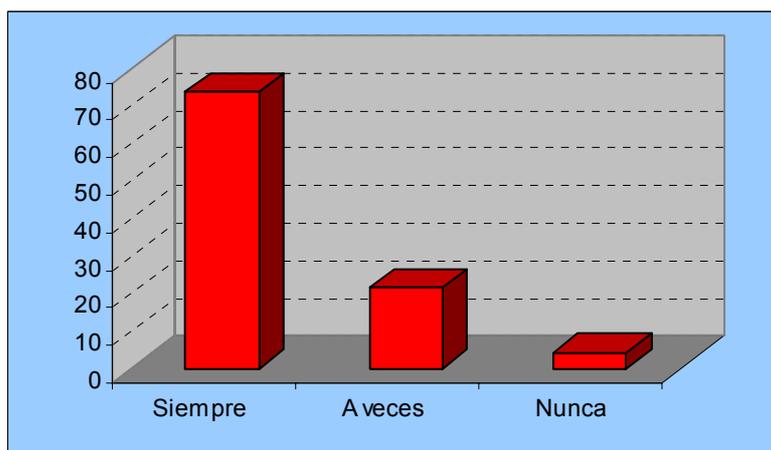


Gráfico 3.37- Porcentaje de la respuesta del ítem 48, “Utilizas calzado y ropa deportiva para hacer actividad física”

En cuanto a que si beben agua después de realizar actividad física, el 33,8% plantea que siempre y un 53,8% refieren que solo a “A veces”. No obstante, este comportamiento presenta diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (chi-cuadrado= 8,269; $p < 0,05$), siendo estas últimas las que suelen beber agua con mayor frecuencia después de practicar actividad física (43,1% frente al 25% de los varones) (Gráfico 3.38)

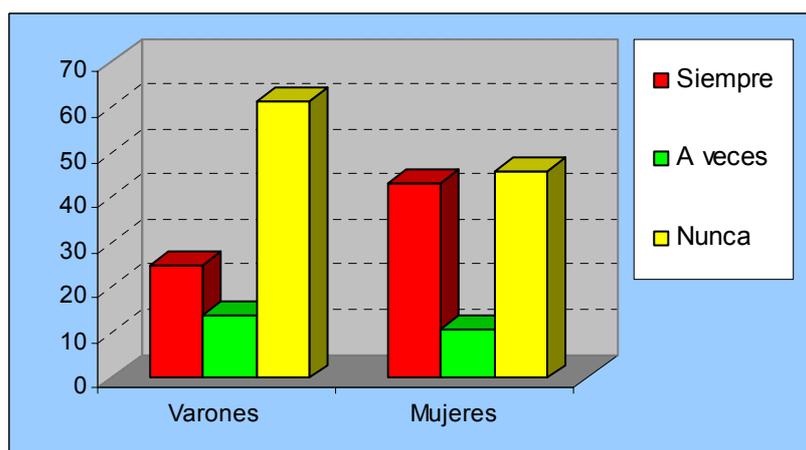


Gráfico 3.38- Porcentaje de la respuesta del ítem 49, “Sueles beber agua después de la A-F”, en función del sexo

Por otra parte, es de gran preocupación que sólo el 26,2% de los escolares manifiestan que acondiciona su cuerpo antes de inicial alguna actividad física y un 36,9% que a veces lo realizan y un 29,3% que nunca lo hacen, esto nos lleva a pensar que la orientación por parte del profesorado de educación física no es suficiente ya que a través del acondicionamiento del cuerpo para la entrada al trabajo físico, previene lesiones en el sistema óseo muscular del organismo. En función del sexo, el comportamiento es diferente, las mujeres en un 34,9% indican acondicionar su cuerpo antes de realizar A-F, los varones sólo un 18% lo hacen, sin embargo el 32,1% de las féminas dicen no hacerlo. (Tabla 3.13 y Gráficos 3.39a , 3.39b)

			Acondionas tu cuerpo antes de iniciar la A-F?				Total
			Siempre	Frecuente	A veces	Nunca	
Sexo	Var.	Recuento	21	12	52	31	116
		% de Sexo	18,1%	10,3%	44,8%	26,7%	100,0%
	Muj,	Recuento	38	5	31	35	109
		% de Sexo	34,9%	4,6%	28,4%	32,1%	100,0%
Total		Recuento	59	17	83	66	225
		% de Sexo	26,2%	7,6%	36,9%	29,3%	100,0%

Tabla 3.13 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 50, en función del sexo.

Al preguntarle “Si realizaban estiramiento estiramientos al finalizar la actividad física, se observaron tendencias negativas a no realizar los mismos, el 32% plantean que nunca lo hacen, el 40,9% que a veces y sólo el 22,7% que siempre. Estos valores nos indican que este hábito saludable esta poco arraigada en los estudiantes. (Tabla 3.14 y Gráfico 3.40)

			Realizas estiramientos al finalizar la A-F?				Total
			Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	29	7	48	32	116
		% de Sexo	25,0%	6,0%	41,4%	27,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	22	3	44	40	109
		% de Sexo	20,2%	2,8%	40,4%	36,7%	100,0%
Total		Recuento	51	10	92	72	225
		% de Sexo	22,7%	4,4%	40,9%	32,0%	100,0%

Tabla 3.14 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 51, en función del sexo.

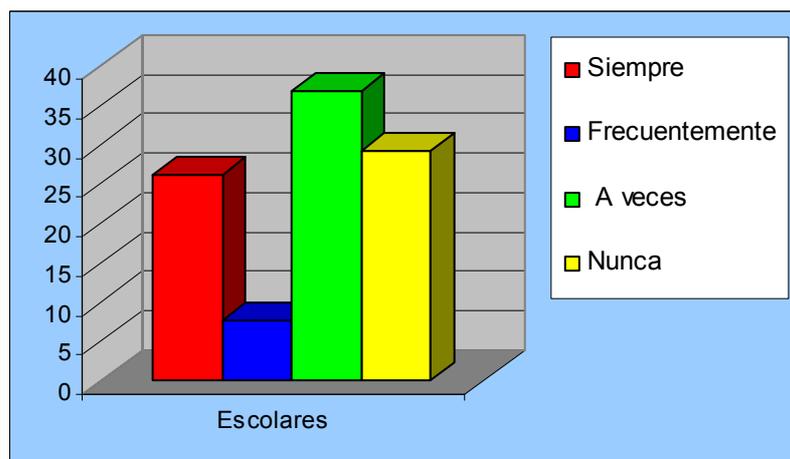


Gráfico 3.40- Porcentaje de la respuesta del ítem 51, “Realizas estiramientos al finalizar la A-F”

Es lamentable que un parámetro fundamental en el control de las cargas durante la actividad física como es el control de las pulsaciones, el 57,8% de los escolares indican nunca hacerlo, un 31,1% que “A veces” lo hacen, el 2,2% que frecuentemente y sólo el 8,9% siempre se toman las pulsaciones. A nuestra consideración la orientación de la importancia de este aspecto para la buena salud en los escolares es insuficiente por parte del profesorado de educación física. (Tabla 3.15 y Gráfico 3.41)

			Sueles tomarte las pulsaciones durante la A-F?				Total
			Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	12	4	35	65	116
		% de Sexo	10,3%	3,4%	30,2%	56,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	8	1	35	65	109
		% de Sexo	7,3%	,9%	32,1%	59,6%	100,0%
Total		Recuento	20	5	70	130	225
		% de Sexo	8,9%	2,2%	31,1%	57,8%	100,0%

Tabla 3.15- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 52, en función del sexo.

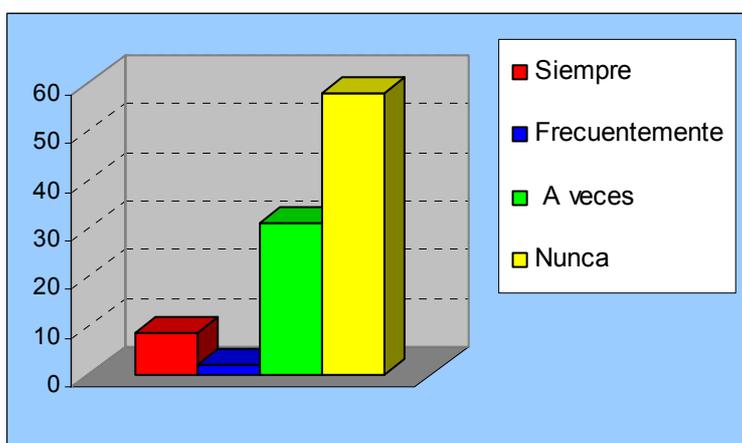


Gráfico 3.41- Porcentaje de la respuesta del ítem 52, “Sueles tomarte las pulsaciones durante la A-F”

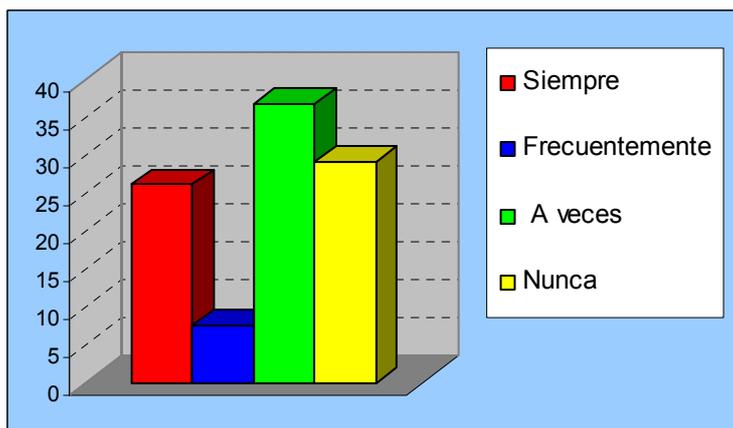


Gráfico 3.39a- Porcentaje de la respuesta del ítem 50, “Acondionas tu cuerpo antes de iniciar alguna A-F”

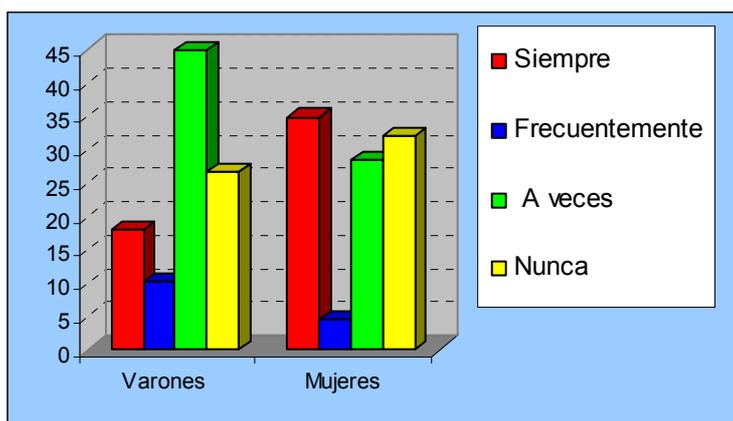


Gráfico 3.39b- Porcentaje de la respuesta del ítem 50, en función del sexo.

Proporcionalmente es mayor el porcentaje de los escolares que no acondicionan su cuerpo entre los que dicen realizar actividad física frecuentemente que entre los que declaran hacer actividad física esporádicamente.

Esto viene a confirmar la realidad observable por los profesionales de la actividad física y puede ser consecuencia de una insuficiente orientación de la importancia de estos hábitos en las clases de educación física.

La falta de hábitos de realizar estiramiento o de controlar las pulsaciones al finalizar la actividad física, afecta por igual a los practicantes regulares y no practicantes de la misma.

2.7.- Valoración de las clases de educación física.

Es preocupante que el 68,5 % de los estudiantes manifiesten que les gustan poco o nada las clases de Educación Física. En función del sexo existieron diferencias estadísticas significativas, ya que los varones le gustan más la asignatura de educación física que las mujeres y llama mucho la atención que éstas últimas en un 41,3% indican que nada (Tabla 3.16 y Gráfico 3.42)

		Te gustan las clases educación física?				Total	
		Mucho	Bastante	Poco	Nada		
Sexo	Var.	Recuento	14	29	60	13	116
		% de Sexo	12,1%	25,0%	51,7%	11,2%	100,0%
	Muj.	Recuento	15	13	36	45	109
		% de Sexo	13,8%	11,9%	33,0%	41,3%	100,0%
Total		Recuento	29	42	96	58	225
		% de Sexo	12,9%	18,7%	42,7%	25,8%	100,0%

Tabla 3.16- Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 53, en función del sexo.

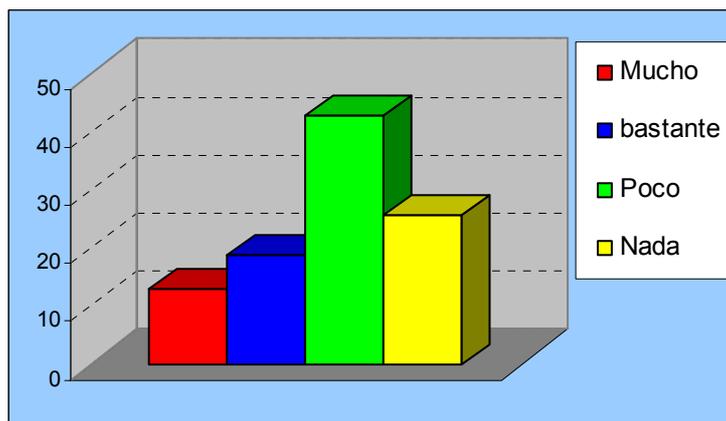


Gráfico 3.42- Porcentaje de la respuesta del ítem 53, “Te gustan las clases de educación física”

Según Sánchez Bañuelos (1996), los escolares de Enseñanzas Medias tienen mayor afecto hacia el deporte que hacia la Educación Física. Así, al primero lo consideran más agradable y divertido, mientras la asignatura es considerada como muy buena, sana, activa y útil. Además, indica que los practicantes asiduos de actividad físico-deportiva tienen una mejor consideración (más afectiva) a la Educación Física, que los practicantes esporádicos.

La importancia que se le concede a las clases de Educación Física depende, en gran medida, de la satisfacción que el alumnado experimenta en las mismas (Torre, 1998). Esta autora, en su estudio, encontró que sólo un 30% de los encuestados perciben mucho o bastante nivel de autosatisfacción en las clases, por lo que difícilmente se van a involucrar en actividades deportivas voluntarias.

García Montes (1997) manifiesta que las experiencias prácticas infantiles y el grado de satisfacción y valoración de la Educación Física recibida, influyen de manera determinante en los hábitos deportivos de la población adulta femenina. De esta manera afirma: “...podemos concluir que al fallar el estímulo de la Educación Física en el periodo final de la socialización, en las edades adultas no se percibirá un gran interés por la práctica, al no estar contemplado en su tabla de valores ni en su cultura”.

Sin embargo el 48,9% considera que la asignatura de educación física se debería quedar con la misma cantidad de horas pero el 41,3% son del

criterio que debe tener menos horas, pudiéndose apreciar los criterios divididos al respecto, quizás estas respuestas estén determinadas según la experiencia que cada cual haya tenido en la educación física, lo que nos estaría indicando que existen deficiencias en la promoción de los hábitos saludables desde la perspectiva de la Educación Física. En este ítem no se hallaron diferencias en función del sexo (Gráfico 3.43)

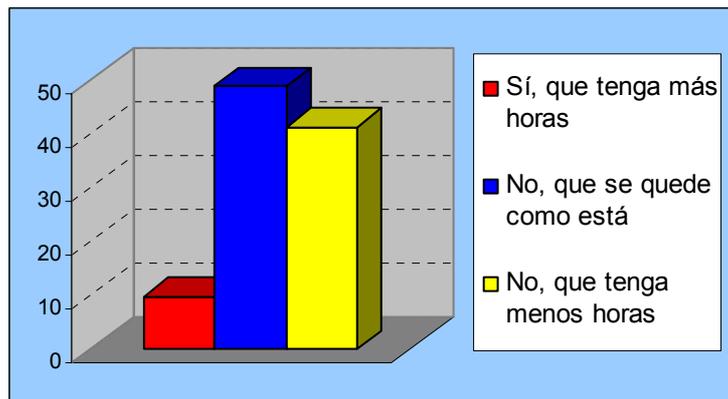


Gráfico 3.43- Porcentaje de la respuesta del ítem 54, “Piensa que la asignatura de E.F debería tener más horas”

Un aspecto importante a tener en cuenta es que entre los escolares el 53,8% le dan una valoración menor que el resto de las asignaturas y un 42,2% plantean que el valor para ello es igual y sólo poseen una valoración superior o mayor de las clases de Educación Física respecto a las demás. A nuestro juicio estos planteamientos están dados por la poca valoración que tiene el resto del profesorado hacia la asignatura de educación física, experiencia que se ha transmitido a los estudiantes desde grados inferiores (Gráfico 3.44)

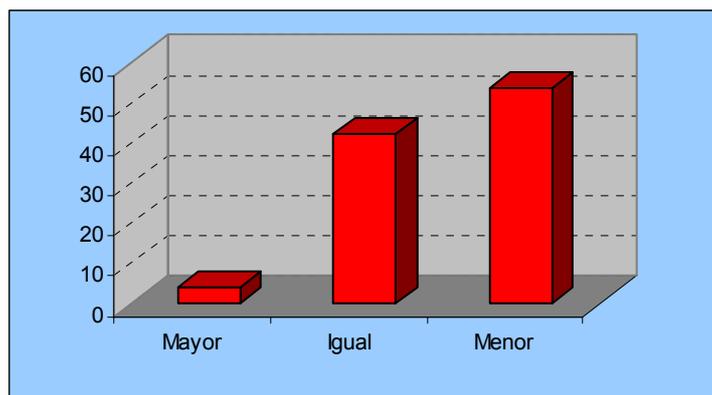


Gráfico 3.44- Porcentaje de la respuesta del ítem 55, “Importancia que le das a las clases de E.F”

En una encuesta de Tannehill y col (1994), citado por Piéron (1997), sólo el 31% manifestó que la Educación Física era importante o muy importante. Más de la mitad la consideraban menos importante que el resto de asignaturas.

Según Mendiara (1986), citado por Torre (1998), el 46,7% de los encuestados en su estudio opinan que la Educación Física es una asignatura de las menos importantes.

En una investigación realizada en Navarra y Aragón, por una parte, y en la Comunidad de Madrid, por otra parte, sobre la importancia de la Educación Física en los programas de estudios de BUP, muestran que un 78% de los primeros y un 81% de los segundos le dan mucha o bastante importancia a dicha asignatura. Sin embargo, cuando se le pregunta sobre la importancia de la Educación Física con respecto al resto de las materias, más del 90% de todos los encuestados le conceden menor importancia (Sánchez Bañuelos, 1996).

Por su parte, Vázquez (1993) indica que más de 2/3 partes de la población española considera insuficiente la importancia que se le concede a la Educación Física escolar.

Dentro de los aspectos a considerar por los escolares de “Para qué crees que sirven sus clases de Educación Física” (Gráficos 3.45a y 3.45b) los tres que mayores por cientos presentaron al unir las categorías de “Mucho y bastante” fueron los siguientes:

Fortalecer mi cuerpo (91,6%)

Mejorar la salud (83,5%)

Aprender la técnica de diferentes deportes (72,9%)

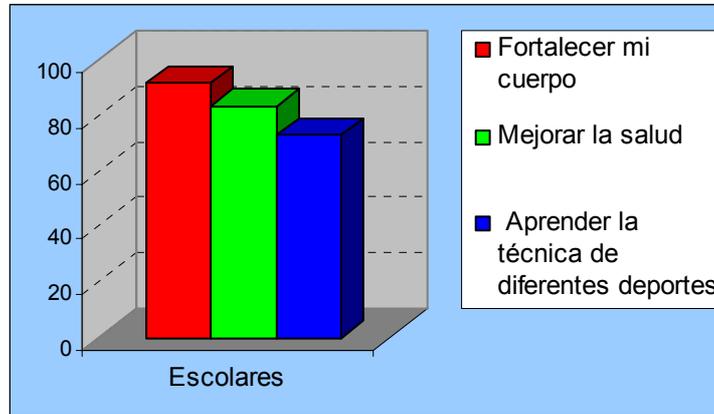


Gráfico 3.45a Porcentaje de la respuesta del ítem 56, “Para qué crees que sirven sus clases de E.F en mayor grado”

Los que menos porcentajes obtuvieron fueron:

Otras opciones (44,0%)

Animarme a practicar deportes fuera del horario de clases (55,5%)

Aprender diferentes habilidades gimnásticas (60%)

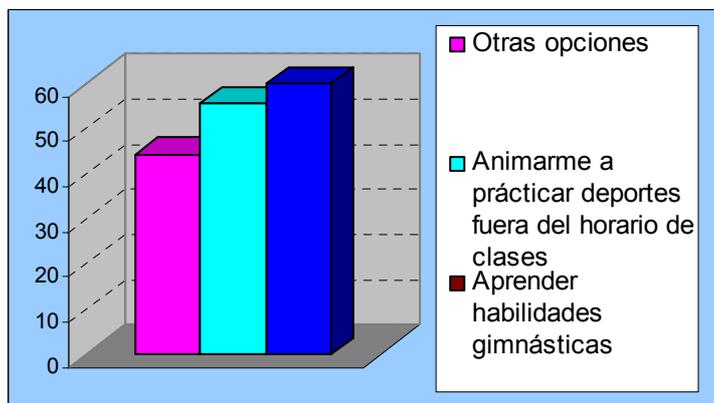


Gráfico 3.45b- Porcentaje de la respuesta del ítem 56, “Para qué crees que sirven sus clases de E.F en menor grado”

Goldfine y Nahas (1993), tras desarrollar un programa teórico sobre condición física para la salud en adolescentes, apreciaron una mejor actitud de los mismos hacia la práctica de actividad física saludable.

En el estudio nacional de García Ferrando (1993), sólo el 37% opinaba que las clases le sirvieron para introducirlo en la práctica de actividad física y deporte en el tiempo libre.

Por otra parte, Sánchez Bañuelos (1996) en su investigación concluye que las clases de Educación Física. eran, entre otros calificativos, más aburridas, rutinarias, inútiles, nada saludables y menos participativas, que la práctica voluntaria de actividad física en el tiempo libre.

Este mismo autor, a través de un Seminario de investigación realizado en el INEF de Madrid en 1993, con 301 escolares de Enseñanzas Medias, obtuvieron que sólo el 22% indicaba que el profesorado de Educación Física. le había incentivado mucho para dicha práctica extracurricular, mientras que el 41% opinaba que poco o nada, por lo que, tras revisar diferentes estudios, concluye diciendo que (1996): “La Educación Física no constituye el motor que debería ser para la creación de hábitos de actividad física”.

García Montes (1997) afirma que sólo el 9,3% de las mujeres adultas de Granada que practican actividad física han sido inducidas a dicha práctica por el profesorado.

Sánchez Bañuelos (1996) indica que el número de los escolares canadienses que escogen voluntariamente la asignatura de Educación Física en Secundaria disminuye conforme avanzan los años, porque le dan prioridad a otras materias, y además, lo pueden hacer por libre, sin control directo de un profesor.

De acuerdo con Shephard (1995), la Educación Física tiene poco impacto en su condición física y en la conducta del escolar tras finalizar su educación obligatoria.

A nuestra consideración podemos plantear que el profesorado avileño debe consolidar e insistir aún más acerca de las múltiples ventajas que se pueden obtener a través de las clases de educación física para el desarrollo integral de nuestros estudiantes.

2.8.- Factores cognitivos y socio-afectivos respecto a la actividad física y el deporte.

El 14,2% de los escolares indican que pertenece algún equipo deportivo mientras que un 85,8% plantea que no, en función del sexo el comportamiento vuelve ser distinto ($\chi^2 = 19,298$; $p < 0,05$) son los varones los que más participan en equipos con el 24,1%, mientras las mujeres lo hacen para el 3,7% (Tabla 3.17 y Gráficos 3.46a , 3.46b)

			Pertenece algún equipo deportivo?		Total
			Si	No	
Sexo	Varones	Recuento	28	88	116
		% de Sexo	24,1%	75,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	4	105	109
		% de Sexo	3,7%	96,3%	100,0%
Total		Recuento	32	193	225
		% de Sexo	14,2%	85,8%	100,0%

Tabla 3.17 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 57, en función del sexo.

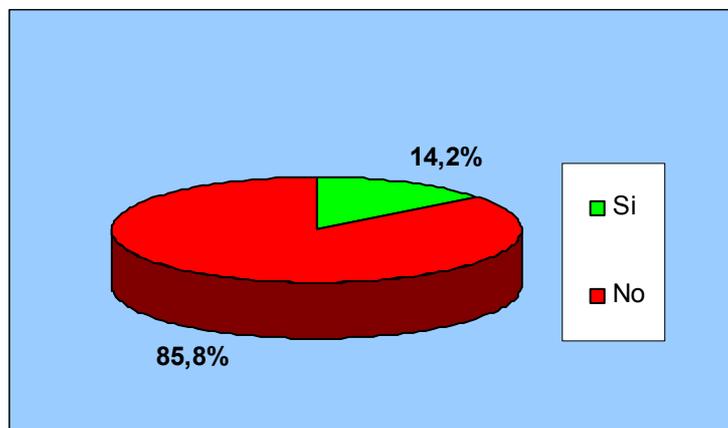


Gráfico 3.46a Porcentaje de la respuesta del ítem 57, "Pertenece algún equipo deportivo"

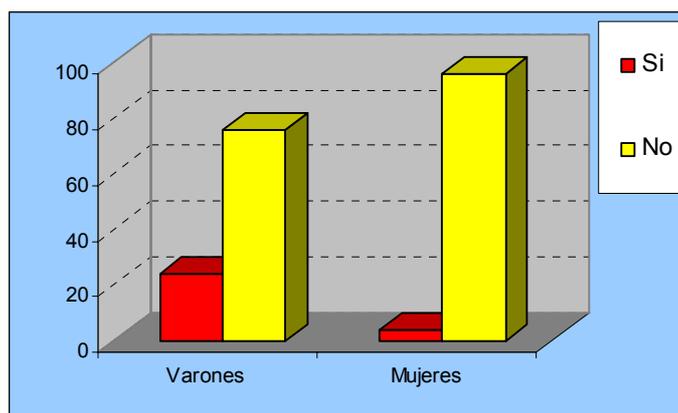


Gráfico 3. 46b Porcentaje de la respuesta del ítem 57, en función del sexo

Se puede establecer una cierta asociación entre la pertenencia a un equipo deportivo y la práctica regular de actividad física, mientras los que no pertenecen a ningún equipo, tampoco realizan una práctica de actividad física por su cuenta.

De acuerdo con el ítem 61, referido a si le gustaría hacer más actividad física del a que haces, el 40% contestó afirmativamente, el 36% que no y al 24% le da igual. Esta idea en los varones (51,7%) es más sólida que en las mujeres (27,5%), confirmando porque es el grupo más sedentario (Tabla 3.18 y Gráficos 3.47a , 3.47b)

			Te gustaría hacer más actividad física de la que haces?			Total
			Si	No	Me da igual	
Sexo	Varones	Recuento	60	21	35	116
		% de Sexo	51,7%	18,1%	30,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	30	60	19	109
		% de Sexo	27,5%	55,0%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	90	81	54	225
		% de Sexo	40,0%	36,0%	24,0%	100,0%

Tabla 3.18 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 58, en función del sexo.

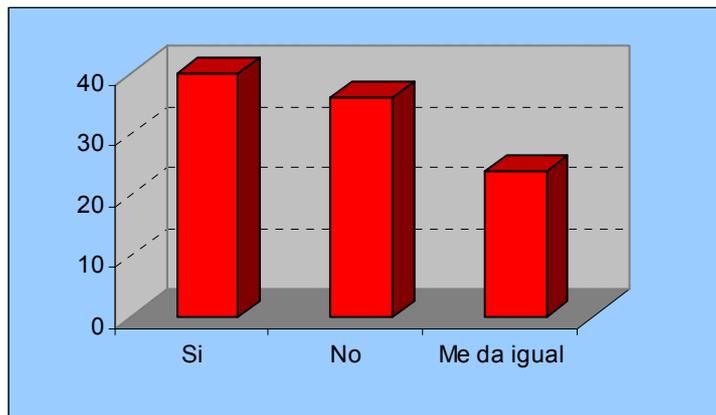


Gráfico 3. 47a Porcentaje de la respuesta del ítem 58, “Te gustaría hacer más actividad física de la que haces”

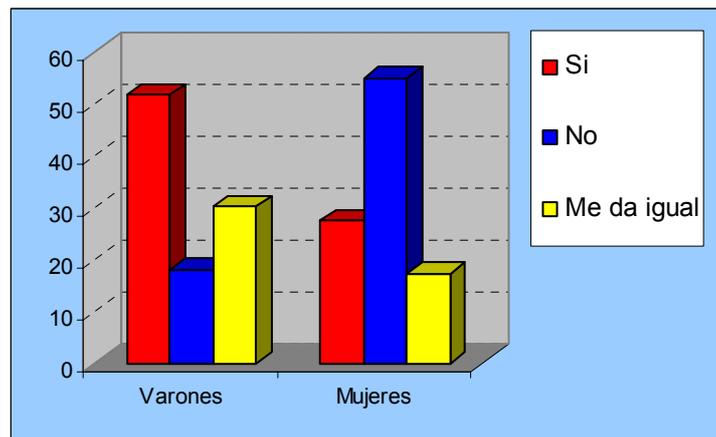


Gráfico 3. 47b Porcentaje de la respuesta del ítem 58, en función del sexo

No se detecta una asociación significativa entre el deseo de hacer más actividad física y la consideración de que la asignatura de Educación Física deba tener un mayor número de horas, esta aparente contradicción se podría interpretar como un falta de coherencia en las respuestas o lo que es más probable que no identifican los dos conceptos como similares y por lo tanto volvemos a encontrar la necesidad de replantearnos si realmente desde las clases de educación física se está estimulando el hábito de práctica deportiva.

García Ferrando (1986), tras su estudio de hábitos deportivos de los españoles con una muestra de 2000 personas de 15 a 60 años, argumenta que

el grupo social que más practica es aquel donde se reúnen las siguientes cuatro condiciones:

- Relación social con personas practicantes
- Positivismo en la apreciación del deporte
- Disponibilidad de una estructura adecuada en su entorno
- Mayor nivel sociocultural y económico.

Al preguntar si “Te gustaría practicar algún deporte cuando tenga más de 30 años”, los escolares respondieron que Sí en un 39,6%, sin embargo es alarmante que el 43,6% indicara que No, relevando una expectativa deportiva muy desalentadora para el futuro de estos escolares al llegar a adulto y por consiguiente su repercusión en la salud . El comportamiento en función del sexo fue diferente, los varones presentaron un mayor porcentaje en la respuesta afirmativa que las mujeres. (Tabla 3.19 y Gráficos 3.48a y 3.48b)

			Te gustaría practicar algún deporte cuando tengas más de 30 años?			Total
			Si	No	Me da igual	
Sexo	Varones	Recuento	70	19	27	116
		% de Sexo	60,3%	16,4%	23,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	19	79	11	109
		% de Sexo	17,4%	72,5%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	89	98	38	225
		% de Sexo	39,6%	43,6%	16,9%	100,0%

Tabla 3.19 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 59, en función del sexo.

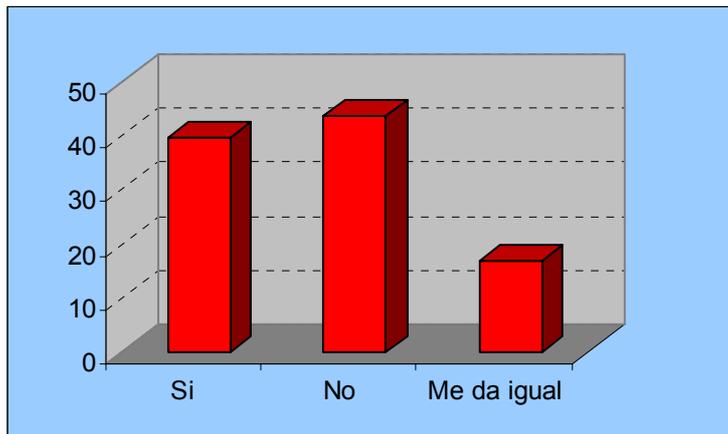


Gráfico 3. 48a Porcentaje de la respuesta del ítem 59, “Practicarás deportes cuando tenga más de 30 años”

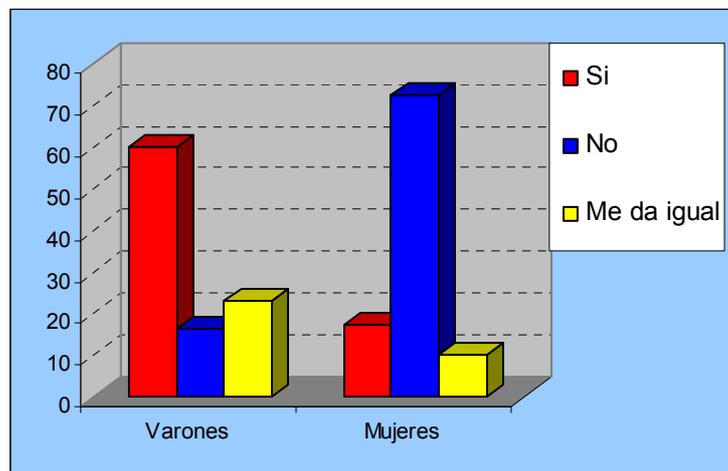


Gráfico 3. 48b Porcentaje de la respuesta del ítem 59, en función del sexo

Los estudiantes afirman en un 65,3% que pueden utilizar libremente las instalaciones deportivas de su centro fuera del horario de clases, sólo un 11,6% plantean que no hay instalaciones. (Gráfico 3.49)

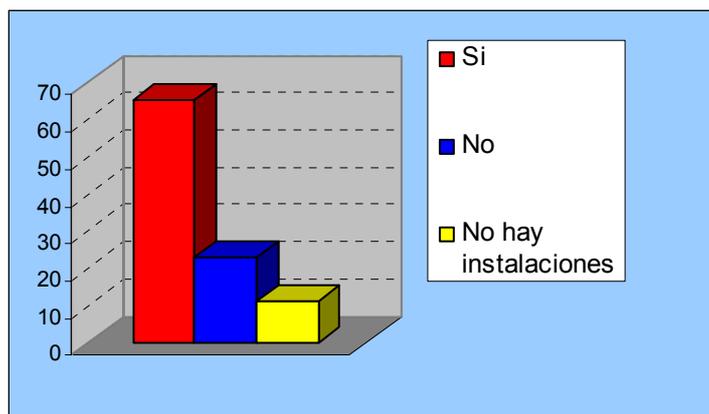


Gráfico 3.49 Porcentaje de la respuesta del ítem 60, “Puedes utilizar libremente las instalaciones de tu centro fuera del horario de clases”

Si tenemos en cuenta la respuesta a si “Pueden utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu Barrio”, entonces un elevado por ciento (54,7%) manifiesta no tener instalaciones y el 33,8% que sí. (Gráfico 3.50)

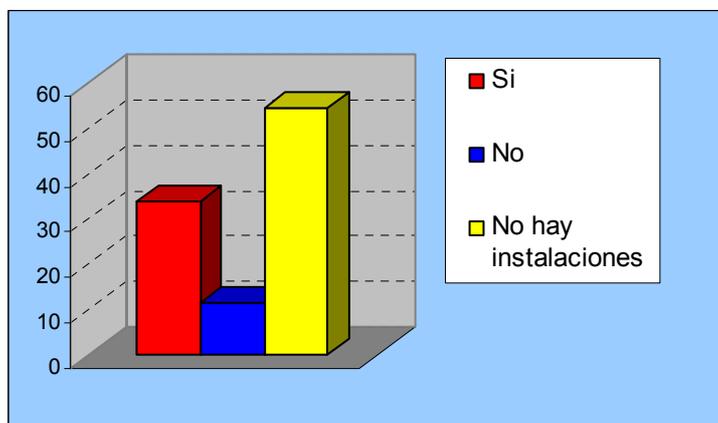


Gráfico 3.50 Porcentaje de la respuesta del ítem 61, “Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu barrio”

A nuestro juicio quisiéramos destacar que no tener una infraestructura adecuada pudiera ser un factor que limite la práctica de actividad físico-deportiva en la masa de escolares en estudio.

El 64 % de la muestra plantea que su padre no hace actividad física habitual, Evidentemente, si el padre (factor socializador primario) no es practicante, va a ser difícil que sirva de modelo para sus hijos. (Gráfico 3.51)

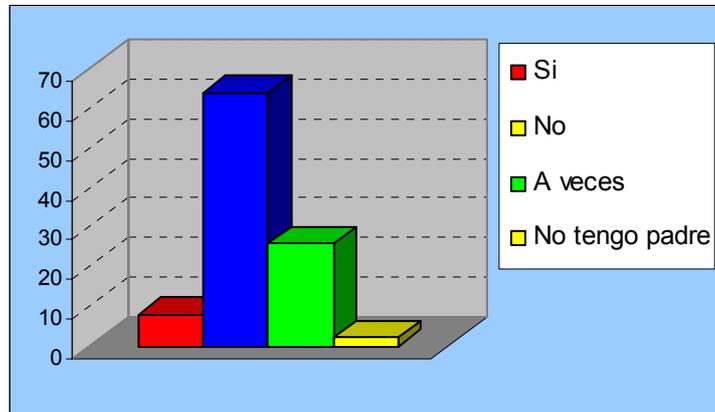


Gráfico 3.51 Porcentaje de la respuesta del ítem 62, "Realiza tu padre actividad física"

Al referirse a la misma actitud que mantiene su madre respecto a la práctica de actividad física, la respuesta fue similar al del ítem anterior, el 60% de la muestra opina que no la hace habitualmente, sólo el 16,4% indican que sí (Gráfico 3.52)



Gráfico 3.52 Porcentaje de la respuesta del ítem 63, "Realiza tu madre actividad física"

Es preocupante el escaso porcentaje de madres practicantes, sobre todo si tenemos en cuenta que los padres pasivos no van a favorecer e incitar las

prácticas de sus descendientes (Rice, 1988, citado por Sánchez Bañuelos, 1996), según la teoría de la imitación (Torre, 1998).

Aunque los datos nos indican que tanto el padre como los hijos no realizan con regularidad actividades físico deportivas, no parece que exista una clara influencia entre el nivel de práctica deportiva entre ellos.

Sin embargo, en el caso de la madre, a pesar de que siguen siendo muy pocas las que practican Actividad físico deportivas regularmente, sí que se puede apreciar una significativa influencia sobre la práctica deportiva de los hijos, tal y como apunta García Montes (1997) cuando manifiesta citando a Salcedo, (1993), que la madre es el motor impulsor de la actividad deportiva de la familia, tanto en los niños como en las niñas.

Esto viene a coincidir con lo expresado por García Ferrando (1993) cuando afirma que un 76% de los jóvenes cuya madre hace deporte, practican uno o varios. Por tanto podríamos decir que la actitud asumida por la madre respecto a la práctica de actividad físico deportiva resulta determinante.

Otro criterio al respecto, lo tiene Snyder y Spreitzer (1973) indican que el interés de los niños hacia el deporte está más condicionado por el comportamiento de su padre, mientras las niñas lo están con el de su madre. Ahora bien, las niñas necesitan mayores niveles de ánimo y estimulación por parte de toda la familia (Lewko y Ewing, 1980, citados por Torre, 1998).

Nuestros resultados coinciden con los de de Mendoza y col. (1994), donde según sus datos, un 65% de los escolares opinan que sus padres nunca han practicado actividades físico-deportivas, siendo en este aspecto, España el país más sedentario de los 11 en los que se hizo el estudio europeo.

Por otra parte en la respuesta al ítem 57, referido a que si “Te gustaría que sus padres realizasen más actividad física”, apreciamos que el 27,1% indican que sí, un importante porcentaje, el 38,7% que no y al 34,2 % le da igual. (Gráfico 3.53)

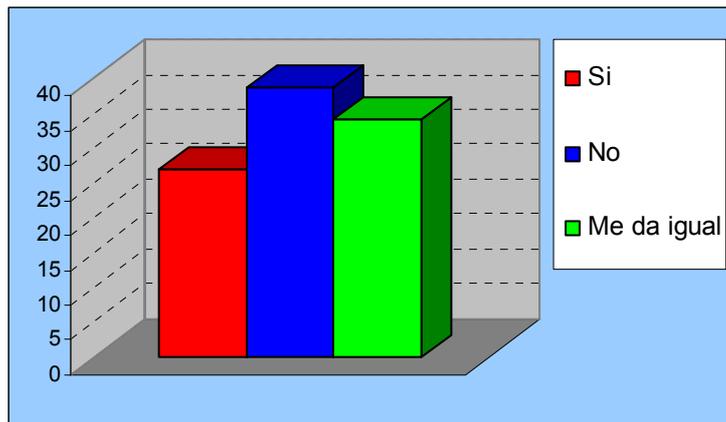


Gráfico 3.53 Porcentaje de la respuesta del ítem 64, “Te gustaría que tus padres realizaran más actividad física”

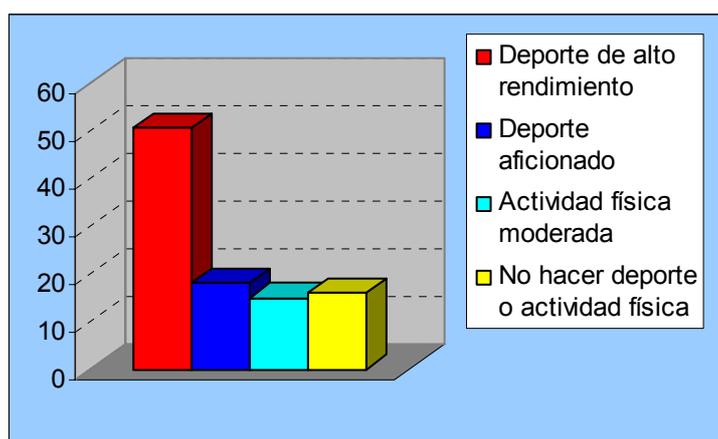
En opinión de García Ferrando (1986), si los padres practicasen más deporte, los hijos tendrían más probabilidad de practicarlo, ya que ésta aumenta cuanto más proximidad y frecuencia de relación social se mantenga con personas practicantes.

Tampoco debemos olvidar que las mismas condiciones del entorno y la accesibilidad a material deportivo (refiérase a infraestructura deportiva, vestimenta, calzados deportivos u otros) que en muchos de los casos condicionan la práctica de la actividad física en los adolescente, también podrían influir en la actitud de los padres hacia dicha práctica.

Sólo el 15,1,% de los escolares reconoce a la actividad física moderada como lo mejor o más sano para su cuerpo y el 50,7% respondió que para ellos era el deporte de alto rendimiento, demostrando no tener una correcta apreciación de la más conveniente actividad física que implique salud. Teniendo en cuenta el sexo, las mujeres manifiestan tener una menor cultura deportiva en cuanto al conocimiento de la actividad más adecuada para el organismo. (Tabla 3.20 y Gráficos 3.54a , 3.54b)

			Qué crees que es mejor o más sano para tu cuerpo?				Total
			Deporte de alto rendimiento	Deporte Aficionad.	Actividad física moderada	No hacer Deporte o A-F	
Sexo	Var.	Recuento	52	22	25	17	116
		% de Sexo	44,8%	19,0%	21,6%	14,7%	100,0%
	Muj.	Recuento	62	19	9	19	109
		% de Sexo	56,9%	17,4%	8,3%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	114	41	34	36	225
		% de Sexo	50,7%	18,2%	15,1%	16,0%	100,0%

Tabla 3.20 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 65, en función del sexo.



**Gráfico 3.54a Porcentaje de la respuesta del ítem 65
“Te gustaría que tus padres realizaran más actividad física”**

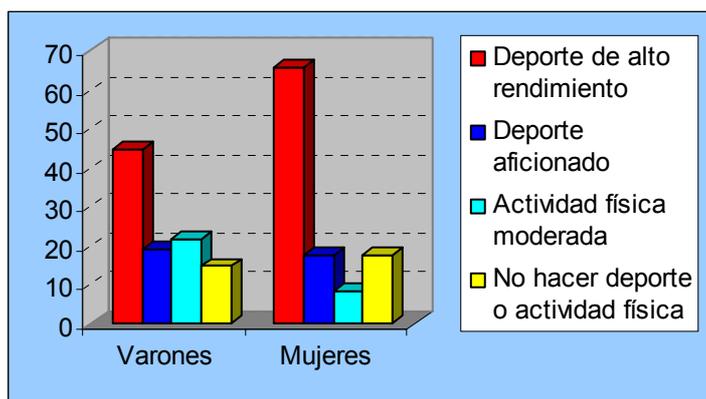


Gráfico 3.54b Porcentaje de la respuesta del ítem 65, en función del sexo.

2.9.- Percepción de tu estado de salud.

Con respecto a la condición física el 45,8% de los escolares percibe que es normal, el 17,8% que es buena o muy buena y el 36,4% que es mala o muy mala, siendo las mujeres las que en mayor número consideran contar con una peor condición física. (Tabla 3.21 y Gráfico 3.55)

			Cómo piensas que es tu condición física?					Total
			Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala	
Sexo	Var.	Recuento	4	11	65	33	3	116
		% de Sexo	3,4%	9,5%	56,0%	28,4%	2,6%	100,0%
Sexo	Muj.	Recuento	3	22	38	46	0	109
		% de Sexo	2,8%	20,2%	34,9%	42,2%	,0%	100,0%
Total		Recuento	7	33	103	79	3	225
Total		% de Sexo	3,1%	14,7%	45,8%	35,1%	1,3%	100,0%

Tabla 3.21 - Frecuencia y porcentajes de respuesta del ítem 66, en función del sexo.

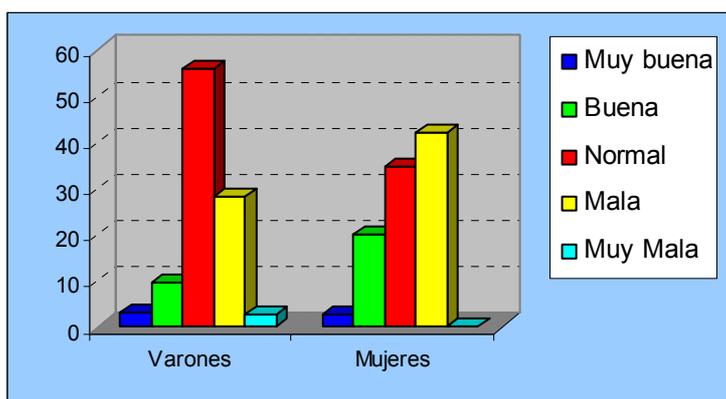


Gráfico 3.55 Porcentaje de la respuesta del ítem 66, en función del sexo

Respecto a la pregunta de como creen que es de buena y sana tu alimentación, el 37,3% de la muestra considera que es buena, un 30,2% que es normal y un 26% que es mala, en cuanto al sexo no se manifestaron diferencias estadística. (Gráfico 3.56)

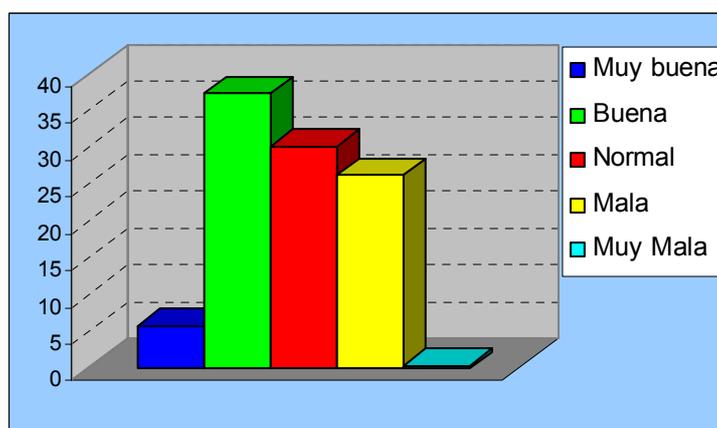


Gráfico 3.56 Porcentaje de la respuesta del ítem 67, "Cómo crees que es de buena y sana tu alimentación".

El 76,4% de los escolares consideran que su salud es buena o normal, sólo el 16,9% indica que es mala. En función del sexo no se aprecian diferencias significativas. (Gráfico 3.57)

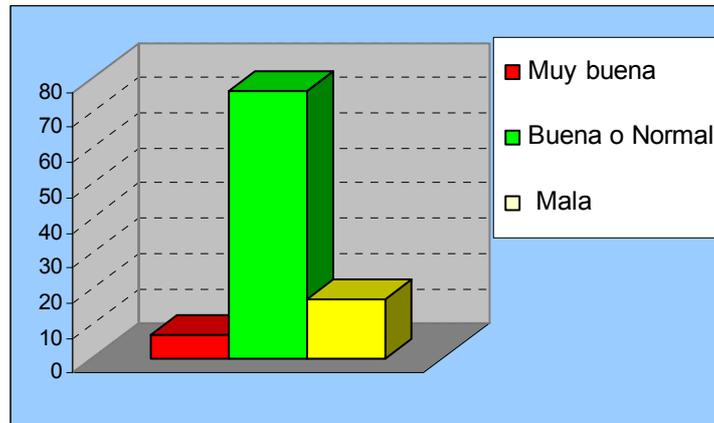


Gráfico 3.57 Porcentaje de la respuesta del ítem 68, “Cómo crees que es tu salud”

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Torre (1998), ya que, en su estudio con escolares granadinos de 3º de BUP, no se aprecian diferencias según el género, mientras en nuestro caso los escolares masculinos de Secundaria tienen una mejor auto percepción que las adolescentes.

2.10.- Valoración del cuestionario

Por último estimamos que es muy importante destacar que al preguntarles a los escolares el grado de dificultad que tuvieron para rellenar el cuestionario y el 79,2% respondió que le fue fácil y tan sólo un 0,4%, o sea 1 sujeto lo halló difícil. Lo cual indica que las preguntas recogidas en él fueron adecuadas. (Gráfico 3.58)

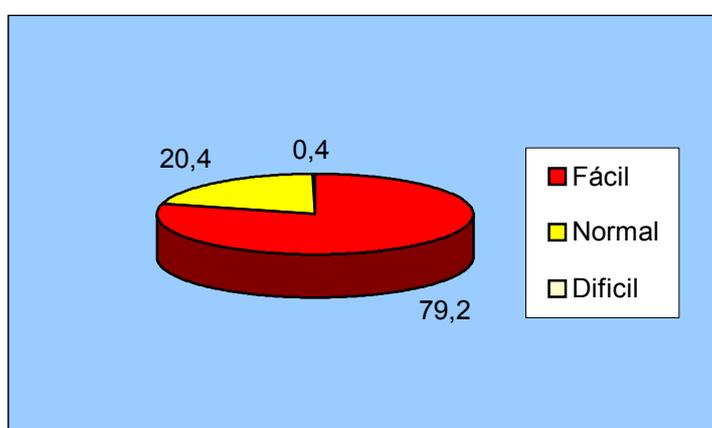


Gráfico 3.58 Porcentaje de la respuesta del ítem 69, “Para ti, rellenar el cuestionario ha sido”

CAPÍTULO IV

*CONCLUSIONES Y
PERPECTIVAS FUTURAS DE TRABAJO*

CAPITULO IV.- CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE TRABAJO.

1.- Globalmente podemos decir que más de dos tercios de los escolares avileños (67,6%) presenta conductas bastante sedentarias, siendo esta tendencia más acusada entre las mujeres que entre los varones.

Las principales causas argumentadas para esta escasa práctica físico deportiva entre los escolares están relacionadas con la falta de instalaciones adecuadas (27,7%) lo que dificultaría la práctica colectiva y ambas cosas repercuten negativamente en el gusto por el desarrollo de algún tipo de actividad físico deportiva.

También podemos destacar que entre aquellos que declaran realizar una práctica físico deportiva regular, la mejora de la salud como motivación (26,0%), ocupa un lugar preferente junto al placer por la práctica (24,2%), mientras que la competición o los motivos estéticos (mantener la línea) ocupan un lugar secundario, claramente por debajo de los dos anteriores.

2.- En cuanto a los hábitos dietéticos, no se aprecian diferencias significativas entre varones y mujeres para la mayor parte de los parámetros, no obstante en cuanto al número de comidas diarias, si bien de manera general se puede considerar como adecuado (al menos 3 comida al día), existe una tendencia entre los varones a incrementar dicho número, ocurriendo lo contrario entre las mujeres.

Menos adecuado resulta la distribución de la cantidad de alimentos consumidos a lo largo del día, puesto que son más de la mitad de los sujetos investigados los que declaran ingerir cantidades mayores de alimentos en las comidas nocturnas

En relación a la proporción de cada uno de los grupos de alimentos podemos considerar que es la adecuada salvo en el consumo de azúcares (dulces, pasteles, refrescos, etc.) que resulta claramente superior a los recomendables.

3.- Respecto al consumo de sustancias excitantes y/o estimulantes se aprecia un considerable número de sujetos tanto varones como mujeres que toman al menos una tasa de café diaria, igualmente superan al 75% los que dicen tomar con regularidad bebidas alcohólicas aunque en este último caso el consumo se concentra prioritariamente los fines de semana y es mayor entre los varones. Por el contra, el consumo de tabaco que pudiera considerarse como un hábito más arraigado dentro de la población cubana, en el caso de los escolares sólo afecta al 11,1% de los mismos.

Puede resultar paradójico respecto a lo que entendemos como hábitos saludables, que sean los sujetos de mayor práctica físico deportiva los que presenten al mismo tiempo una mayor tendencia al consumo de alcohol, esto pudiese tener justificación en el hecho de que la reunión de compañeros para la práctica deportiva se vea continuada con la celebración en la que se ingiere bebidas alcohólicas. Una tendencia contraria aunque sin llegar a la significación estadística, ocurre con el hábito de fumar y la práctica de la actividad física.

4.-En cuanto a la higiene postural merece la pena destacar el elevado número de sujetos que al sentarse adoptan posturas cifóticas, transportan de manera asimétrica el peso del material escolar y/o levantan objetos pesado sin recurrir a la flexión de las piernas, lo que parece evidenciar una falta de conocimiento a la hora de mantener posturas correctas al realizar diferentes actividades cotidianas.

5.- A pesar de que prácticamente un tercio de los escolares plantean entre los motivos para no practicar actividad físico deportiva la falta de tiempo, la totalidad de ellos declaran pasar tres o más horas diarias viendo la televisión o jugando a la video consola.

6.-En sentido general los hábitos higiénicos tanto de las actividades cotidianas como aquella más directamente relacionadas con la práctica físico deportiva (uso de ropa y calzado adecuado, cambio de camiseta, etc.) de los escolares se pueden considerar adecuados, excepto en la escasa costumbre que tienen de lavarse las manos antes de las comidas.

En relación a las actitudes preventivas relacionada con la práctica de actividades físico deportivas, existen algunos parámetros como el calentamiento previo, el estiramiento después de la actividad y el control de la frecuencia cardiaca durante la misma cuyos niveles de ejecución no se pueden considerar como los más adecuados. Algo mejor, especialmente entre las

mujeres, es el comportamiento respecto a la adecuada hidratación tras el ejercicio, ya que si bien más de la mitad 53,8% manifiesta tomar agua sólo en algunas ocasiones, el 33,8 % indica que siempre lo hacen.

7.-De nuestros datos se puede concluir que los escolares avileños en general reconocen las repercusiones positivas que sobre la salud y mejora corporal tiene el ejercicio; sin embargo, como ya hemos visto anteriormente, son pocos los que lo practican de manera regular, y al mismo tiempo son mayoría los que valoran escasamente la importancia de las clases de Educación Física en comparación a otras asignaturas.

8.- Esto se ve reflejado igualmente en el hecho de que más del 60% dicen que no consideran necesario hacer más actividad física de la que practican actualmente, ni tampoco cuando sean adultos. Por tanto no debe de extrañarnos que alrededor del 65 % de los padres no practiquen regularmente ningún tipo de actividad.

Pese a todo, sí que parece existir una relación positiva entre el nivel de práctica deportiva de la madre (no así del padre) y la posibilidad de que los hijos también cuenten con un mayor o menor nivel de dicha práctica.

Por tanto entendemos que el profesorado avileño debe estimular y motivar mejor a los escolares en cuanto a la importancia y ventajas que se pueden obtener a través de las clases de educación física para el desarrollo integral de nuestros estudiantes en su vida actual y de adultos.

9.-Finalmente en cuanto a la autopercepción que los alumnos tienen de su salud, la gran mayoría (76,4%) la consideran normal o buena, pese a que casi un tercio consideran que su alimentación no es la adecuada, y que su condición física es mala y muy mala.

PERSPECTIVAS FUTURAS DE TRABAJO.

A partir de los resultados obtenidos en nuestra investigación nos planteamos como orientaciones a tener en cuenta para futuros avances en este campo, las siguientes consideraciones:

Lograr que las instalaciones deportivas funcionen adecuadamente con el objetivo de consolidar la sistematicidad de la practica físico deportiva.

El profesorado de las escuelas donde se llevó la investigación y en especial el de **Educación Física** deben lograr mayor motivación en los escolares por las clases de educación física, acerca de los beneficios de una adecuada práctica de actividad físico deportiva, correctos hábitos alimentarios y el no consumo de sustancias estimulantes.

Continuar y extender estudios investigativos similares de carácter longitudinal a otras provincias cubanas, valorándose los resultados de un programa de intervención que tenga como objetivo la adquisición de hábitos saludables, con énfasis en el incremento del nivel de práctica de actividad físico deportiva.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- AAPHERD (1982). (Americam Association for Health, Physical Education and Recreation & Dance). *Batería de Test: AAPHERD*. Virginia
- Aguado, X. (1995). Educación postural de tareas cotidianas en la enseñanza primaria. Una visión ergonómica. *Tesis doctoral*. I.N.E.F.C. Universidad de Barcelona.
- Águila, C y Casimiro, A. (1997). Bases metodológicas para el correcto diseño de programas de ejercicio físico para la salud. *Revista de Educación Física*, 67:11-15.
- Álamo, J. M. ; Amador, F. y Pintor, P. (2002) Función social del deporte escolar. El entrenador del deporte escolar. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 45 - Febrero de 2002*.
- Almond, L. (1983). A Rationale for Health Related Fitness in Schools. *Bulletin of Physical Education*, 19, 5-10.
- Almond, L. (1992). El ejercicio físico y la salud en la escuela. En: J. Devís y C. Peiró. *Nuevas perspectivas curriculares en educación Física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: INDE.
- Almond, L. y Devís, J. (1989). El ejercicio físico y la salud en niños y jóvenes. *Revista de E.F. Renovación de teoría y práctica*, nº 28,5-7.
- Álvarez, G. (1990) *Guía para una educación física no sexista* .Madrid: Ministerio de Educación Y Ciencia.
- Álvarez, G. (1990). Situación de las niñas y jóvenes en el deporte de base. *Actas del Seminario de Mujer y Deporte*. Valencia.
- Álvarez, R. (1995). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Añó, V. (1997). *Planificación y organización del entrenamiento juvenil*. Madrid: Gymnos.
- Armstrong, N., Balding, J., Gentle, P. y Kirby, B. (1990). Patterns of physical activity among 11 to 16 year old British children. *British Medical Journal*. 301: 203-205.
- Armstrong, N y Bray, S. (1991). Physical activity patterns defined by continuous heart rate monitoring. *Archives of disease in childhood*, 66: 245-247.

- Armstrong, N. y Simon-Morton, B. (1994). Physical activity and blood lipids in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 381-405.
- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. New York: Penguin Books.
- Arribas Galarraga, S. Y Arruza Gabilondo, A. (2004) El abandono de la práctica de la actividad física y el deporte en jóvenes escolares de Guipúzcoa. *En Actas III Congreso Nacional de Deporte en edad escolar*. 365-380. Dos Hermanas (Sevilla)
- Ausubel D. P. y cols. (1993) *Psicología Educativa*. México D. F: Trillas.
- Aztarain, F.J. y De Luis, M.R. (1994). Sesenta minutos a la semana para la salud. *Archivos de medicina del deporte*, XI, 41: 49-54.
- Bailey, K. (1994). Physical activity and skeletal health in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 330-347.
- Bandura, A. & Walters, R. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baranowski, T (1988). Validity and reliability of self-report measures of physical activity: an information processing perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59: 314-327.
- Baranowski, T., Bouchard, C., Bar-Or, O, Bricker, T., Heat, G., Kimm, S.Y.S., Malina, R., Obarzanek, E., Pate, R, Strong, W.B., Truman, B y Washington, R. (1992) Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. *Medicine Sciences Sports Exercise.*; 24 (supl): 237-247.
- Baranowski, T y Simons-Morton B.G. (1991). Dietary and physical activity assessment in scholl-aged children: measurement issues. *Journal of scholl health*, 61, 5: 195-197.
- Barlow, W. (1986): *El principio de Matthias Alexander*. Barcelona: Paidós.
- Bar-Or, O. (1983). *Pediatric sports medicine for the practioner*. New York: Springer-Verlag.
- Bar-Or, O. (1987). Commentary to children and fitness: a public health perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 58, 4, 304-307.
- Bar-Or, O. y Baranowsky, T. (1994). Physical activity, adiposity and obesity among adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 348-360.
- Barrera, J. (1998). Estudio exploratorio antropométrico de una población infantil de 9-12 años de edad realizado en cuatro colegios de la provincia de Málaga. *Tesis doctoral*. Universidad de Granada.

-
- Barroco, M. (1989). ¿Qué edad?. ¿Qué deporte?. *Archivos de medicina del deporte*, VI, 23: 271-274.
- Beunen, G. y Malina R.M. (1988). Growth and physical performance relative to the timing of the adolescent spurt. *Exercise and sport sciences review*; 16: 503-540.
- Beyer, E. (1987). *Dictionary of Sport Science*. Schorndorf: Karl Hofman.
- Biddle, S. y Goudas, M. (1994). Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*, 2-3: 135-144.
- Blair, S. y Connelly, J.C. (1996). How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (2): 193-205.
- Blair, S.N., Jacobs, D.R. y Powell, K.E. (1985). Relationships between exercise or physical activity and other health behaviors. *Public Health Reports*, 100 (2): 172-180.
- Blair, S., Kohl, W. y Gordon, N. (1992). How much physical activity is good for health?. *Annual Review of Public Health*, 13: 99-126.
- Blasco, T (1994). *Actividad física y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bolivar Botia, A. (2003) «Los centros educativos como organizaciones que aprenden: una mirada crítica». *Revista Digital de Educación y nuevas tecnologías*. Año III. Núm. 18.
- Bouchard C., Shephard R.J., Stephens T., Sutton, J.R. y Mcpherson, B.D., eds (1990). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Bouchard, C. y Shephard, R.J. (1994) Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. En: C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens. *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics: 77-88.
- Bouchard, C.; Shephard, R.J. y Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bouet, M. (1968). *Les motivations des sportifs*. Paris: Éditions Universitaires.
- Briggs, D. C. (1986) *El niño feliz*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Briones, E. (1991). *Nutrición y salud en Andalucía: análisis de situación desde la perspectiva de la planificación sanitaria*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

- Brown, B. A. (1985). Factors influencing the process of withdrawal by female adolescents from the role of competitive age group swimmer. *Sociology of sport Journal*, 2, 111-129.
- Brustad, R. (1988). Affective outcomes in competitive youth sport: The influence of interpersonal and socialization factors. *Journal of sport & Exercise Psychology*, 10, 307-321
- Cagigal, J.M. (1996). *Obras selectas José María Cagigal*. Cádiz: Comité Olímpico Español.
- Calfas, K y Taylor, W. (1994). Effects of Physical Activity on Psychological Variables in Adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6: 302-314.
- Cano, J.M., Granero, A., De la Torre, E., Gil, S, Lucas, J.M. y Muñoz, F.J. (1997). *Problemas de salud en la práctica físico-deportiva*. Sevilla: Wanceulen.
- Cantera, M.A. (1997). Niveles de actividad física en la adolescencia. Estudio realizado en la población escolar de la provincia de Teruel. Zaragoza. *Tesis doctoral*: Universidad de Zaragoza.
- Cantó, R. y Jiménez, J. (1998). *La columna vertebral en la edad escolar. La Postura correcta, Prevención y Educación*. Madrid: Gymnos.
- Cantón, E; Mayor, L; Pallarés, J.(1995) Factores motivacionales y afectivos en la iniciación deportiva. *Rev. De Psicología General y Aplicada Universidad de Valencia*, 1995, 48(1), 59-75.
- Cañellas, C y Toran, R. (1975). Escuela y sanidad: el movimiento higienista. *Cuadernos de pedagogía*, 4:35-37.
- Carpersen, C.J., Powell, K.E., Christenson, G. M.(1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.*; 100: 126-31.
- Carretero, M.T., Fernández, R., García, E., Rivera, E., Rubio, G. y Vera, R. (1995). El entorno como fuente de información de los hábitos y preferencias de nuestros alumnos hacia la actividad física. *Actas del II Congreso Nacional de Educación Física de Facultades de Educación y XIII de Escuelas de Magisterio*. Zaragoza y Jaca 26-29 Septiembre.
- Casimiro, A. (1992). Exención total. Es difícil en Educación Física. En: COPLEF. *Monografías de la actividad física y el deporte*: 85-92.
- Casimiro, A., Ruiz, F. y García, A. (1998). Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la Educación Física. En: F. Ruiz, A. García y A. Casimiro. *Nuevos horizontes en la Educación Física y el deporte escolar*. IAD. Almería 1998.

-
- Casimiro, A. (1999) Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares entre final de Educación Primaria (12 años) y final de Educación Secundaria Obligatoria (16 años). Tesis Doctoral. Universidad de Granada
- Castillejo, M (1992). E.F. para la salud: Propuesta pedagógica. *Habilidad motriz; 0*: 23-26.
- Castillo, A. J. y Montiel, P. (1997). *Programa de prevención comunitaria "ciudades sin drogas"*. Sevilla:Comisionado para la droga. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Cederson, L.L. y Lefcoe, N.M. (1982). Multivariate analysis of variables related to cigarette smoking among children in grades four to six. *Revue canadiense de santé publique, 73, 3*: 172-175.
- Coleman, D. e Iso-Ahola, S. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. *Journal of leisure Research. n. 25. p. 111-128.*
- Coll, C. (1991). Concepción constructivista y planteamiento curricular. *Cuadernos de pedagogía, 188*: 8-11.
- Coll, C., Palacios, J. Y Marchesi, A. (1993). *Desarrollo psicológico y educación, II*. Madrid: Alianza Editorial.
- Coll y Vinuesa (1984). *Teoría básica del Entrenamiento*. Madrid: Esteban Sanz.
- Colquhoun D. y Kirk D (1987). Investigating the problematic relationship between health and physical education: an australian study. *Physical Education Review; 10, 2*:100-109.
- Collado Fernández, D. (2005). Transmisión y adquisición de valores a través de la aplicación de un programa de educación Física basado en el juego motor en un grupo de Primero de la ESO. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Comellas, M. J. y Mercader, I. (1992). Finalidades educativas del deporte en la Educación Secundaria. *Apunts, núm. 29, p.32-43.*
- Commandré, F.A. y col. (1985). Niño, raquis y deporte. *Archivos de Medicina del Deporte. II, 7, 221-228.*
- Consejería de Salud (1986). *Glosario de promoción de la salud*. Sevilla. Junta de Andalucía.
- Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía (1989). *Diseño Curricular Base: CEJA. Sevilla*

- Consejería de Educación y Ciencia y Consejería de Salud (1990). *Propuesta de educación para la salud en los centros docentes*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Corbin, C. (1987). Youth fitness, exercise and health: There is much to be done. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 58, 4: 308-14.
- Corbellá, M. (1993): Educación para la salud en la escuela. Aspectos a evaluar desde la E.F. *Apunts E.F.* 31: 55-61.
- D'Amours, Y. (1988). *Activité physique: santé et maladie*. Bibliothèque Nationale du Québec. Québec: Ed Québec/Amerique.
- De Miguel, A. (1996). La salud va unida a la belleza. *ABC* 5-4-96, 93-94.
- Delgado, E., Pablos M.L. y Sánchez, D. (1994). *Programa de prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la educación primaria*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Delgado, M. (1992). Estudio de la influencia de la dieta y la actividad física en el perfil lipídico de sujetos vegetarianos. *Tesis doctoral*. Universidad de Granada.
- Delgado, M. (1995). Fundamentación anatómico funcional del rendimiento y del entrenamiento de la resistencia del niño y del adolescente. *Motricidad*, 1: 97-110.
- Delgado, M. (1997). El entrenamiento de las cualidades físicas en la enseñanza obligatoria: salud versus rendimiento. *Habilidad Motriz*, 9: 15-26.
- Delgado, M., Gutierrez, A., Castillo, M.J. (1997). *Entrenamiento Físico-Deportivo y Alimentación. De la infancia a la edad adulta*. Barcelona: Paidotribo.
- Delgado, M. y Tercedor, P. (1998). Actividad física y salud: reflexiones y perspectivas. En F. Ruiz, A. García y A. Casimiro: *Nuevos horizontes en la Educación Física y el Deporte Escolar*. Almería: 35-44
- Delgado, M. y Torres, J (1998). Informe sobre la mesa redonda "Actividad física para la salud y el tiempo libre". En: A. García, F. Ruiz, A. Casimiro, M. Delgado, J. Torres, A. Sicilia y F.J. Moreno. II Congreso Internacional sobre la enseñanza de la E.F. y el deporte escolar. Almería. *Espacio y Tiempo*; 22-24: 11-18.
- De Diego, I.; Garrido, M. y Herranz, J. (1982). Promoción de salud en la escuela infantil. *Cuadernos de Pedagogía*, 89: 68-69.

-
- De la Cruz, J.C. (1989). Educación para la salud en la práctica deportiva escolar. En J. Ribas (coordinador): *Higiene de la actividad física en edad escolar*. Málaga: UNISPORT: 61-80.
- Devis, J. y Peiró, C. (1991): Renovación pedagógica en la E.F.: E.F. y salud (III). *Perspectivas de la actividad física y el deporte*, 6. 9-11
- Devís, J. y Peiró, C. (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en educación Física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: INDE.
- Devís J. y Peiró C. (1992). El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud. *Gaceta Sanitaria*. 33.6.263-268.
- Devis, J. y Peiró, C. (1993). "La actividad física y la promoción de la salud en niños-as y jóvenes: la escuela y la E.F. *Revista de Psicología del deporte*, 4: 71-86.
- Devis, J. y Peiró, C. (1993): "Evaluación de programas: un programa de E.F. y salud. *Apunts E.F.* 31:62-69.
- Devis, J (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Zaragoza: INDE.
- Dirección General de Atención Sanitaria del Sistema Andaluz de Salud (1990). *Hábitos de salud de los escolares andaluces*. Área de EpS. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Dishman, R.K., Sallis, J.F. y Orenstein, D.R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Public health reports*, 100 (2): 158-172.
- Dubray, C. A. (2000) . *The Catholic Encyclopedia, Volume I*. Transcrito por Mary Ann Grelinger. Traducido por Javier Algara Cossío.
- Duda, J.L. (1992). *Motivation in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Duncan, T. Duncan, S. (1991). A latent growth curve approach to investigating developmental dynamics and correlates of change in children's perceptions of physical competence. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (4), 390-398.
- Duncan, S. (1993). The role of cognitive appraisal and friendship provisions in adolescents' affect and motivation toward activity in physical education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64 (3): 314-323.
- Ebihara, O., Ikeda, M., & Myiashita, M. (1983). Birth orden and children's socialization into sport. *International Review of Sport Sociology*, 18,69-89.

- Eck, L. H., Klesges, R. C., Hanson, C. L., Slawson, D. (1990). Children at familiar risk for obesity: an examination of dietary intake, physical activity and weight status. *International Journal of Obesity*; 16: 71-78.
- Encuesta Nacional sobre drogas en la población escolar (1997). Encuesta bienal del Proyecto. Estatal del Plan Nacional sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio Asuntos Sociales.
- Epstein, S. (1981). *Revisión del concepto de si mismo. Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Erasmó, J. y Márquez, S. (1994). Encuesta de necesidades deportivas en el deporte infantil y juvenil: Perspectiva evolutiva. *Habilidad motriz*; 4: 27-32.
- Extremera Pacheco, N. y Fernández Berrocal, P. (2004) «El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas». *Revista electrónica de investigación educativa*. Vol. 6. Núm. 2.
- Federación Internacional de Medicina Deportiva -FIMS- (1989). La actividad física reduce los factores de riesgo para la salud. *Archivos de Medicina del Deporte*, VI, 21: 79-80.
- Fenema, E. & Sheman, J. (1977). Sex-related differences in mathematics achievement, spatial visualization and effective factors. *American Educational Research Journal*, 14, 51-71.
- Fernández Martínez, J.L. (1976). Reflexiones físico-higiénicas y socio-pedagógicas. Córdoba: Universidad Laboral.
- Flandes, J. Y Jiménez, J.F. (1988). Acción del tabaco sobre las constantes y el ejercicio. *Archivos de medicina del deporte*; V, 18: 155-160.
- Fluge, S., Kaspersen, T., Knudsen, E.C., Krogvold, L., Sigstad, E., Try, K y Forde, R. (1994). *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*; 114, 17: 1938-1940.
- Folkins, C.H. (1981). Effects of physical training on mood. *Journal of Clinical Psychology*, n. 32, p. 385-388.
- Forbes, G.B. (1995). Growth and development: nutritional considerations. En: L.W.Y. Cheung y J.B. Richmond (ed). Child health-nutrition and physical activity. Champaign, Illinois. Human kinetics: 43-53.
- Fox, K. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40: 230-246.
- Fox, K. (1991). Motivating children for physical activity: towards a healthier future. *The journal of physical education, recreation and dance*; 62 (7): 34-38.

- Fox, K. y Biddle, S. (1986). Health related fitness testing in schools. Introduction and problem of interpretation. *The bulletin of physical education*, 23, 1: 28-39.
- Fox, K. y Biddle, S. (1988). The child's perspective in physical education. (Part 2: Children's participation motives.) *The British journal of physical education*, 19 (2): 79-82.
- Fox y Corbin, C. (1989) The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Fraile, A. (coordinador) (1996). *Actividad física y salud en la escuela*: Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes, y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- García Ferrando, M. (1986). *Hábitos deportivos de los españoles. Sociología del comportamiento deportivo*. Madrid: ICEFD.
- García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte: una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial y CSD.
- García Ferrando, M. (1991). *Los españoles y el deporte (1980-1990): un análisis sociológico*. Madrid: ICEFD, CSD y Ministerio de Educación y Ciencia.
- García Ferrando, M (1993). *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Madrid: M. Asuntos Sociales e Instituto de la Juventud.
- García Ferrando, M (1996a). Cambios en los hábitos deportivos de los españoles. *Temas para el debate*, 23: 43-46.
- García Ferrando, M (1996b). La encuesta. En: M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un análisis sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Valencia: CSD y Tirant lo Blanch.
- García Montes, M.E. (1997). Actitudes y comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre. *Tesis doctoral*. Universidad de Granada.
- Generalitat de Catalunya (1984). *Programes i orientacions: educació per la salut al' escola*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.

- Gloag, D. (1993). Ejercicio, forma física y salud. *British medical journal (ed. Española)*; 8, 11:22-24
- Glosario de promoción de la salud (1986). *Salud entre todos*. Separata técnica. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Goldfine, B.D; Nahas, M.V. (1993). Incorporating health-fitness concepts in secondary physical education curricula. *Journal of School Health*, 63(3): 142-146.
- Gómez, P. (1995). La mejora de la salud en niños por el desarrollo de su fuerza. *Actas del II Congreso Nacional de Educación Física de Facultades de Educación y XIII de Escuelas de Magisterio*. Zaragoza y Jaca 26-29 Septiembre.
- González, M. (1996). *Tratamiento del núcleo de salud en los Diseños Curriculares. Apuntes de la asignatura Medios básicos del ejercicio físico*. Antequera: E.U.F. Profesorado de EGB.
- González Lucini, F. (1992). *Educación en valores y diseño curricular*. Barcelona. Pearson Educación, S.A.
- Gould, (1984). *Psychosocial developmen and children`n sport. Motor development during childhood and adolescence*. Minneapolis: Burgess.
- Gould, D., Feliz, D., Horn, T. & Weiss, M. (1982). Reasons for attrition in competitive youth swimming. *Journal of Sport Behaviour*. 5, 155- 165.
- Granizo, C. y Gallego, J. (coordinadores) (1991). *Chucherías, no gracias*. Zaragoza: Diputación General de Aragón.
- Greendorfer, S. & Lewko, J. (1978) Role of family members in sport socialization of children. *Research quarterly*, 49 (2), 146-152.
- Greendorfer, S. & Ewing, M. E. (1981). Race and gender differences in children`s socialization into sport. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 52, 301-310
- Greendorfer, S. (1977). Role of socializing agents in female sports involvement. *Research quarterly*, 48 (1), 304-310
- Greendorfer, S. (1983). *The sporting woman*. Champaign. IL. Human Kinetics.
- Guzzo, R., Casado, A., Melero, C. y Grinspan, E. (1984). Taller escolar de salud. *Cuadernos de Pedagogía*, 115-116: 56-59.
- Hahn, E. (1988). *Entrenamiento con niños. Deportes-Técnicas*. Ed. Martínez Roca.

-
- Harris, J. (1995). Physical Education: A Picture of Health? *The British Journal of Physical Education*, 26, 4: 25-32.
- Haywood, K. (1993). *Life Span Motor Development*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Hernández, M. (1993). *Alimentación infantil*. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández Mendo, A. y Morales Sánchez, V. (2000). La actitud en la practica deportiva: concepto. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. <http://www.efdeportes.com/> Revista digital. Buenos Aires. Año 5 - N° 18 - Febrero 2000
- Hernández Morales, Antonio (2002) Reflexión sobre la incorporación de los ejes transversales a los P.E.C. y a los P.C.C. *La Gaveta*, nº 8, 18-20.
- Higginson, D.C. (1985). The influence of socializing agents in the female sport participation process. *Adolescence*, 20 (77), 73-82.
- Hontoria, L. (1998). En: El riesgo de ponerse en forma el fin de semana. *ABC* 5-4-98, p. 94. Madrid: ABC.
- Hopkins, M.G. (1997). Passive smoking as determined by salivary cotinine and plasma carboxyhemoglobin levels in adults and school-aged children of smoking and nonsmoking parents: effects on physical fitness. *Annals of sports medicine*. New York; 5, 2: 96-104.
- Horn, T. y Hasbrook, C. (1986). *Sport for Children and youths*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Karvonen, M.J. (1996). Physical activity for a healthy life. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (2): 213-215.
- Kelder, S.H., Chery, MPH, Perry, L., Klepp, K.I. y Litle, L.L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*; 84: 1121-1126.
- Kenyon, G. (1973). Six scales for assessing attitude toward physical activity. *Research Quarterly*, 39, 566-574.
- Kenyon, G.S. and McPherson, B.D. (1973) Becoming involved in physical activity and sport: A process of socialization. *Physical activity: Human growth and development*, 301-332.
- Kidd, T. and Woodman, W. (1975). Sex and orientations toward winning in sport. *Research Quarterly*, 46 (4), 476-483.
- King, A. (1996). *The health of youth: a cross national survey*. Copenague: WHO Regional Publications.

- Korhaz, S.L. (1994). Children lifestyle in Hungary. *Sportorvosi szemle Hungarian review of sport medicine*; 35,4: 201-211.
- Kowal, D. y Patton, J. (1978). Psychological states and aerobic fitness of male and female recruits before and after basic training. *Aviation Space and Environmental Medicine*, n.49. p. 603-606.
- Lamb, K.L. y Brodie, D.A. (1990). The assessment of physical activity by leisure-time physical activity questionnaires. *Sport medicine*; 10 (3): 159-180.
- Lee, A., Hall, E. y Carter, J. (1983). Age and sex differences in expectancy for success among American children. *The journal of Psychology*, 113: 35-39.
- Lenney, E. (1977). Women`s self-confidence in achievement situations. *Psychological Bulletin*, 84, 1-13.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Lewko, J. & Erwing, M. (1980). Sex differences and parental influences in sport involvement of children. *Journal of Sport Phycology*, 2, 62-68
- Liarte, T. y Nonell, R. (1998). *Diver-fit: aerobic y fitness para niños y adolescentes*. Barcelona: Inde.
- Linares, D. (1992). Valoración morfológica y funcional de los escolares andaluces de 14 a 17 años de edad. *Tesis Doctoral*. Universidad de Granada.
- Lirgg, C. and Feltz, D. (1989) Female self-confidences in sport: Myths, realities, and enhancement strategies. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*.60, 49-64
- Lirgg, C. (1991). Gender differences in self- confidence in physical activity: A methaanalysis of recent studies. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 13, 294-310.
- López, B.; Martínez, J.; Menchen, F. y Ibáñez, R. (1982). *Tiempo Libre y educación*. Madrid: Escuela Española.
- López Fernández, L.A., Aranda Regules, J.M. (1994). *Promoción de salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- López Santos, G. (1995) *Teoría y Práctica de la orientación educativa*. Barcelona. PPU.

-
- Lorenzo Caminero, F. (2002). *Diseño y estudio científico para la validación de un test motor original, que mida la coordinación motriz en alumnos/as de educación secundaria obligatoria*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Lucini, F.G.(1994). *Temas transversales y educación en valores*. Madrid: Anaya.
- Llaneras, P. y Méndez, M.I (2000). *Educación en Valores: Educación para la Salud*. Madrid: Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa
- Malina, R (1990). Growth, exercise, fitness and later outcomes. En C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton & B.D. McPherson (Eds.), *Exercise, Fitness, and Health. A consensus of current knowledge*. Champaign, IL: Human Kinetics, 637-653
- Malina, R. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research quarterly exercise sport*, 67 (supl.3): 48-57.
- Malina, R. y Bouchard, C.(1991). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Book.
- Manzano, V.G., Rojas, A.J. y Fernández, J.S. (1996). *Manual para encuestadores*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Marcos Becerro, J.F.(1981). *Deporte para todos*. Madrid: Diputación Provincial de Madrid.
- Marcos Becerro, J.F.(1983).La actividad física y el deporte como medio para mejorar la salud (I, II, III). *Tribuna médica*; 1004, 1005 y 1006.
- Marcos Becerro, J.F.(1989). *Salud y deporte para todos*. Madrid: Eudema.
- Marcos Becerro, J.F (1994): *Ejercicio físico, forma física y salud*. Madrid: Eurobook.
- Marcos Becerro, J. F. y cols. (1995). *La Salud y la actividad física en las personas mayores*. Tomos I y II. Madrid: Ed. R. Santonja.
- Marsh, H. (1993). The effects of participation in sport during the last two years of high school. *Sociology of Sport Journal*, 10: 18-43.
- Marsh, H., Barnes, J., Cairns, L & Tidman, M. (1984). Self-description questionnaire: Age and sex effect in the structure and level of self-concept for preadolescent children . *Journal of Educational Psychology*, 76 (5), 940-956.
- Marín, B., Marín, A. y Marín, M. (1992). El ejercicio físico y el deporte durante el crecimiento. *Archivos de medicina del deporte IX*, 34:131-141.

- Marín Sanchez, R. (1997). *Psicología Social de los procesos educativos*. Sevilla. Algaida.
- Martí, J. (1977). Hacia un programa mínimo de educación para la salud. *Cuadernos de pedagogía*, 36: 4-5.
- Martí, J. Andressi, A. y Fiol, C. (1984). La salud a debate. *Cuadernos de pedagogía*, 115-116: 8-14.
- Martín, A. y Luna, J. (1994). *Bioestadística para las Ciencias de la Salud*. Madrid: Ed. Norma.
- Martin, I.; Ortega, A. I.; Castillo, C.; De Hevia, M. y González, I. (2002). Estudio piloto sobre hábitos de salud en universitarios granadinos. En *Jornadas de Comunicaciones Didácticas del Área de Expresión Corporal*. Granada. Grupos de Investigación del Área de Expresión Corporal
- Martínez del Castillo, J. (1985). El concepto de recreación en el contexto educativo escolar. Tiempo libre y ejercicio físico. *Temario oposiciones (Papers)*.
- Maslow, A. (1973) *El hombre autorrealizado*. Barcelona. Kairós.
- Massó, Manuel F. (2001). *Ponte a vivir: valores y autoestima*. Madrid. Ediciones Eneida.
- Mateo, J. (1993). ¿Medir la forma física para evaluar la salud?. *Apunts*;31: 70-75.
- Mata, E. (1990). Promoción de la mujer en el deporte recreativo. Situación en Barcelona. *Actas del Seminario Mujer y Deporte*. Valencia.
- Matsushima, M., Kriska, A., Tajima, N., Laporte, R.(1990). The epidemiology of physical activity and childhood obesity. *Diabetes Res Clin Pract*; 10: 95-102.
- McMillan, J. y Schumacher,S.(2005). *Investigación Educativa*. Madrid. Pearson.
- McPherson, B. (1978). *Children in sport: A contemporary anthology*. Champaign, IL. Human Kinetics Books
- McPherson, B., Curtis, J., y Loy, J. (1989). *The social significance of sport*. Champaign: Human Kinetics Books.
- Medina, A.F. (1995). Estudio sobre el consumo de alcohol en jóvenes de un instituto de bachillerato. *Revista científica del colegio de Enfermería de Almería*, 1: 15-23.

- Megías, E. (1994). Adolescencia y consumos, papel de la prevención. En: Alcohol y adolescencia: experiencias y programas de educación preventiva. *II Congreso Prevención desde la comunidad educativa. Programa de prevención FERE*.
- Mendiara, N. (1986). Analisis de la educación física en el sistema educativo español: pasado, presente y futuro. *Actas de seminario de Mujer y deporte*. Madrid.
- Mendoza, R. (1995). Situación actual y tendencias en los estilos de vida del alumnado. *Primeras jornadas de la red europea de escuelas promotoras de salud en España*. Granada.
- Mendoza, R. y Ságrera, M.R. (1991). *Los escolares y la salud*. Madrid: Plan nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza, R., Ságrera, M.R. y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: C.S.I.C.
- Meyer, R. (1987). Imagen del yo en los adolescentes y posición escolar en Educación Física y deportiva. Estudio comparativo con alumnos varones de tercero. *Infancia y aprendizaje*, 37: 45-56.
- Migal (1996). *Frases célebres*. Madrid: Biblioteca popular.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1987). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1990). *Encuesta sobre hábitos de los escolares españoles (11-15 años)*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Molnar, G. (2001) El deporte en la escuela. *Espacio, ciencia y movimiento. Educación Física, deporte y salud*. Octubre 2001. <http://www.chasque.net/gamolnar/index.html>.
- Mora, J. (coordinador) (1995): *Teoría del entrenamiento y del acondicionamiento físico*. Cádiz: Ed. COPLEF Andalucía.
- Moreno, L. (1993). Actividad física y deporte en el niño y adolescente: implicaciones en su nutrición y alimentación. *Sport and Medicina*. 22, 34-40.
- Morrow, J. y Freedson, P. (1994). Relationship between physical activity and anaerobic fitness in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, n. 6, p. 315-319.
- Morrow, J y Freedson, P. (1994). Relationship between physical activity and anaerobic fitness in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6: 315-329.

- Munné, F. (1980). *Psicosociología del tiempo libre. Un enfoque crítico*. México: Trillas.
- Mur de Frenne, L., Fleta, J. y Moreno, L. (1994). Relación entre consumo de alcohol, tabaco y café, y actividad física en jóvenes de diferente nivel socioeconómico. *Enfermería científica*; 4- 11.
- Navarro, J.A. y Fuster, D. (1987). *Salud Escolar, exámenes de salud, aptitud deportiva*. Murcia: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Navarro, M. y Mateo, M.J. (1993). *Juventud en cifras*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Navarro, F. y Rico, I. (1998). Consideraciones sobre el uso de la frecuencia cardiaca en escolares. En: A. García, F. Ruiz y A. Casimiro (coord). *La enseñanza de la E.F. y el deporte escolar. Actas II Congreso Internacional. Almería*; 423-426.
- Nieda, J. (1993). El reto de la Reforma. *Cuadernos de Pedagogía*, 214, 13-15.
- Nuñez, J. C. y González-Pumariega, S. (1996) Motivación y aprendizaje escolar. . *Actas Congreso Nacional sobre Motivación e Instrucción*, 53-72.
- O.M.S. (1960). *Constitución de la O.M.S.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1984). Health promotion. A discussion document on the concepts and principles. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1985). *Health behaviors in schoolchildren: a cross national survey: protocol*. WHO. Regional office for Europe.
- Ortega, R.(1992): *Medicina del ejercicio físico y el deporte para la atención a la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ortega, R.M, Gonzalez, M. y Varela, G. (1989). Influencia del grado de actividad física en el estado nutricional y hábitos alimentarios de un grupo de adolescentes de la autonomía de Madrid. *Nutrición Clínica*; (2): 66-73.
- Palacios, J y Paniagua, G. (1992). *Colaboración de los padres*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L. y col. (1986). Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314: 605-613.

-
- Pastrana, R. (1990). Trastornos estático-posturales del raquis. Métodos terapéuticos. Monografías FEMEDE: Niño, adolescente y deporte. *Ortopedia y traumatología*: 59-67.
- Pate, R.R. (1983), A new definition of youth fitness. *The Physician and Sportsmedicine*, 11, 4. 80 y ss
- Pate, R. (1988). The Evolving Definition of Physical Fitness. *Quest*, 40, 174-179.
- Pate, R. (1995). Recent Statements and Initiatives on Physical Activity and Health. *Quest*, 47, 3, 304-319.
- Pate, R.R. y Blair, S.N. (1978). Exercise and the prevention of atherosclerosis: pediatric implications. En: W. Strong (ed): *Pediatric aspects of atherosclerosis*. Nueva York: Grunne and Stratton: 251-286.
- Pate, R. y Shepard, R.J. (1989). Characteristics of physical fitness in youth. In: Gisolfi, Lamb (eds.): *Perspectives in exercise science and sport medicine: youth, exercise and sports*. Indianapolis: Benchmark Press.
- Patrick, K., Sallis, J.F., Long, B. Y col. (1995). Una nueva herramienta para estimular la actividad física: proyecto PACE. *Medicina y ciencia de la actividad física*, 1 (2): 67-74.
- Peiró, C. (1995). Un enfoque de Educación Física y Salud a la luz de la perspectiva de metas: los contextos de clase y la motivación del alumnado. *Actas del II Congreso Nacional de Educación Física de Facultades de Educación y XIII de Escuelas de Magisterio*. Zaragoza y Jaca 26-29 Septiembre.
- Peiró, C. y Devís, J. (1992). El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud. *Gaceta Sanitaria*; 6: 263-268.
- Peiró, C. y Devís, J. (1993a). Evaluación de Programas: Un Programa de Educación Física y Salud. *Apunts: Educació Física i Esports*; 31: 62-69.
- Peiró, C. y Devís, J. (1993b). Proyecto de Educación Física y Salud. *Cuadernos de pedagogía*, 194: 70-73.
- Peiró Velert, C. (1999). La teoría de las perspectivas de meta: un estudio sobre los climas motivacionales. *Revista de Psicología Social aplicada*. Núm.9, 1. p.p.25-44
- Perea, R. (1992). Educación para la salud. Las materias transversales como criterio de calidad educativa. *III Jornadas sobre LOGSE*. Granada: Proyecto Sur de ediciones.
- Petlenko, V.P. y Davidenko, D.N. (1998). *Esbozos de valeología: Salud como valor humano*. San Petersburgo: Ciencias de la educación del Báltico.

- Petruzzello, S. and Corbin, C. (1988). The effects of performance feedback on female self-confidence. *Journal of Sport and Exercise Psychology*
- Piéron, M. y Cloes, M. (1981). Interactions between teachers and students in selected sports activities: The student as a starting point. *Artus 9/11:185-188*.
- Piéron, M., Telama, R., Almond, L y Carreiro da Costa, F. (1997). Lyfestyle of young europeans: comparative study. En: J. Walkuski, S. Wright y T. Kwang. *World conference on teaching, coaching and fitness need in physical education and the sport sciences* .Proceedings AIESEP. Singapore: 403-415.
- Piéron, M. (1998). Perspectivas de la Educación Física en el siglo XXI. En J.H. Hernández. y col. (eds), *Educación física escolar y deporte de alto rendimiento*. Las Palmas: ACCAFIDE, 19-45.
- Pila Teleña, A. (1986). *Preparación Física (III)*. Madrid: Editorial Augusto Pila.
- Porter, J.E., Morrel, T.L. y Moriarty, D. (1986). Primary prevention of anorexia nervosa: evaluation of a pilot projet for early and pre-adolescents. *CAHPER/ACSEPL; 52,4: 21-26*.
- Powell, K.E; Dysinger, W. (1997). Childhood participation in organized school sports an physical educationn as precursor of adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine, 3: 276-281*.
- Pozuelos, F. y Travé, G. (1995). *Para una alimentación saludable en la educación primaria*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Prat, J.A (1984). La evolución de la condición física en la edad prepuberal. *Apunts, XXI: 143-146*.
- Puelles, G. (1996) «Las funciones de la familia. La familia como agente educativo» en García Gómez, R. J. y otros. (1996) *Orientación y tutoría en Secundaria. Estrategias de planificación y cambio*. Madrid: Edelvives.
- Real Academia de la Lengua Española (2001). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española www.rae.es
- Riddoch,C.J. y Boreham, A.G.(1995). The health-related physical activity of children. *Sports medicine 19 (2): 86-102*.
- Roberts, G. (1991). Actividad física competitiva para niños: consideraciones de la psicología del deporte. *Revista de Entrenamiento Deportivo, 2-10*
- Roberts, G., Kleiber, D. & Duda, J. (1981). An analysis of motivation children`s sport : The role of perceived competence in participation. *Journal of sport psychology, 3, 206-216*.

-
- Rodríguez, F.A.(1994). Cuestionario de aptitud para la actividad física (C-AAF), versión catalana/castellana, del PAR-Q revisado. *Apunts*, XXXI: 301-310.
- Rodríguez, F.A.(1995a). Prescripción del ejercicio físico para la salud (I). Resistencia cardiorrespiratoria. *Apunts: Educación Física y Deportes*, (39): 87-102.
- Rodríguez, F.A.(1995b). Prescripción del ejercicio físico para la salud (II). Pérdida de peso y condición musculoesquelética. *Apunts: Educación Física y Deportes*, (40): 83-92.
- Rodríguez, M. (1993): "Reflexiones sobre educación para la salud. Propuesta de intervención". *Sesiones para la salud*, 5.
- Rodríguez, M. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Pedagógica.
- Rodríguez, P. (1998). Educación Física y salud escolar: Programa para la mejora de la extensibilidad isquiosural y del raquis en el plano sagital. *Tesis doctoral*. Universidad de Granada.
- Rojas, A., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuesta*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Romero Cantalejo, C. (2003) *Manual del Preparador de voleibol de Nivel I. Programa de Psicopedagogía*. Cádiz: Federación Andaluza de Voleibol.
- Roque, D., de Franca, N.M., Mahecha, S. y Rodrigues, V.K. (1993). Modelo biológico para diagnóstico de salud y prescripción de actividad física. *Archivos de Medicina del deporte*; X, 37: 35-48.
- Rowland, T.W. (1990). *Exercise and children's health*. Champaign: Human Kinetics.
- Rozengardt, R. (2000). Deporte y Educación. Nuevas preguntas sobre una vieja relación. *Revista Digital de Educación Física*. Buenos Aires - Año 5 - N° 26 - Octubre de 2000.
- Ruiz, L. M. y Sánchez Bañuelos, F. (1997). *Rendimiento deportivo. Claves para la optimización de los aprendizajes*. Madrid: Gymnos.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salleras, M. y cols. (1985).. Educación y promoción de la salud. www.ua-cc.org/educacion3.jsp
- Sallis, J.F., Buono, M.J., Roby, J.J. et al (1993). Seven-day recall and other physical activity selfreports in children and adolescents. *Medicine Science in Sport and Exercise*, 25 (1): 99-108.

- Sallis, J.F. y McKenzie, T.L. (1991). Physical education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2): 124-137
- Sallis, J.F., McKenzie y Alcaraz, J.E. (1993). Habitual physical activity and health-related physical fitness in fourth-grade children. *American Journal of Disease Childhood*; 147:890-896.
- Sallis, J.F. y Patrick, K. (1994). Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. *Pediatric exercise science*, 6: 302-314
- Sallis, J.F., Patterson, T.L., Buono, M.J. y Nader, P.R. (1988). Relation of cardiovascular fitness and physical activity to cardiovascular disease risk factors in children and adults. *American Journal of Epidemiology*, 127 (5), 933-941.
- Sallis, J.F., Simons-Morton, B.G., Stone, E.J. et al (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine Science in Sport and Exercise*, 24 (6): 248-257.
- Sánchez Bañuelos F. (1985). *Análisis de algunos aspectos de la conducta del alumno en EGB en las clases de E.F. en Madrid*. Madrid: Documentos INEF.
- Sánchez Bañuelos F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez Bañuelos F. (1998). El concepto de salud, su relación con la actividad física y la Educación Física orientada hacia la salud. En F. Ruiz, A. García y A. Casimiro: *Nuevos horizontes en la Educación Física y el deporte escolar*. Almería: 17-33.
- Sánchez-Barrera, M.B., Pérez, M., y Godoy, J.F. (1995). Patrones de actividad física en una muestra española. *Revista de Psicología del deporte*, 7-8: 51-71.
- Sánchez, E., García, A. y Rubio, E. (1992): "Educación en el hábito de la actividad física". *Sport & Medicina*. 33-36.
- Sánchez Ortiz, E. (1990). Hábitos de vida y salud de la población joven en Zaragoza. *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza.
- Santonja, F. y Martínez, I. (1992). *Valoración Médico-Deportiva del Escolar*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Saris, W, Binkhorst, R., Cramwinckel, A., Waesberghe, F, y Veen-Hezemans, A. (1980). The relationship between working performance, daily physical activity, fatness, blood lipids and nutrition in school children. In, K. Berg and B. Ericksson (Eds): *Children and Exercise IX*. Baltimore: University Park Press: 166-174.

-
- Saris, WHM. (1986). Habitual physical activity in children: methodology and findings in health and disease. *Medicine Sciences Sports Exercise*; 18: 253-263.
- Scheaffer, R.; Mendenhall, W y Ott, L. (1987). *Elementos de muestreo*. México: Ed. Iberoamericana.
- Schnurr, P.P., Vaillant, C.O., y Vaillant, G.E. (1990). Predicting exercise in late midlife from young adult personality characteristics. *International Journal of Aging and Human Development*, 30 (2): 153-160.
- Serra, J. R. (coordinador) (1996). *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Barcelona: Ed. Paidotribo.
- Serrano, M.I. (1989). *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid. Diaz de Santos.
- Scanlan, T. & Lewthwaite, R. (1986) Social psychological aspects of competition for male youth sport participants: Predictors of enjoyment. *Journal of Sport Psychology*, 8, 25-35.
- Scanlan, T., Stein, G. & Ravizza, K. (1988). An in-depth study of former elite figure skaters: Sources of enjoyment. *Journal of Sport & exercise Psychology*, 11, 65-83.
- Shah, M., Jeffery, R.W.(1991). Is obesity due to overeating and inactivity, or to a defective metabolic rate?. *A review. Annual Behaviour Medical*; 13: 73-81.
- Sherrill, C., Holguin, O. & Caywood, A. (1989). Fitness, attitude toward physical education and self-concept of elementary school children. *Perceptual and Motor Skill*, 69, 411-414.
- Shephard, R.J. (1995). Physical activity, health and well-being at different life stages. *Research quarterly for exercise and sport*, 66 (4): 298-302.
- Silva, L.C. (1993). *Muestreo para la investigación en ciencias de la salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Simon, J.A. & Smoll, F.L. (1974). An instrument for assessing Children`s attitudes toward physical education. *Research quarterly*, 45, 407-415.
- Simons-Morton, B.G.(1988). Health-related physical fitness in childhood: status and recommendations. *American Review of Public Health*;9: 403-425.
- Simons-Morton, B.G., O`Hara, N.M., Simons-Morton, D.G., et al (1987). Children and fitness: a public health perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 58: 295-302.

- Simons-Morton, B.G., Parcel, G.S., O'hara, N.M., Blair, S.N., Pate, R.R. (1988). Heath-Related physical fitness in childhood: Status and Recomendations. *Annual Review Public Health*; 9:403-425.
- Snyder, E. & Kivlin, E. (1975). Women athletes and aspects of psychological well-being and body image. *Research Quarterly*, 46 (2), 191-199.
- Sports Council (1982). *Sport in the community: The next ten years*. London. Sport Council.
- Sleap, M y Warburton, P. (1992). Physical activity levels of 5-11 year-old children in England as determined by continuous observation. *Research Quarterly Exercise Sport*, 63 (3): 238-245.
- Smith ,M.D.(1979). Getting involved in sport: Sex differences.*International review of sport sociology*, 14 (2), 93-101.
- Snyder, E. y Spreitzer, E. (1973). Family influence and involvement in sports. *Research Quarterly Exercise Sport*, 44. 249-255.
- Snyder, E. y Spreitzer, E. (1976). Correlates of sport participation among adolescent girls. *Research quarterly Exercise Sport*, 47 (4): 804-809.
- Solas, O. (1988). Planificación y desarrollo de una investigación por encuesta. *En: Curso Diseño de cuestionarios para investigación en Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1992.*
- Spady, E. (1971). Status, achievement and motivation in American High school. *School Review*, 79: 171-182.
- Stephard, R. J. (1984). Physical activity and "wellness" of the child. En R. A. Boileau (Ed.). *Advances in Pediatric Sport Sciences, vol. 1* Champaign: Human Kinetics, 1-27.
- Stephens, J.R. Sutton, B.D. Mcpherson (eds): *Exercise, fitness and health*. Champaign, Illinois. Human kinetics books: 637-654.
- Steward, K.J., Lipis, P.H., Seemans, C.M., McFarland, L.D. Weinhofer, J.J. y Brown, C.S. (1995). Heart healthy knowledge, food patterns, fatness, and cardiac risk factors in children receiving nutrition education. *Journal of health education*; 26, 6: 381-387.
- Steward, M. & Corbin, C. (1998). Feedback dependence among low confidence preadolescent boys and girl. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59 (2), 160-164.
- Stump, U. (1996). *Como adquirir una buena condición física jugando*. Barcelona: Paidotribo.

-
- Taylor, W., Baranowski, T.(1991). Physical activity, cardiovascular fitness, and adiposity in children. *Research Quaterly Exercise Sport*; 62: 157-163.
- Telama, R. Kannas, L. y Tynjala, J. (1995). Comparitive and international studies in physical activity and sports: A Scandinavian perspective. In B. Svoboda y A. Rychtecky (Eds.), *Physical activity for life: East and West, South and North*. Verlag: Meyer y Meyer: 324-336.
- Tercedor, P (1994). Analisis de los factores de seguridad e higiene de las instalaciones deportivas de centros escolares. En: S. Romero. (coor.). *Didáctica de la Educación Física: Diseños curriculares en Primaria*. Sevilla: Wanceulen.
- Tercedor, P (1998). Estudio sobre la relación entre actividad física habitual y condición física-salud en una población escolar de 10 años de edad. *Tesis Doctoral*. Universidad de Granada.
- Tercedor, P. Avila, F. de la Torre, M.A. y Montiel, R. (1996). Utilización de cuestionarios de actividad física en promoción de la salud. *Revista española de E.F. y deportes*; 3 (3): 31-36
- Thompson, R. y Trattner, R. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, Illionis: Human Kinetics Publishers.
- Thoulon-Page, CH. (1991). *Cuadernos de dietética. Alimentación de las personas sanas*. Barcelona: Masson, S.A.
- Tierno Jiménez, B. (1998) *Adolescentes. Las cien preguntas clave*. Madrid: Ediciones Temas de hoy.
- Tomás,L (1989). Efectos del ejercicio en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Archivos de medicina del deporte*. VI, 23, 251-253.
- Torre, E. (1998).La actividad física deportiva extraescolar y su interrelación con el área de educación física en el alumnado de Enseñanzas Medias. *Tesis Doctoral*. Universidad de Granada.
- Torre Ramos, E.; Cárdenas Vélez, D. y García Montes, E. (2001) La Motivación en la práctica deportiva. *Revista Digital - Buenos Aires - N° 39 - Agosto de 2000*.
- Torres, J. (1993). Preparación Física aplicada a voleibol. En Federación Andaluza de voleibol: *Manual del Preparador de Voleibol Nivel 2. Tomo 21*. Cádiz: La Voz.
- Torres, J. (1996). *Teoría y práctica del entrenamiento deportivo. Consideraciones didácticas*. Granada: Proyecto Sur Ediciones.
- Torres, J. (1998). Contribución de la actividad física a la salud, al ocio activo y a la calidad de vida. *Rev. Conceptos*, n1 3, 65-95.

- Torres, J. (2000) Dinámica de los esfuerzos en condición física y salud. En Salinas García, F. (coord.). *La actividad física y su práctica orientada hacia la salud*. pp.71-82. Granada: Grupo Editorial Universitario
- Torres, J. (2005) Motivación y socialización en el Deporte en Edad escolar. Nuevas perspectivas en la sociedad postmoderna. En Actas Congreso de Deporte en Edad Escolar. pp. 112-136. Valencia
- Turner, J.C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. En San Martín, J. E. (1997). *Psicosociología del ocio y del turismo*. p. 73. Archidona. Aljibe.
- Tuvilla Rayo, José (2002) Reformas Educativas, Transversalidad y Derechos Humanos. Documento web disponible en: <http://www.eip-cifedhop.org/espagnol/dosieres/tuvilla5.htm>.
- Usátegui Basozabal, E. (2003) «*La educación en Durkheim: ¿socialización versus conflicto?*». Revista Complutense de Educación. Vol. 14. Núm. 1. Págs. 175–181.
- Vander, J.W. (1990). *Manual de psicología social*. Barcelona: Paidós.
- Vázquez, B. (1993). *Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres españolas*. Madrid: Mº Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Vázquez Gómez, B. (2004) Deporte, Olimpismo y Educación. *Revista Crítica*. Julio-Agosto 2004. Nº 917
- Velázquez, R. (1996): “Actividad físico-deportiva: una respuesta educativa”. *Revista española de E.F.* Vol.3, nº 2: 4-13.
- Velázquez Buendía, R. (1996). .Actividad físico deportiva y calidad de vida: una respuesta educativa. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, Vol. 3, nº 2, p.p. 4-13.
- Vickery, D.M. y Fries, J.F. (1981). Your habits and your health: it’s up to you. *Corporate fitness report*; 1, 10: 115-119.
- Visauta, B. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para windows. Estadística multivariante*. Volumen II. Madrid: McGraw-Hill.
- Voli, F. (2004) *Sentirse bien en el aula. Manual de convivencia para profesores*. Madrid. Editorial PPC.
- Ulrich, B. (1987). Perceptions of physical competence, motor competence, and participation in organized sport: Their interrelationships in young children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 58 (1): 57-67.
- Urdaniz, G. (1994). El conocimientos de la motivaciones deportivas y su relación con la gestión deportiva. Ciencias Sociales y Deportes. AEISAD:

-
- Wankel, L. M., & Kriesel, P.S. (1985). Factors underlying enjoyment of youth sports: Sport and age group comparisons. *Journal of sport Psychology*, 7, 51-64.
- Weiss, M. R. & Knoppers, A. (1982). The influence of socializing agents of female collegiate volleyball players. *Journal of sport psychology*, 4, 267-279.
- Weiss, M. R. (1993). Intensive participation in children's sports. Champaign, IL. Humana Kinetics
- Weinberg, R., Gould, D. & Jackson, A. (1979). Expectations and performance : An empirical test of Bandura's self-efficacy theory. *Journal of Sport Psychology*.
- Williams, A. (1988). Physical activity patterns among adolescents: some curriculum implications. *Physical Education Review*, 11 (1): 28,39.
- Williams, C. (1994). Coronary heart disease prevention in childhood. Part I: background and rationale. *Medicine Exercise Nutrition and Health*, 3 (4) 194-205.
- White, A. & Coakley, J. (1986) Making decisions: The response of young people in the midway towns to the ever thought of sport. Campaign, Sports Council.
- Wold, B, Aaro, L.F. (1990). *Health behaviors in school-age children: a who cross national survey*.
- Yamaguchi, Y. (1984). A comparative study of adolescent socialization into sport: The case of Japan and Canada. *International Review for the Sociology of Sport*, 19, 63-82
- Zunzunegui, J.L., Goyenechea, M.M., Román, J.M., Urkijo, E., Iturriza, E y Ulazia, X. (1995). *Comportamiento y hábitos alimentarios en jóvenes deportistas*. Vitoria: Instituto de deportes. Diputación Foral de Alava.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES GENERALES

El Departamento de Educación Física de la Universidad de Ciego de Ávila está realizando un estudio sobre algunos aspectos de la forma de vivir de los escolares avileños. Para ello, aplicaremos una encuesta y queremos aclarar que no se trata de ningún examen; se le está pasando a estudiantes de tu misma edad en otros centros, que también han sido elegidos al azar en un sorteo.

Por tal motivo, solicitamos tu habitual **colaboración**. Es muy importante que conozcas que, en ningún momento, tus padres, directivos ni los profesores de tu colegio sabrán lo que tú escribas. Por favor, responde con la **máxima sinceridad** posible a todas las preguntas, sin fijarte en lo que pongan tus compañeros.

Las preguntas se harán en varios bloques, sobre tus hábitos de vida, que los indicaremos con mayúsculas. Las preguntas las tendrás que contestar según se te indique, que será normalmente **colocando un círculo** alrededor del número que mejor refleje tu opinión. Tendrás que elegir una sola opción en cada pregunta, a no ser que se te indique lo contrario. Si te equivocas la tachas con una cruz y vuelves a redondear otro número.

Si tienes alguna duda, levanta la mano y pregunta al encuestador. Cuando termines déjalo boca abajo encima de la mesa.

Muchas gracias.

CUESTIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

Indica el nombre de tu COLEGIO:

Indica en qué CURSO Y GRUPO estás:

Indica tu FECHA DE NACIMIENTO:

¿Cual es tu SEXO?: (Redondea con un círculo el nº correspondiente).

1. Masculino
2. Femenino

B-1.- PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.

1.- ¿Practicas alguna actividad física o deportiva fuera de las horas de clase? (Puede ser en el colegio/instituto o fuera de él)

1. Sí, frecuentemente.
2. Sí, todos los fines de semana.
3. Sí, de vez en cuando.
4. Sólo durante las vacaciones. (Pasa a la pregunta nº 41.2)
5. Rara vez o nunca. (Pasa a la pregunta nº 41.2).

2.- En caso de practicar actividad física o deportiva (si has contestado 1, 2 o 3 en la pregunta anterior), **indica los 3 principales motivos que te llevan a hacerlo**: (Pon 3 círculos en los números que tú creas conveniente)

1. Porque me gusta y me divierto.
2. Por encontrarme con amigos.
3. Porque es mejor para la salud y me siento mejor.
4. Por mantener la línea.
5. Por salir de lo habitual (evasión).
6. Porque me gusta competir.
7. Porque me gustaría dedicarme profesionalmente al deporte.
8. Otras razones:

3.- En caso de no hacer actividad física o deporte fuera del horario escolar (haber contestado las opciones 4 o 5 de la pregunta 41), **indica las 3 razones fundamentales**:

1. No me gusta.
2. No se me da bien realizar actividades deportivas.
3. No tengo tiempo.
4. No hay instalaciones deportivas adecuadas cerca de casa.
5. Por pereza o desgana.
6. No me dejan mis padres.
7. No tengo compañeros-as con quien realizarlo.
8. Otras razones:

4.- ¿Cuántos días a la semana realizas actividad física, de cierta intensidad, fuera del horario de clase? (Actividades que produzcan cansancio, sudor,...)

1. Más de 5 días.
2. 3-5 días.
3. 1-2 días.
4. Ninguno.

5.- ¿Qué actividad física o deporte practicas y con qué frecuencia?.(Contesta a todos los deportes, poniendo una cruz)

	3 veces o más por semana	1 o 2 veces por semana	Con menos frecuencia	Sólo en vacaciones	Nunca
Natación					
Fútbol o fútbol-sala					
Baloncesto					
Balonmano					
Juegos diversos muy activos					
Voleibol					
Atletismo					
Correr					
Tenis u otros deportes de Raqueta					
Hockey					
Judo o Artes Marciales					
Ciclismo					
Béisbol					
Danza, baile o Aerobic					
Otro					
	3 veces o más por semana	1 o 2 veces por semana	Con menos frecuencia	Sólo en vacaciones	Nunca

6.- ¿Cómo vas normalmente al colegio o instituto?

1. Andando, en bici o patinando.
2. En coche, moto o utilizando el transporte público.
3. Unas veces lo primero y otras veces lo segundo.

7.- ¿Participas en las actividades deportivas (escolares y extraescolares) de tu Centro?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

8.- ¿Participas en las actividades deportivas de tu Ciudad? (ligas municipales de cualquier deporte, carrera popular)

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

B-2.- ALIMENTACIÓN

9.- ¿Cuántas veces ingieres alimentos al día? (Se refiere a desayuno, a media mañana, almuerzo, merienda y comida).

1. Una.
2. Dos.
3. Tres.
4. Cuatro o más.

10.- ¿Sueles tomar más cantidad de alimentos en la comida que en el almuerzo de mediodía?

1. Sí.
2. No
3. La misma cantidad, más o menos.

11.- Indica lo que sueles tomar generalmente durante el recreo. (Elige sólo una)

1. Frutas o refrescos.
2. Bocadillos y alguna bebida no alcohólica.
3. Dulces, panecillos y/o golosinas.
4. Nada.

12.- ¿Cuántas piezas de fruta comes al día?

1. Ninguna.
2. Una.
3. Dos.
4. Tres o más.

13.- ¿Qué cantidad de agua sueles beber cada día? (Indica el número de vasos)

6 o menos vasos

7 o más vasos

14.- ¿Con qué frecuencia bebes o tomas algunos de los siguientes alimentos?:(Pon una cruz en la casilla que elijas, de cada uno de los alimentos. Si te equivocas, le pones un círculo alrededor de la cruz, e indicas otra opción)

	Más de 1 vez al día	1 vez al día	Algunas veces a la semana	Algunas veces al mes	Nunca
Café					
Leche o batidos					
Refrescos o colas					
Jugos Naturales					
Hamburguesas o Salchichas					
Embutidos (chorizo,...)					
Papas fritas					
Pasteles y dulces					
Verduras y hortalizas					
Fruta					
Golosinas (caramelos,...)					
Legumbres (frijoles, garbanzos, lentejas,..)					
Mantequilla o Margarina					
Yogurt					
Queso					

15.- ¿Con qué frecuencia semanal tomas los siguientes alimentos?:

	Todos los Días	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Rara vez o nunca
Carne					
Pescado					
Huevos o tortilla					

B- 3.- TIEMPO LIBRE

16.- ¿Qué tiempo sueles pasar viendo televisión o vídeo un día normal de clase?

1. Más de 3 horas.
2. Entre 1 y 3 horas.
3. Menos de 1 hora.
4. Nada.

17.- ¿Tienes en tu casa computadora o videojuego (por ejemplo, nintendo, supernintendo,...)?

1. Sí.
2. No.

18.- ¿Con qué frecuencia juegas con la computadora -o videojuego-?

1. Todos los días.
2. 3-5 días por semana.
3. 1-2 días por semana.
4. Rara vez o nunca.

19.- ¿Cuánto tiempo sueles jugar cada día con computadora o el videojuego? (Sumando lo que juegues en tu casa más fuera de ella)

1. Más de 3 horas.
2. Entre 1 y 3 horas.
3. Menos de 1 hora.
4. Nada.

20.- ¿Sueles ir como espectador a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad? (partidos de béisbol, fútbol, voleibol, baloncesto, teatro, ballet, etc.).

1. Mucho (siempre o casi siempre).
2. Bastante (con cierta frecuencia).
3. Algo (a veces).
4. Nada (nunca).

21.- ¿Sueles ver los programas deportivos que se emiten por televisión?

1. Sí, casi todos.
2. Sí, pero fundamentalmente los partidos de béisbol.
3. Sólo algunos (de vez en cuando).
4. Nunca.

B-4.- SUSTANCIAS ADICTIVAS.

22.- ¿Has fumado alguna vez tabaco? (al menos fumar 1 cigarrillo)

1. Sí. (Pasa a la 23)
2. No. (Pasa a la pregunta nº 26)

23.- Si has respondido que sí en la pregunta anterior (15), ¿a qué edad aproximada lo hiciste?

..... años.

24.- ¿Fumas en la actualidad?

1. Diariamente.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca. (Pasa a la pregunta nº 26)

25.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

1. Menos de 5.
2. Entre 5 y 10.
3. Entre 11 y 20.
4. Más de 21.

26.- ¿Fuma tu padre?

1. No, nunca ha fumado.
2. No, dejó de fumar.
3. De vez en cuando o en determinadas ocasiones.
4. Sí, diariamente.
5. No tengo padre.

27.- ¿Fuma tu madre?

1. No, nunca ha fumado.
2. No, dejó de fumar.
3. De vez en cuando o en determinadas ocasiones.
4. Sí, diariamente.

28.- ¿Has tomado alguna bebida alcohólica? (al menos 1 copa o vaso)

1. Sí. (Pasa a la pregunta nº 29)
2. No. (Pasa a la pregunta nº 36)

29.- Si has contestado que sí en la pregunta anterior, ¿qué edad tenías aproximadamente cuando bebiste por primera vez?

.... años.

30.- ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas durante los días de la semana? (De Lunes a Jueves).

1. 3-4 veces por semana.
2. 1-2 veces por semana.
3. A veces (algún día).
4. Nunca.

31.- ¿Sueles tomar este tipo de bebidas (alcohólicas) durante el fin de semana? (De Viernes a Domingo).

1. 2-3 días.
2. 1 día.
3. A veces (algún fin de semana).
4. Nunca.

32.- Actualmente, ¿con qué frecuencia tomas durante la semana las siguientes bebidas?:

	6-7 días	4-5 días	1-3 días	Raras veces	Nunca
Cerveza					
Crema con alcohol					
Ron					

33.- ¿Te has emborrachado alguna vez?

1. Sí.
2. No. (Pasa a la pregunta 36)

34.- Si has contestado que sí en la pregunta anterior (18.5), ¿qué edad tenías, aproximadamente, cuando te emborrachaste por primera vez? años.

35.- ¿Cuántas veces te has emborrachado?

1. 1 vez.
2. 2-3 veces.
3. 4-10 veces.
4. Más de 10 veces.

36.- ¿Toma alcohol tu padre? (aunque sea un vaso de cerveza o vino durante las comidas).

1. No, nunca ha bebido.
2. No, dejó de beber.
3. De vez en cuando o en determinadas ocasiones.
4. Sí, diariamente.
5. No tengo padre.

37.- ¿Toma alcohol tu madre?

1. No, nunca ha bebido.
2. No, dejó de beber.
3. De vez en cuando o en determinadas ocasiones.
4. Sí, diariamente.
5. No tengo madre.

B- 5.- ACTITUD POSTURAL.

38.- ¿Cuál de las siguientes formas de llevar el material a clase sueles utilizar habitualmente?

1. En la mochila (cruzada por la espalda).
2. En la mochila o bolsa de deporte, colgada de 1 hombro.
3. En carrito.
4. En la mano.

39.- Cuando te acuestas a dormir, ¿qué posición sueles adoptar?

1. Boca abajo.
2. Boca arriba.
3. De lado.

40.- Mira el dibujo e indica en qué posición sueles estar más tiempo sentado en clase.

1.



2.

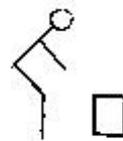


41.- Fijate en los 2 gráficos e indica qué postura utilizas normalmente para coger algo que pese mucho del suelo (por ejemplo, una mochila llena de libros).

1.



2.



42.- ¿Cuál de estos dibujos se parece más a la altura de la mesa y la silla que utilizas en tu clase?

1.



2.



3.



B-6.- HIGIENE DIARIA Y DEPORTIVA.

43.- ¿Cuántas veces te cepillas los dientes a la semana?

1. Todos los días dos veces o más.
2. Todos los días una vez.
3. Algunas veces (de vez en cuando).
4. Ninguna.

44.- ¿Te lavas las manos antes de comer?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

45.- ¿Cuántas veces te duchas a la semana? (Indica un número).

..... veces.

1. 3 veces o menos
2. 4 veces o más

46.- Cuando terminas la clase de Educación Física en el Colegio o Instituto, ¿te cambias de camiseta?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

47.- Cuando te duchas en los vestuarios de una instalación deportiva, ¿Utilizas chancletas?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca me ducho en los vestuarios.

48.- ¿Utilizas calzado y ropa deportiva para hacer actividad física?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

49.- ¿Sueles beber agua después de realizar actividad física?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

50.- ¿Calientas o acondicionas tu cuerpo antes de iniciar alguna actividad física?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

51.- ¿Realizas estiramientos o actividad suave al finalizar la actividad física?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

52.- ¿Sueles tomarte las pulsaciones durante la actividad física?

1. Siempre.
2. Frecuentemente.
3. A veces.
4. Nunca.

B-7.- VALORACIÓN DE LA ASIGNATURA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

53.- ¿Te gustan las clases de Educación Física?

1. Mucho.
2. Bastante.
3. Poco.
4. Nada.

54.- ¿Piensas que la asignatura de Educación Física debería tener más horas semanales?

1. Sí, que tenga más horas.
2. No, que se quede como está.
3. No, que tenga menos horas.

55.- ¿Qué importancia le das a la Educación Física, con respecto al resto de las asignaturas?

1. Mayor.
2. Igual.
3. Menor.

56.- ¿Para qué crees que sirven tus clases de Educación Física? (En cada una de las opciones pon una cruz donde tú que creas conveniente)

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Para fortalecer mi cuerpo y así estar más en forma.				
Para divertirme y pasarlo bien.				
Para saber cómo mejorar la salud.				
Para aprender la técnica de diferentes deportes.				
Para animarme a practicar deporte fuera del horario de clase.				
Para aprender diferentes habilidades gimnásticas (volteretas, equilibrios, etc.)				
Otros:				

B- 8.- FACTORES COGNITIVOS Y SOCIO-AFECTIVOS RESPECTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE.

57.- ¿Pertenece a algún equipo o deportivo?

1. Sí.
2. No.

58.- ¿Actualmente, te gustaría hacer más actividad física de la que haces?

1. Sí.
2. No.
3. Me da igual.

59.- ¿Te gustaría practicar algún deporte cuando tengas más de 30 años?

1. Sí.
2. No.
3. Me da igual.

60.- ¿Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu escuela fuera del horario de clase?

1. Sí.
2. No.
3. No hay instalaciones.

61.- ¿Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu barrio?

1. Sí.
2. No.
3. No hay instalaciones.

62.- ¿Realiza tu padre actividad física habitualmente?

1. Sí.
2. No.
3. A veces.
4. No tengo padre.

63.- ¿Realiza tu madre actividad física habitualmente?

1. Sí.
2. No.
3. A veces.
4. No tengo madre.

64.- ¿Te gustaría que tus padres realizaran más actividad física o deportiva?

1. Sí.
2. No.
3. Me da igual.

65.- ¿Qué crees que es mejor o más sano para tu cuerpo?

1. Deporte de alto rendimiento (por ej. Selección cubana de béisbol.)
2. Deporte aficionado (por ej. equipo de tu barrio que juegan los fines de semana)
3. Actividad física moderada (por ej. andar correr, bici, aerobio etc)
4. No hacer deporte ni actividad física

B- 9.- PERCEPCIÓN DE TU ESTADO DE SALUD.

66.- ¿Cómo piensas que es tu condición física?

1. Muy buena.
2. Buena.
3. Normal.
4. Mala.
5. Muy mala.

67.- ¿Cómo crees que es de buena y sana tu alimentación?

1. Muy buena.
2. Buena.
3. Normal.
4. Mala.
5. Muy mala.

68.- ¿Cómo crees que es tu salud?

1. Muy buena.
2. Buena.
3. Normal.
4. Mala.
5. Muy mala.

B- 10.- VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO.

69.- Para ti, rellenar el cuestionario ha sido.

1. Fácil.
2. Normal.
3. Difícil.

Queremos agradecer la bondad que tenido al llenar el cuestionario planteado, estamos seguros que tu valiosa colaboración en un breve tiempo permitirá contribuir al mejoramiento del estilo de vida de los escolares avileños. Muchas gracias.

ANEXO II

MUESTRAS DE LOS RESULTADOS EXPUESTO EN TABLAS.

Tabla II.1-¿Prácticas alguna AF-D fuera de las horas de clase?

		Prácticas alguna AF-D fuera de las horas de clase					Total	
		Sí, frecuentemente	Sí, todos los fines de semana	Sí de vez en cuando	Sólo durante las vacaciones	Rara vez o nunca		
Sexo	Varones	Recuento	28	15	6	17	50	116
		% de Sexo	24,1%	12,9%	5,2%	14,7%	43,1%	100,0%
	Mujeres	Recuento	12	8	4	21	64	109
		% de Sexo	11,0%	7,3%	3,7%	19,3%	58,7%	100,0%
Total		Recuento	40	23	10	38	114	225
		% de Sexo	17,8%	10,2%	4,4%	16,9%	50,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,864(a)	4	,028

Tabla II.2- Motivos de la práctica de actividad físico-deportiva-1.

		Motivos de la practica de AF-D 1			Total	
		Porque me gusta y me divierto	Por encontrarme con amigos	Porque es mejor para la salud		
Sexo	Varones	Recuento	31	3	14	48
		% de Sexo	64,6%	6,3%	29,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	22	2	1	25
		% de Sexo	88,0%	8,0%	4,0%	100,0%
Total		Recuento	53	5	15	73
		% de Sexo	72,6%	6,8%	20,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,382(a)	2	,041

ANEXOS

Tabla II.3-Motivos de la práctica de actividad físico-deportiva-2.

			Motivos de la práctica de AF-D 2					Total
			Por encontrarme con amigos	Porque es mejor para la salud	Por mantener la línea	Por salir de lo habitual	Porque me gustaría competir	
Sx	Varones	Recuento	16	14	8	7	3	48
		% de Sexo	33,3%	29,2%	16,7%	14,6%	6,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	3	14	7	1	0	25
		% de Sexo	12,0%	56,0%	28,0%	4,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	19	28	15	8	3	73
		% de Sexo	26,0%	38,4%	20,5%	11,0%	4,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,230(a)	4	,037

Tabla II.4-Motivos de la práctica de actividad físico-deportiva-3.

			Motivos de la práctica de AF-D 3					Total
			Porque es mejor para la salud	Por mantener la línea	Porque me gustaría competir	Porque me gustaría dedicarme profesionalmente al deporte	Otras razones	
Sexo	Var.	Recuento	11	7	18	10	2	48
		% de Sexo	22,9%	14,6%	37,5%	20,8%	4,2%	100,0%
	Muj.	Recuento	3	8	11	1	2	25
		% de Sexo	12,0%	32,0%	44,0%	4,0%	8,0%	100,0%
Total		Recuento	14	15	29	11	4	73
		% de Sexo	19,2%	20,5%	39,7%	15,1%	5,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,155(a)	4	,128

Tabla II.5-Motivos para no hacer Actividad Físico-Deportiva-1

		Motivos para no hacer AF-D 1					Total
		No me gusta	No se me da bien realizar AF	No tengo tiempo	No hay instalaciones deportivas adecuadas		
Sexo	Varones	Recuento	54	9	4	2	69
		% de Sexo	78,3%	13,0%	5,8%	2,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	54	14	8	9	85
		% de Sexo	63,5%	16,5%	9,4%	10,6%	100,0%
Total		Recuento	108	23	12	11	154
		% de Sexo	70,1%	14,9%	7,8%	7,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,269(a)	3	,153

Tabla II.6-Motivos para no hacer Actividad Físico-Deportiva-2

		Motivos para no hacer AF-D 2						Total	
		No se me da bien realizar AF	No tengo tiempo	No hay instalaciones deportivas adecuadas	Por pereza o desgana	No me dejan mis padres	No tengo compañeros-as con quien realizarlo		
Sexo	Varo.	Recuento	8	18	40	3	0	0	69
		% de Sexo	11,6%	26,1%	58,0%	4,3%	,0%	,0%	100,0%
	Mujer.	Recuento	4	36	32	6	2	5	85
		% de Sexo	4,7%	42,4%	37,6%	7,1%	2,4%	5,9%	100,0%
Total		Recuento	12	54	72	9	2	5	154
		% de Sexo	7,8%	35,1%	46,8%	5,8%	1,3%	3,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,719(a)	5	,012

Tabla II.7-Motivos para no hacer Actividad Físico-Deportiva-3

			Motivos para no hacer AF-D 3					Total	
			No me gusta	No tengo tiempo	No hay instalaciones deportivas adecuadas	Por pereza o desgana	No tengo compañeros-as con quien realizarlo	Otras razones	
Sex	Var.	Recuento	0	4	20	0	39	6	69
		% de Sexo	,0%	5,8%	29,0%	,0%	56,5%	8,7%	100,0%
	Muj.	Recuento	1	2	25	1	51	5	85
		% de Sexo	1,2%	2,4%	29,4%	1,2%	60,0%	5,9%	100,0%
Total		Recuento	1	6	45	1	90	11	154
		% de Sexo	,6%	3,9%	29,2%	,6%	58,4%	7,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,286(a)	5	,656

Tabla II.8-Cuántos días realizas actividad física de cierta intensidad?

			Cuántos días realizas AF de cierta intensidad				Total
			Más de 5 días	3-5 días	1-2 días	Ninguno	
Sexo	Varones	Recuento	5	1	28	82	116
		% de Sexo	4,3%	,9%	24,1%	70,7%	100,0%
	mujeres	Recuento	0	1	14	94	109
		% de Sexo	,0%	,9%	12,8%	86,2%	100,0%
Total		Recuento	5	2	42	176	225
		% de Sexo	2,2%	,9%	18,7%	78,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,277(a)	3	,016

Tabla II.9-Prácticas de natación

			Prácticas de natación					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	9	28	31	28	20	116
		% de Sexo	7,8%	24,1%	26,7%	24,1%	17,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	0	7	9	37	56	109
		% de Sexo	,0%	6,4%	8,3%	33,9%	51,4%	100,0%
Total		Recuento	9	35	40	65	76	225
		% de Sexo	4,0%	15,6%	17,8%	28,9%	33,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,831(a)	4	,000

Tabla II.10-Prácticas de fútbol

			Prácticas de fútbol					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	21	23	28	12	32	116
		% de Sexo	18,1%	19,8%	24,1%	10,3%	27,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	3	5	6	8	87	109
		% de Sexo	2,8%	4,6%	5,5%	7,3%	79,8%	100,0%
Total		Recuento	24	28	34	20	119	225
		% de Sexo	10,7%	12,4%	15,1%	8,9%	52,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65,372(a)	4	,000

ANEXOS

Tabla II.11-Prácticas de baloncesto

			Prácticas de baloncesto					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	20	25	29	15	27	116
		% de Sexo	17,2%	21,6%	25,0%	12,9%	23,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	5	11	11	4	78	109
		% de Sexo	4,6%	10,1%	10,1%	3,7%	71,6%	100,0%
Total		Recuento	25	36	40	19	105	225
		% de Sexo	11,1%	16,0%	17,8%	8,4%	46,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,518(a)	4	,000

Tabla II.12-Prácticas de balonmano

			Prácticas de balonmano					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	3	9	19	13	72	116
		% de Sexo	2,6%	7,8%	16,4%	11,2%	62,1%	100,0%
	Mujeres	Recuento	2	3	6	7	91	109
		% de Sexo	1,8%	2,8%	5,5%	6,4%	83,5%	100,0%
Total		Recuento	5	12	25	20	163	225
		% de Sexo	2,2%	5,3%	11,1%	8,9%	72,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,770(a)	4	,008

Tabla II.13-Prácticas de juegos diversos

			Prácticas de juegos diversos					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	25	37	22	14	18	116
		% de Sexo	21,6%	31,9%	19,0%	12,1%	15,5%	100,0%
	Mujeres	Recuento	20	19	18	24	28	109
		% de Sexo	18,3%	17,4%	16,5%	22,0%	25,7%	100,0%
Total	Recuento		45	56	40	38	46	225
	% de Sexo		20,0%	24,9%	17,8%	16,9%	20,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,340(a)	4	,023

Tabla II.14-Prácticas de voleibol

			Prácticas de voleibol					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	27	29	24	16	20	116
		% de Sexo	23,3%	25,0%	20,7%	13,8%	17,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	9	20	24	12	44	109
		% de Sexo	8,3%	18,3%	22,0%	11,0%	40,4%	100,0%
Total	Recuento		36	49	48	28	64	225
	% de Sexo		16,0%	21,8%	21,3%	12,4%	28,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,026(a)	4	,000

Tabla II.15-Prácticas de atletismo

			Prácticas de atletismo					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	21	15	27	14	39	116
		% de Sexo	18,1%	12,9%	23,3%	12,1%	33,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	5	6	24	6	68	109
		% de Sexo	4,6%	5,5%	22,0%	5,5%	62,4%	100,0%
Total		Recuento	26	21	51	20	107	225
		% de Sexo	11,6%	9,3%	22,7%	8,9%	47,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,746(a)	4	,000

Tabla II.16-Prácticas de carreras

			Prácticas de carreras					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	41	26	19	12	18	116
		% de Sexo	35,3%	22,4%	16,4%	10,3%	15,5%	100,0%
	Mujeres	Recuento	14	22	34	14	25	109
		% de Sexo	12,8%	20,2%	31,2%	12,8%	22,9%	100,0%
Total		Recuento	55	48	53	26	43	225
		% de Sexo	24,4%	21,3%	23,6%	11,6%	19,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,927(a)	4	,001

Tabla II.17-Prácticas de tenis

			Prácticas de tenis					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	5	10	26	20	55	116
		% de Sexo	4,3%	8,6%	22,4%	17,2%	47,4%	100,0%
	Mujeres	Recuento	1	5	14	15	74	109
		% de Sexo	,9%	4,6%	12,8%	13,8%	67,9%	100,0%
Total		Recuento	6	15	40	35	129	225
		% de Sexo	2,7%	6,7%	17,8%	15,6%	57,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,239(a)	4	,024

Tabla II.18-Prácticas de hockey

			Prácticas de hockey					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	2	4	9	9	92	116
		% de Sexo	1,7%	3,4%	7,8%	7,8%	79,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	2	1	6	0	100	109
		% de Sexo	1,8%	,9%	5,5%	,0%	91,7%	100,0%
Total		Recuento	4	5	15	9	192	225
		% de Sexo	1,8%	2,2%	6,7%	4,0%	85,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,527(a)	4	,021

ANEXOS

Tabla II.19-Prácticas de judo

			Prácticas de judo					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	10	9	16	6	75	116
		% de Sexo	8,6%	7,8%	13,8%	5,2%	64,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	4	3	5	3	94	109
		% de Sexo	3,7%	2,8%	4,6%	2,8%	86,2%	100,0%
Total		Recuento	14	12	21	9	169	225
		% de Sexo	6,2%	5,3%	9,3%	4,0%	75,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,265(a)	4	,006

Tabla II.20-Prácticas de ciclismo

			Prácticas de ciclismo					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	8	21	24	5	58	116
		% de Sexo	6,9%	18,1%	20,7%	4,3%	50,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	17	2	8	2	80	109
		% de Sexo	15,6%	1,8%	7,3%	1,8%	73,4%	100,0%
Total		Recuento	25	23	32	7	138	225
		% de Sexo	11,1%	10,2%	14,2%	3,1%	61,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,541(a)	4	,000

Tabla II.21-Prácticas de béisbol

			Prácticas de béisbol					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	62	27	16	1	10	116
		% de Sexo	53,4%	23,3%	13,8%	,9%	8,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	0	12	10	8	79	109
		% de Sexo	,0%	11,0%	9,2%	7,3%	72,5%	100,0%
Total		Recuento	62	39	26	9	89	225
		% de Sexo	27,6%	17,3%	11,6%	4,0%	39,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	127,999(a)	4	,000

Tabla II.22-Prácticas de danza o bailes

			Prácticas de danza o bailes					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	3	6	10	9	88	116
		% de Sexo	2,6%	5,2%	8,6%	7,8%	75,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	26	15	18	8	42	109
		% de Sexo	23,9%	13,8%	16,5%	7,3%	38,5%	100,0%
Total		Recuento	29	21	28	17	130	225
		% de Sexo	12,9%	9,3%	12,4%	7,6%	57,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,541(a)	4	,000

ANEXOS

Tabla II.23-Prácticas de otras actividades

			Prácticas de otras actividades					Total
			3 veces o más por semana	1-2 veces por semana	Con menos frecuencias	Sólo en vacaciones	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	19	16	24	5	52	116
		% de Sexo	16,4%	13,8%	20,7%	4,3%	44,8%	100,0%
	Mujeres	Recuento	12	1	13	19	64	109
		% de Sexo	11,0%	,9%	11,9%	17,4%	58,7%	100,0%
Total		Recuento	31	17	37	24	116	225
		% de Sexo	13,8%	7,6%	16,4%	10,7%	51,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,303(a)	4	,000

Tabla II.24-¿Cómo vas normalmente al colegio?

			Como vas normalmente al colegio			Total
			Andando, en bici o patinando	Utilizando transporte publico	Unas veces lo primero y otras lo segundo.	
Sexo	Varones	Recuento	52	47	17	116
		% de Sexo	44,8%	40,5%	14,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	56	42	11	109
		% de Sexo	51,4%	38,5%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	108	89	28	225
		% de Sexo	48,0%	39,6%	12,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,498(a)	2	,473

Tabla II.25- ¿Participas en las actividades deportivas (escolar y extraescolar) de tu centro?

		Participas en las actividades deportivas (escol y extrescol) de tu centro				Total	
		Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	27	24	40	25	116
		% de Sexo	23,3%	20,7%	34,5%	21,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	16	5	54	34	109
		% de Sexo	14,7%	4,6%	49,5%	31,2%	100,0%
Total		Recuento	43	29	94	59	225
		% de Sexo	19,1%	12,9%	41,8%	26,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,520(a)	3	,000

Tabla II.26-Participas en las actividades deportivas de tu ciudad?

		Participas en las actividades deportivas de tu ciudad				Total	
		Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	16	11	65	24	116
		% de Sexo	13,8%	9,5%	56,0%	20,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	3	4	76	26	109
		% de Sexo	2,8%	3,7%	69,7%	23,9%	100,0%
Total		Recuento	19	15	141	50	225
		% de Sexo	8,4%	6,7%	62,7%	22,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,894(a)	3	,005

ANEXOS

Tabla II.27-Alimentación diaria

		Alimentación diaria				
			Dos	Tres	Cuatro o más	Total
Sexo	Varones	Recuento	20	20	76	116
		% de Sexo	17,2%	17,2%	65,5%	100,0%
	Mujeres	Recuento	35	36	38	109
		% de Sexo	32,1%	33,0%	34,9%	100,0%
Total		Recuento	55	56	114	225
		% de Sexo	24,4%	24,9%	50,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,132(a)	2	,000

Tabla II.28- Suelas tomar la misma cantidad de alimento en la comida y almuerzo

		Alimentación comida o almuerzo				
			Si	No	La misma cantidad más o menos	Total
Sexo	Varones	Recuento	64	16	36	116
		% de Sexo	55,2%	13,8%	31,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	56	16	37	109
		% de Sexo	51,4%	14,7%	33,9%	100,0%
Total		Recuento	120	32	73	225
		% de Sexo	53,3%	14,2%	32,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,330(a)	2	,848

Tabla II.29-Qué sueles tomar durante el receso?

		¿Qué sueles tomar durante el receso?				
			Frutas o refrescos	Dulces, Panecillos y/o golocinas	Nada	Total
Sexo	Varones	Recuento	42	63	11	116
		% de Sexo	36,2%	54,3%	9,5%	100,0%
	Mujeres	Recuento	21	78	10	109
		% de Sexo	19,3%	71,6%	9,2%	100,0%
Total		Recuento	63	141	21	225
		% de Sexo	28,0%	62,7%	9,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,434(a)	2	,015

Tabla II.30-Cantidad de frutas que comes al día

		Cantidad de piezas de frutas que comes al día				
			Ninguna	Dos	Tres o más	Total
Sexo	Varones	Recuento	20	66	30	116
		% de Sexo	17,2%	56,9%	25,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	47	44	18	109
		% de Sexo	43,1%	40,4%	16,5%	100,0%
Total		Recuento	67	110	48	225
		% de Sexo	29,8%	48,9%	21,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,080(a)	2	,000

Tabla II.31-Cantidad de vasos de agua que bebes al día

		Cantidad de vasos de agua que bebes al día		Total	
		6 o menos vasos	7 o más vasos		
Sexo	Varones	Recuento	48	68	116
		% de Sexo	41,4%	58,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	50	59	109
		% de Sexo	45,9%	54,1%	100,0%
Total		Recuento	98	127	225
		% de Sexo	43,6%	56,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,461(b)	1	,497

Tabla II.32-Frecuencia con que consumen verduras.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	137	60,9
Semanal	84	37,3
Ocasional	4	1,8
Total	225	100,0

Tabla 2.33-Frecuencia con que consumen frutas.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	157	69,8
Semanal	59	26,2
Ocasional	9	4,0
Total	225	100,0

Tabla II.34-Frecuencia con que consumen leguminosa.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	149	66,2
Semanal	52	23,1
Ocasional	24	10,7
Total	225	100,0

Tabla II.35-Frecuencia con que consumen lácteos.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	168	74,7
Semanal	49	21,8
Ocasional	8	3,6
Total	225	100,0

Tabla II.36-Frecuencia con que consumen proteínas.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	152	67,6
Semanal	58	25,8
Ocasional	15	6,7
Total	225	100,0

Tabla II.37-Frecuencia con que consumen embutidos.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	56	24,9
Semanal	107	47,6
Ocasional	62	27,6
Total	225	100,0

Tabla II.38-Frecuencia con que consumen mantequilla.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	77	34,2
Semanal	73	32,4
Ocasional	75	33,3
Total	225	100,0

Tabla II.39-Frecuencia con que consumen dulces.

Frecuencia	Recuento	Porcentaje
Diario	163	72,4
Semanal	52	23,1
Ocasional	10	4,4
Total	225	100,0

Tabla II.40-Tiempo frente al tv o video

			Tiempo frente al tv o video	
			Más de tres horas	Total
Sexo	Varones	Recuento	116	116
		% de Sexo	100,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	109	109
		% de Sexo	100,0%	100,0%
Total		Recuento	225	225
		% de Sexo	100,0%	100,0%

Tabla II.41-¿Tienes en casa pc o videojuego?

		Tienes en casa pc o videojuego		Total	
		Si	No		
Sexo	Varones	Recuento	28	88	116
		% de Sexo	24,1%	75,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	11	98	109
		% de Sexo	10,1%	89,9%	100,0%
Total		Recuento	39	186	225
		% de Sexo	17,3%	82,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,738(b)	1	,005

Tabla II.42-¿Juegas con Pc o video juegos?

		Juegas con el Pc o Videos Juegos				Total	
		Todos los días	3-5 días por semana	1-2 días por semana	Rara vez o nunca		
Sexo	Varones	Recuento	10	19	14	73	116
		% de Sexo	8,6%	16,4%	12,1%	62,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	3	9	18	79	109
		% de Sexo	2,8%	8,3%	16,5%	72,5%	100,0%
Total		Recuento	13	28	32	152	225
		% de Sexo	5,8%	12,4%	14,2%	67,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,867(a)	3	,049

Tabla II.43- ¿Tiempo de Juego con Pc o videos al día?

		Tiempo de Juego con Pc o videos al día				Total	
		Más de tres horas	Entre 1 y 3 horas	Menos de 1 hora	Nada		
Sexo	Varones	Recuento	22	17	35	42	116
		% de Sexo	19,0%	14,7%	30,2%	36,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	16	6	35	52	109
		% de Sexo	14,7%	5,5%	32,1%	47,7%	100,0%
Total		Recuento	38	23	70	94	225
		% de Sexo	16,9%	10,2%	31,1%	41,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,061(a)	3	,070

Tabla II.44- ¿Sueles ir a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad?

		Sueles ir a los acontecimientos deportivos y culturales de tu ciudad				Total	
		Mucho	Bastante	algo	Nada		
Sexo	Varones	Recuento	29	35	45	7	116
		% de Sexo	25,0%	30,2%	38,8%	6,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	5	16	77	11	109
		% de Sexo	4,6%	14,7%	70,6%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	34	51	122	18	225
		% de Sexo	15,1%	22,7%	54,2%	8,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,116(a)	3	,000

Tabla II.45- ¿Sueles ver los programas deportivos en la tv?

			Sueles ver los programas deportivos en la tv				Total
			Si ,casi todos	Si, pero fundamentalmente los partidos de béisbol	Sólo a algunos	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	43	44	28	1	116
		% de Sexo	37,1%	37,9%	24,1%	,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	17	17	73	2	109
		% de Sexo	15,6%	15,6%	67,0%	1,8%	100,0%
Total		Recuento	60	61	101	3	225
		% de Sexo	26,7%	27,1%	44,9%	1,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,425(a)	3	,000

Tabla II.46- ¿Has probado alguna vez tabaco?

			Has probado alguna vez tabaco		Total
			Si	No	
Sexo	Varones	Recuento	14	102	116
		% de Sexo	12,1%	87,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	11	98	109
		% de Sexo	10,1%	89,9%	100,0%
Total		Recuento	25	200	225
		% de Sexo	11,1%	88,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,222(b)	1	,637

Tabla II.47- ¿A que edad lo consumiste?

		A que edad lo consumiste				Total	
		11	12	13	14		
Sexo	Varones	Recuento	4	1	4	5	14
		% de Sexo	28,6%	7,1%	28,6%	35,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	0	1	2	8	11
		% de Sexo	,0%	9,1%	18,2%	72,7%	100,0%
Total		Recuento	4	2	6	13	25
		% de Sexo	16,0%	8,0%	24,0%	52,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,072(a)	3	,167

Tabla II.48- ¿En la actualidad sueles fumar?

		En la actualidad sueles fumar			Total	
		Diariamente	Frecuente mente	A veces		
Sexo	Varones	Recuento	8	4	2	14
		% de Sexo	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	8	3	0	11
		% de Sexo	72,7%	27,3%	,0%	100,0%
Total		Recuento	16	7	2	25
		% de Sexo	64,0%	28,0%	8,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,809(a)	2	,405

Tabla II.49- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

		Cuántos cigarrillos fumas al día		Total	
		Menos de 5	Entre 5 y 10		
Sexo	Varones	Recuento	10	4	14
		% de Sexo	71,4%	28,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	4	7	11
		% de Sexo	36,4%	63,6%	100,0%
Total		Recuento	14	11	25
		% de Sexo	56,0%	44,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,074(b)	1	,080

Tabla II.50- ¿Fuma tu padre?

		Fuma tu padre					Total	
		No, nunca ha fumado	No, dejo de fumar	De vez en cuando o en determinadas ocasiones	Si, diariamente	No, no tengo padre		
Sexo	Varones	Recuento	42	11	15	46	2	116
		% de Sexo	36,2%	9,5%	12,9%	39,7%	1,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	35	17	10	43	4	109
		% de Sexo	32,1%	15,6%	9,2%	39,4%	3,7%	100,0%
Total		Recuento	77	28	25	89	6	225
		% de Sexo	34,2%	12,4%	11,1%	39,6%	2,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,475(a)	4	,482

Tabla II.51-¿Fuma tu madre?

		Fuma tu madre				Total	
		No, nunca ha fumado	No, dejo de fumar	De vez en cuando o en determinadas ocasiones	Si, diariamente		
Sexo	Varones	Recuento	65	9	12	30	116
		% de Sexo	56,0%	7,8%	10,3%	25,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	57	7	9	36	109
		% de Sexo	52,3%	6,4%	8,3%	33,0%	100,0%
Total		Recuento	122	16	21	66	225
		% de Sexo	54,2%	7,1%	9,3%	29,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,532(a)	3	,675

Tabla II.52- ¿Has tomado alguna bebida alcohólica?

		Has tomado alguna bebida alcohólica		Total	
		Si	No		
Sexo	Varones	Recuento	102	14	116
		% de Sexo	87,9%	12,1%	100,0%
	Mujeres	Recuento	66	43	109
		% de Sexo	60,6%	39,4%	100,0%
Total		Recuento	168	57	225
		% de Sexo	74,7%	25,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,272(b)	1	,000

Tabla II.53- ¿Qué edad tenías cuando bebiste por primera vez?

		Que edad tenias cuando bebiste por primera vez								Total
		7	8	9	10	11	12	13	14	
Sex	Var. Recuento	1	2	3	12	19	19	29	17	102
	% de Sexo	1,0%	2,0%	2,9%	11,8%	18,6%	18,6%	28,4%	16,7%	100,0%
Sex	Muj. Recuento	0	2	1	1	8	16	20	18	66
	% de Sexo	,0%	3,0%	1,5%	1,5%	12,1%	24,2%	30,3%	27,3%	100,0%
Total	Recuento	1	4	4	13	27	35	49	35	168
	% de Sexo	,6%	2,4%	2,4%	7,7%	16,1%	20,8%	29,2%	20,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,496(a)	7	,162

Tabla II.54- ¿Tomas bebidas alcohólicas durante los días de la semana?

		Tomas bebidas alcoholicas durante los días de la semana			Total	
		1-2 veces por semana	A veces (algún día)	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	3	20	79	102
		% de Sexo	2,9%	19,6%	77,5%	100,0%
Sexo	Mujeres	Recuento	1	10	55	66
		% de Sexo	1,5%	15,2%	83,3%	100,0%
Total		Recuento	4	30	134	168
		% de Sexo	2,4%	17,9%	79,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,962(a)	2	,618

Tabla II.55- ¿Tomas bebidas alcohólicas durante el fin de semana?

		Tomas bebidas alcohólicas durante el fin de semana			Total	
		2-3 días	1 día	A veces (algún fin de semana)		
Sexo	Varones	Recuento	7	84	11	102
		% de Sexo	6,9%	82,4%	10,8%	
	Mujeres	Recuento	2	12	52	66
		% de Sexo	3,0%	18,2%	78,8%	100,0%
Total		Recuento	9	96	63	168
		% de Sexo	5,4%	57,1%	37,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79,392(a)	2	,000

Tabla II.56- ¿Te has emborrachado alguna vez?

		Te has emborrachado alguna vez		Total	
		Si	No		
Sexo	Varones	Recuento	47	54	101
		% de Sexo	46,5%	53,5%	100,0%
	Mujeres	Recuento	18	48	66
		% de Sexo	27,3%	72,7%	100,0%
Total		Recuento	65	102	167
		% de Sexo	38,9%	61,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,230(b)	1	,013

Tabla II.57- ¿Edad que tenías cuando te emborrachaste por primera vez?

		Edad en la que te emborrachaste por primera vez							Total
		8	9	10	11	12	13	14	
Sex	Var. Recuento	0	0	0	4	17	11	15	47
	% de Sexo	,0%	,0%	,0%	8,5%	36,2%	23,4%	31,9%	100,0%
Muj.	Recuento	1	1	1	0	2	2	10	17
	% de Sexo	5,9%	5,9%	5,9%	,0%	11,8%	11,8%	58,8%	100,0%
Total	Recuento	1	1	1	4	19	13	25	64
	% de Sexo	1,6%	1,6%	1,6%	6,3%	29,7%	20,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,393(a)	6	,017

Tabla II.58- ¿Cuántas veces te has emborrachado?

		Cuántas veces te has emborrachado			Total	
		1 vez	2-3 veces	4-10 veces		
Sexo	Varones	Recuento	24	19	3	46
	% de Sexo		52,2%	41,3%	6,5%	100,0%
Mujeres	Recuento	7	11	0	18	
	% de Sexo		38,9%	61,1%	,0%	100,0%
Total	Recuento	31	30	3	64	
	% de Sexo		48,4%	46,9%	4,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,728(a)	2	,256

Tabla II.59- ¿Toma alcohol tu padre?

			Toma alcohol tu padre					Total
			No, nunca ha bebido	No, dejó de beber	De vez en cuando	Sí, diariamente	No tengo padre	
Sexo	Varones	Recuento	17	6	76	13	4	116
		% de Sexo	14,7%	5,2%	65,5%	11,2%	3,4%	100,0%
	Mujeres	Recuento	6	4	87	8	4	109
		% de Sexo	5,5%	3,7%	79,8%	7,3%	3,7%	100,0%
Total		Recuento	23	10	163	21	8	225
		% de Sexo	10,2%	4,4%	72,4%	9,3%	3,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,383(a)	4	,117

Tabla II.60- ¿Toma alcohol tu madre?

			Toma alcohol tu madre					Total
			No, nunca ha bebido	No, dejó de beber	De vez en cuando	Sí, diariamente	No tengo padre	
Sexo	Varones	Recuento	59	0	53	3	1	116
		% de Sexo	50,9%	,0%	45,7%	2,6%	,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	27	2	75	2	3	109
		% de Sexo	24,8%	1,8%	68,8%	1,8%	2,8%	100,0%
Total		Recuento	86	2	128	5	4	225
		% de Sexo	38,2%	,9%	56,9%	2,2%	1,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,689(a)	4	,001

Tabla II.61- ¿Cuál de las siguientes formas de llevar el material a clases utilizas?

			Cual de las siguientes formas de llevar el material a clases utilizas			Total
			En la mochila (cruzada por la espalda)	En la mochila colgada de un hombro	En la mano	
Sexo	Varones	Recuento	43	65	8	116
		% de Sexo	37,1%	56,0%	6,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	27	68	14	109
		% de Sexo	24,8%	62,4%	12,8%	100,0%
Total		Recuento	70	133	22	225
		% de Sexo	31,1%	59,1%	9,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,148(a)	2	,076

Tabla II.62- ¿Al dormir, qué posición sueles adoptar?

			Al dormir que posición sueles adoptar			Total
			Boca abajo	Boca arriba	De lado	
Sexo	Varones	Recuento	18	43	55	116
		% de Sexo	15,5%	37,1%	47,4%	100,0%
	Mujeres	Recuento	15	31	63	109
		% de Sexo	13,8%	28,4%	57,8%	100,0%
Total		Recuento	33	74	118	225
		% de Sexo	14,7%	32,9%	52,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,546(a)	2	,280

Tabla II.63- ¿En qué posición sueles estar más tiempo sentado en clases?

		En que posición sueles estar más tiempo sentado en clases			
		Espalda recta	Posición cifótica	Total	
Sexo	Varones	Recuento	34	82	116
		% de Sexo	29,3%	70,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	41	68	109
		% de Sexo	37,6%	62,4%	100,0%
Total		Recuento	75	150	225
		% de Sexo	33,3%	66,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,744(b)	1	,187

Tabla II.64- ¿Qué postura utilizas para coger algo que pese mucho del suelo?

		Postura que utilizas para coger algo que pese mucho del suelo			
		Piernas flexionadas	Piernas extendidas	Total	
Sexo	Varones	Recuento	36	80	116
		% de Sexo	31,0%	69,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	35	74	109
		% de Sexo	32,1%	67,9%	100,0%
Total		Recuento	71	154	225
		% de Sexo	31,6%	68,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,030(b)	1	,862

Tabla II.65- ¿Se parece más a la altura de la mesa y sillas que utilizas?

			Se parece más a la altura de la mesa y sillas que utilizas			Total
			Dibujo 1	Dibujo 2	Dibujo 3	
Sexo	Varones	Recuento	66	46	4	116
		% de Sexo	56,9%	39,7%	3,4%	100,0%
	Mujeres	Recuento	60	44	5	109
		% de Sexo	55,0%	40,4%	4,6%	100,0%
Total		Recuento	126	90	9	225
		% de Sexo	56,0%	40,0%	4,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,224(a)	2	,894

Tabla II.66- ¿Cuántas veces te cepillas los dientes a la semana?

			Cuántas veces te cepillas los dientes a la semana		Total
			Todos los días 1-2 veces o más	Algunas veces	
Sexo	Varones	Recuento	111	5	116
		% de Sexo	95,7%	4,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	107	2	109
		% de Sexo	98,2%	1,8%	100,0%
Total		Recuento	218	7	225
		% de Sexo	96,9%	3,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,142(b)	1	,285

Tabla II.67- ¿Te lavas las manos antes de comer?

			Te lavas las manos antes de comer				Total
			Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	6	22	36	52	116
		% de Sexo	5,2%	19,0%	31,0%	44,8%	100,0%
	Mujeres	Recuento	46	30	22	11	109
		% de Sexo	42,2%	27,5%	20,2%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	52	52	58	63	225
		% de Sexo	23,1%	23,1%	25,8%	28,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,904(a)	3	,000

Tabla II.68- ¿Cuántas veces te duchas a la semana?

			Cuántas veces te duchas a la semana	Total
			3 veces o menos	
Sexo	Varones	Recuento	116	116
		% de Sexo	100,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	109	109
		% de Sexo	100,0%	100,0%
Total		Recuento	225	225
		% de Sexo	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	.(a)
N de casos válidos	225

a No se calculará ningún estadístico porque Cuántas veces te duchas a la semana es una constante.

Tabla II.69- ¿Te cambias la camiseta?

		Te cambias la camiseta			Total	
		Siempre	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	69	39	8	116
		% de Sexo	59,5%	33,6%	6,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	59	40	10	109
		% de Sexo	54,1%	36,7%	9,2%	100,0%
Total	Varones	Recuento	128	79	18	225
		% de Sexo	56,9%	35,1%	8,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,799(a)	2	,671

Tabla II.70- ¿Utilizas chancletas cuando te duchas en los vestuarios deportivos?

		Utilizas chancletas		
		Nunca	Total	
Sexo	Varones	Recuento	116	116
		% de Sexo	100,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	109	109
		% de Sexo	100,0%	100,0%
Total	Recuento	225	225	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	.(a)
N de casos válidos	225

a No se calculará ningún estadístico porque Utilizas chancletas cuando..... es una constante.

Tabla II.71- ¿Utilizas calzado y ropa deportiva para hacer actividad física?

		Utilizas calzado y ropa deportiva para hacer A-F			Total	
		Siempre	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	91	22	3	116
		% de Sexo	78,4%	19,0%	2,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	75	27	7	109
		% de Sexo	68,8%	24,8%	6,4%	100,0%
Total		Recuento	166	49	10	225
		% de Sexo	73,8%	21,8%	4,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,438(a)	2	,179

Tabla II.72- ¿Sueles beber agua después de la A-F?

		Sueles beber agua después de la A-F			Total	
		Siempre	Frecuente mente	A veces		
Sexo	Varones	Recuento	29	16	71	116
		% de Sexo	25,0%	13,8%	61,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	47	12	50	109
		% de Sexo	43,1%	11,0%	45,9%	100,0%
Total		Recuento	76	28	121	225
		% de Sexo	33,8%	12,4%	53,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,269(a)	2	,016

Tabla II.73- ¿Acondicionas tu cuerpo antes de iniciar la A-F?

		Acondicionas tu cuerpo antes de iniciar la A-F				Total	
		Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	21	12	52	31	116
		% de Sexo	18,1%	10,3%	44,8%	26,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	38	5	31	35	109
		% de Sexo	34,9%	4,6%	28,4%	32,1%	100,0%
Total		Recuento	59	17	83	66	225
		% de Sexo	26,2%	7,6%	36,9%	29,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,131(a)	3	,004

Tabla II.74- ¿Realizas estiramientos al finalizar la A-F?

		Realizas estiramientos al finalizar la A-F				Total	
		Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca		
Sexo	Varones	Recuento	29	7	48	32	116
		% de Sexo	25,0%	6,0%	41,4%	27,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	22	3	44	40	109
		% de Sexo	20,2%	2,8%	40,4%	36,7%	100,0%
Total		Recuento	51	10	92	72	225
		% de Sexo	22,7%	4,4%	40,9%	32,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,409(a)	3	,333

Tabla II.75- ¿Sueles tomarte las pulsaciones durante la A-F?

			Sueles tomarte las pulsaciones durante la A-F				Total
			Siempre	Frecuente mente	A veces	Nunca	
Sexo	Varones	Recuento	12	4	35	65	116
		% de Sexo	10,3%	3,4%	30,2%	56,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	8	1	35	65	109
		% de Sexo	7,3%	,9%	32,1%	59,6%	100,0%
Total		Recuento	20	5	70	130	225
		% de Sexo	8,9%	2,2%	31,1%	57,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,385(a)	3	,497

Tabla II.76- ¿Te gustan las clases educación física?

			Te gustan las clases educación física				Total
			Mucho	Bastante	Poco	Nada	
Sexo	Varones	Recuento	14	29	60	13	116
		% de Sexo	12,1%	25,0%	51,7%	11,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	15	13	36	45	109
		% de Sexo	13,8%	11,9%	33,0%	41,3%	100,0%
Total		Recuento	29	42	96	58	225
		% de Sexo	12,9%	18,7%	42,7%	25,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,596(a)	3	,000

Tabla II.77- ¿Piensas que la asignatura de Educación Física debería tener más horas?

		Piensas que la asign de EF debería tener más horas			Total	
		Sí, que tenga más horas	No, que se quede como está	No, que tenga menos horas		
Sexo	Varones	Recuento	10	57	49	116
		% de Sexo	8,6%	49,1%	42,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	12	53	44	109
		% de Sexo	11,0%	48,6%	40,4%	100,0%
Total		Recuento	22	110	93	225
		% de Sexo	9,8%	48,9%	41,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,379(a)	2	,828

Tabla II.78- ¿Qué importancia le das a la EF con respecto al resto de las asignaturas?

		Que importancia le das a la EF con respecto al resto de las asignatura			Total	
		Mayor	Igual	Menor		
Sexo	Varones	Recuento	5	47	64	116
		% de Sexo	4,3%	40,5%	55,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	4	48	57	109
		% de Sexo	3,7%	44,0%	52,3%	100,0%
Total		Recuento	9	95	121	225
		% de Sexo	4,0%	42,2%	53,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,309(a)	2	,857

Tabla II.79-Clases EF para fortalecer mi cuerpo y estar más en forma

			Clases EF para fortalecer mi cuerpo y estar má en forma				Total
			Mucho	Bastante	Poco	Nada	
Sexo	Varones	Recuento	68	34	12	2	116
		% de Sexo	58,6%	29,3%	10,3%	1,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	76	28	3	2	109
		% de Sexo	69,7%	25,7%	2,8%	1,8%	100,0%
Total	Recuento		144	62	15	4	225
	% de Sexo		64,0%	27,6%	6,7%	1,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,213(a)	3	,102

Tabla II.80-Clases de EF para divertirme y pasarla bien

			Clases de EF para divertirme y pasarla bien				Total
			Mucho	Bastante	Poco	Nada	
Sexo	Varones	Recuento	30	43	34	9	116
		% de Sexo	25,9%	37,1%	29,3%	7,8%	100,0%
	Mujeres	Recuento	8	53	38	10	109
		% de Sexo	7,3%	48,6%	34,9%	9,2%	100,0%
Total	Recuento		38	96	72	19	225
	% de Sexo		16,9%	42,7%	32,0%	8,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,849(a)	3	,003

Tabla II.81-Clases de EF para mejora la salud

			Clases de EF para mejora la salud				Total
			Mucho	Bastante	Poco	Nada	
Sexo	Varones	Recuento	42	48	21	5	116
		% de Sexo	36,2%	41,4%	18,1%	4,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	60	38	10	1	109
		% de Sexo	55,0%	34,9%	9,2%	,9%	100,0%
Total		Recuento	102	86	31	6	225
		% de Sexo	45,3%	38,2%	13,8%	2,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,702(a)	3	,013

Tabla II.82-Clase de EF para mejorar la técnica de diferentes deportes

			Clase de EF para mejorar la técnica de diferentes deportes				Total
			Mucho	Bastante	Poco	Nada	
Sexo	Varones	Recuento	46	39	23	8	116
		% de Sexo	39,7%	33,6%	19,8%	6,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	41	38	27	3	109
		% de Sexo	37,6%	34,9%	24,8%	2,8%	100,0%
Total		Recuento	87	77	50	11	225
		% de Sexo	38,7%	34,2%	22,2%	4,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,678(a)	3	,444

Tabla II.83-Clases de EF para animarme a practicar deportes fuera del horario clase

		Clases de EF para animarme a practicar deportes fuera del horario clase				Total	
		Mucho	Bastante	Poco	Nada		
Sexo	Varones	Recuento	32	40	34	10	116
		% de Sexo	27,6%	34,5%	29,3%	8,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	25	28	45	11	109
		% de Sexo	22,9%	25,7%	41,3%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	57	68	79	21	225
		% de Sexo	25,3%	30,2%	35,1%	9,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,343(a)	3	,227

Tabla II.84-Clase de EF para aprender diferentes habilidades gimnásticas

		Clase de EF para aprender diferentes habilidades gimnásticas				Total	
		Mucho	Bastante	Poco	Nada		
Sexo	Varones	Recuento	31	32	33	20	116
		% de Sexo	26,7%	27,6%	28,4%	17,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	39	33	28	9	109
		% de Sexo	35,8%	30,3%	25,7%	8,3%	100,0%
Total		Recuento	70	65	61	29	225
		% de Sexo	31,1%	28,9%	27,1%	12,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,299(a)	3	,151

Tabla II.85-Clase de EF otros

		Clase de EF otros				Total	
		Mucho	Bastante	Poco	Nada		
Sexo	Varones	Recuento	26	25	30	35	116
		% de Sexo	22,4%	21,6%	25,9%	30,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	26	22	26	35	109
		% de Sexo	23,9%	20,2%	23,9%	32,1%	100,0%
Total		Recuento	52	47	56	70	225
		% de Sexo	23,1%	20,9%	24,9%	31,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,260(a)	3	,967

Tabla II.86- ¿Pertenece algún equipo deportivo?

		Pertenece algún equipo deportivo		Total	
		Si	No		
Sexo	Varones	Recuento	28	88	116
		% de Sexo	24,1%	75,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	4	105	109
		% de Sexo	3,7%	96,3%	100,0%
Total		Recuento	32	193	225
		% de Sexo	14,2%	85,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,298(b)	1	,000

Tabla II.87- ¿Te gustaría hacer más actividad física de la que haces?

			Te gustaría hacer más actividad física de la que haces			Total
			Si	No	Me da igual	
Sexo	Varones	Recuento	60	21	35	116
		% de Sexo	51,7%	18,1%	30,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	30	60	19	109
		% de Sexo	27,5%	55,0%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	90	81	54	225
		% de Sexo	40,0%	36,0%	24,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,333(a)	2	,000

Tabla II.88- ¿Te gustaría practicar algún deporte cuando tengas más de 30 años?

			Te gustaría practicar algún deporte cuando tengas más de 30 años			Total
			Si	No	Me da igual	
Sexo	Varones	Recuento	70	19	27	116
		% de Sexo	60,3%	16,4%	23,3%	100,0%
	Mujeres	Recuento	19	79	11	109
		% de Sexo	17,4%	72,5%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	89	98	38	225
		% de Sexo	39,6%	43,6%	16,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,549(a)	2	,000

Tabla II.89- ¿Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu centro fuera del horario de clases?

			Puedes utilizar libremente las inst deport de tu centro fuera del horario de clases			Total
			Si	No	No hay instalaciones	
Sexo	Varones	Recuento	82	27	7	116
		% de Sexo	70,7%	23,3%	6,0%	100,0%
	Mujeres	Recuento	65	25	19	109
		% de Sexo	59,6%	22,9%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	147	52	26	225
		% de Sexo	65,3%	23,1%	11,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,371(a)	2	,025

Tabla II.90- ¿Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu barrio?

			Puedes utilizar libremente las instalaciones deportivas de tu barrio			Total
			Si	No	No hay instalaciones	
Sexo	Varones	Recuento	45	14	57	116
		% de Sexo	38,8%	12,1%	49,1%	100,0%
	Mujeres	Recuento	31	12	66	109
		% de Sexo	28,4%	11,0%	60,6%	100,0%
Total		Recuento	76	26	123	225
		% de Sexo	33,8%	11,6%	54,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,177(a)	2	,204

ANEXOS

Tabla II.91- ¿Realiza tu padre actividad física habitual?

		Realiza tu padre actividad física habitual				Total	
		Si	No	A veces	No tengo padre		
Sexo	Varones	Recuento	11	75	28	2	116
		% de Sexo	9,5%	64,7%	24,1%	1,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	7	69	30	3	109
		% de Sexo	6,4%	63,3%	27,5%	2,8%	100,0%
Total		Recuento	18	144	58	5	225
		% de Sexo	8,0%	64,0%	25,8%	2,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,191(a)	3	,755

Tabla II.92- ¿Realiza tu madre actividad física habitualmente?

		Realiza tu madre actividad física habitualmente				Total	
		Si	No	A veces	No tengo madre		
Sexo	Varones	Recuento	22	69	24	1	116
		% de Sexo	19,0%	59,5%	20,7%	,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	15	66	27	1	109
		% de Sexo	13,8%	60,6%	24,8%	,9%	100,0%
Total		Recuento	37	135	51	2	225
		% de Sexo	16,4%	60,0%	22,7%	,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,351(a)	3	,717

Tabla II.93-¿Te gustaría que tus padres realizaran más actividad física o deportiva?

			Te gustaría que tus padres realizaran más actividad física o deportiva			Total
			Si	No	Me da igual	
Sexo	Varones	Recuento	26	51	39	116
		% de Sexo	22,4%	44,0%	33,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	35	36	38	109
		% de Sexo	32,1%	33,0%	34,9%	100,0%
Total		Recuento	61	87	77	225
		% de Sexo	27,1%	38,7%	34,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,713(a)	2	,156

Tabla II.94- ¿Qué crees que es mejor o más sano para tu cuerpo?

			Qué crees que es mejor o más sano para tu cuerpo				Total
			Deporte de alto rendimiento	Deporte aficionado	Actividad física moderada	No hacer deporte o actividad física	
Sexo	Varones	Recuento	52	22	25	17	116
		% de Sexo	44,8%	19,0%	21,6%	14,7%	100,0%
	Mujeres	Recuento	62	19	9	19	109
		% de Sexo	56,9%	17,4%	8,3%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	114	41	34	36	225
		% de Sexo	50,7%	18,2%	15,1%	16,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,528(a)	3	,036

Tabla II.95-¿Cómo piensa que es tu condición física?

			Cómo piensas que es tu condición física					Total
			Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala	
Sexo	Varones	Recuento	4	11	65	33	3	116
		% de Sexo	3,4%	9,5%	56,0%	28,4%	2,6%	100,0%
	Mujeres	Recuento	3	22	38	46	0	109
		% de Sexo	2,8%	20,2%	34,9%	42,2%	,0%	100,0%
Total		Recuento	7	33	103	79	3	225
		% de Sexo	3,1%	14,7%	45,8%	35,1%	1,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,824(a)	4	,003

Tabla II.96-¿Cómo crees que es de buena y sana tu alimentación?

			Cómo crees que es de buena y sana tu alimentación					Total
			Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala	
Sexo	Varones	Recuento	8	35	35	37	1	116
		% de Sexo	6,9%	30,2%	30,2%	31,9%	,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	5	49	33	22	0	109
		% de Sexo	4,6%	45,0%	30,3%	20,2%	,0%	100,0%
Total		Recuento	13	84	68	59	1	225
		% de Sexo	5,8%	37,3%	30,2%	26,2%	,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,688(a)	4	,104

Tabla II.97-¿Cómo crees que es tu salud?

		Cómo crees que es tu salud				Total	
		Muy buena	Buena	Normal	Mala		
Sexo	Varones	Recuento	6	28	62	20	116
		% de Sexo	5,2%	24,1%	53,4%	17,2%	100,0%
	Mujeres	Recuento	9	20	62	18	109
		% de Sexo	8,3%	18,3%	56,9%	16,5%	100,0%
Total		Recuento	15	48	124	38	225
		% de Sexo	6,7%	21,3%	55,1%	16,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,823(a)	3	,610

Tabla II.98-¿Para ti, rellenar el cuestionario ha sido?

		Para ti, rellenar el cuestionario ha sido			Total	
		Fácil	Normal	Difícil		
Sexo	Varones	Recuento	94	21	1	116
		% de Sexo	81,0%	18,1%	,9%	100,0%
	Mujeres	Recuento	84	25	0	109
		% de Sexo	77,1%	22,9%	,0%	100,0%
Total		Recuento	178	46	1	225
		% de Sexo	79,2%	20,4%	,4%	100,0%